

**Bogusław Włodawiec**

**Analiza efektywności terapii odwykowej osób  
bezdomnych, uzależnionych od alkoholu**

**Raport z badań**

**Warszawa 2012**

# Spis treści

WSTĘP.....	4
<b>ROZDZIAŁ I. TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ .....</b>	<b>6</b>
1. BEZDOMNOŚĆ .....	6
1.1. Poglądy na temat przyczyn bezdomności.....	6
1.2. Alkoholizm jako przyczyna bezdomności.....	8
2. PROBLEMATYKA UZALEŻNIEŃ.....	11
2.1. Kryteria uzależnienia od alkoholu.....	12
2.2. Koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia.....	12
2.3. Charakterystyka terapii odwykowej.....	20
3. EFEKTYWNOŚĆ TERAPII ODWYKOWEJ .....	21
3.1. Badania nad efektywnością terapii odwykowej na świecie .....	22
3.2. Badania nad efektywnością terapii odwykowej w Polsce.....	24
3.3. Efektywność terapii odwykowej wobec więźniów i klientów pomocy społecznej.....	26
3.4. Efektywność terapii odwykowej wobec osób bezdomnych.....	27
<b>ROZDZIAŁ II. PROBLEMATYKA BADAŃ WŁASNYCH .....</b>	<b>31</b>
1. PROBLEM BADAWCZY I POSTAWIONE HIPOTEZY .....	31
2. OPIS NARZĘDZI BADAWCZYCH .....	42
2.1. Kwestionariusz "Delta" .....	42
2.2. Kwestionariusz SCL-90 .....	45
2.3. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych.....	48
2.4. Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej .....	50
2.5. Kwestionariusz Kompetencji Społecznych.....	52
2.6. Kwestionariusz do Badania Kryzysu w Wartościowaniu.....	54
<b>ROZDZIAŁ III. MONITOROWANIE EFEKTYWNOŚCI TERAPII ODWYKOWEJ W OTU "MONAR" W LATACH 2003-2011 .....</b>	<b>57</b>
1. ORGANIZACJA I ZAKRES MONITOROWANIA .....	57
2. ZESTAWIENIE LICZBY PACJENTÓW PRZYJĘTYCH DO TERAPII I KOŃCZĄCYCH JĄ W KOLEJNYCH LATACH .....	58
3. PORÓWNANIE NASILENIA OBJAWÓW PSYCHOPATOLOGICZNYCH PACJENTÓW, KTÓRZY UKOŃCZYLI TERAPIĘ, Z TYMI, KTÓRZY JĄ PRZERWALI.....	63
4. EFEKTY TERAPII ODWYKOWEJ OBSERWOWANE BEZPOŚREDNIO PO JEJ ZAKOŃCZENIU .....	65
5. EFEKTY TERAPII ODWYKOWEJ OBSERWOWANE Z ODROCZENIEM .....	69
6. RÓŻNICE MIĘDZY KOBIETAMI A MĘŻCZYZNAMI W BADANEJ GRUPIE .....	76
7. PODSUMOWANIE I INTERPRETACJA WYNIKÓW.....	78
<b>ROZDZIAŁ IV. WYNIKI SZCZEGÓŁOWYCH BADAŃ BEZDOMNYCH MĘŻCZYŹN, UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU.....</b>	<b>81</b>
1. ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ .....	81
2. CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI .....	82
2.1. Wiek.....	82
2.2. Stan cywilny.....	83
2.3. Liczba dzieci .....	84
2.4. Wykształcenie .....	85
2.5. Bezdomność .....	86
2.6. Czas przebywania w więzieniu .....	87
2.7. Objawy uzależnienia.....	88
3. ZASTOSOWANE METODY STATYSTYCZNE .....	90
4. WYNIKI BADAŃ KWESTIONARIUSZOWYCH PRZY PRZYJĘCIU DO TERAPII .....	91
4.1. Poczucie kontroli i tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle .....	91
4.2. Objawy psychopatologiczne .....	92
4.3. Style radzenia sobie ze stresem.....	94
4.4. Inteligencja emocjonalna.....	95
4.5. Kompetencje społeczne.....	95
4.6. System wartości .....	96
5. PROGRAM TERAPII UZALEŻNIEŃ OTU "MONAR" .....	97
5.1. Grupa wstępna.....	98

5.2. Grupa podstawowa.....	100
5.3. Kadra.....	103
6. PORÓWNANIE PACJENTÓW, KTÓRZY UKOŃCZYLI TERAPIĘ Z TYMI, KTÓRZY JĄ PRZERWALI .....	104
7. EFEKTY TERAPII PO JEJ ZAKOŃCZENIU.....	109
7.1. Tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle .....	109
7.2. Poczucie kontroli .....	110
7.3. Objawy psychopatologiczne .....	112
7.4. Style radzenia sobie ze stresem.....	115
7.5. Inteligencja emocjonalna.....	120
7.6. Kompetencje społeczne.....	121
7.7. System wartości .....	126
8. EFEKTY TERAPII PÓŁ ROKU PO UKOŃCZENIU TERAPII .....	132
8.1. Kontakty z alkoholem.....	132
8.2. Miejsce zamieszkania .....	133
8.3. Źródła utrzymania .....	134
9. RÓŻNICE MIĘDZY ABSOLWENTAMI PIJĄCYMI I NIEPIJĄCYMI PO TERAPII .....	135
10. POSUMOWANIE I INTERPRETACJA WYNIKÓW .....	136
10.1. Charakterystyka bezdomnych alkoholików.....	136
10.2. Zmiany w badanej grupie po terapii odwykowej .....	139
10.3. Efektywność terapii odwykowej bezdomnych alkoholików w OTU "Monar" .....	141
<b>ROZDZIAŁ V. WNIOSKI .....</b>	<b>142</b>
<b>ZAKOŃCZENIE.....</b>	<b>143</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>144</b>
<b>ANEKS – PRACE PACJENTÓW .....</b>	<b>151</b>
Wpływ picia alkoholu na moją bezdomność .....	151
Wpływ picia alkoholu na moje życie towarzyskie.....	152
Wpływ picia alkoholu na moje problemy z przestrzeganiem prawa.....	157
Wpływ picia alkoholu na moje poczucie własnej wartości i myślenie o sobie samym.....	158
Wpływ picia alkoholu na moje życie duchowe.....	162
Piciorys.....	163
Jak wróciłem do picia alkoholu?.....	167

## Wstęp

Celem badań było ustalenie, w jakim stopniu i w jakim zakresie może być efektywna terapia odwykowa osób bezdomnych, uzależnionych od alkoholu. Zagadnienie to jest ważne z wielu powodów. Bezdomni wymagają pomocy przede wszystkim z powodów humanitarnych. Chrześcijańska wizja człowieka zakłada, że każdy człowiek posiada swoją wartość i ludzką godność. Mniej istotne, ale również godne uwagi mogą być powody ekonomiczne i społeczne. Bezdomni powodują trudne do oszacowania koszty społeczne: angażują służby socjalne, takie jak pomoc społeczna, straż miejska, policja i pogotowie ratunkowe. Bywają uciążliwi dla otoczenia z powodu żebrania, drobnych kradzieży, rozbojów, zakłócania porządku publicznego, spożywania alkoholu w miejscach publicznych, spania na klatkach schodowych i przystankach autobusowych. Pomimo, że są nieubezpieczeni, ich leczenie obciąża ekonomicznie NFZ lub budżety gmin, najczęściej z powodu takich chorób jak marskość wątroby, zapalenie trzustki, polineuropatia czy choroby zakaźne. Popadając w konflikty z prawem, stanowią obciążenie dla podatników jako pensjonariusze zakładów karnych. Pełne oszacowanie społecznych kosztów bezdomności jest trudne, niemniej wydaje się, że skuteczne rozwiązanie problemu bezdomności okazałoby się ekonomicznie opłacalne dla całego społeczeństwa. Należałoby zatem wiedzieć, czy i w jakiej mierze możliwe jest przywrócenie bezdomnych społeczeństwu.

W literaturze poświęconej problematyce bezdomności można znaleźć wiele jej definicji. Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto definicję zapisaną w obowiązującej w Polsce ustawie o pomocy społecznej, zgodnie z którą osoba bezdomna to osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania. Natomiast uzależnienie od alkoholu rozumiane jest zgodnie z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), w której za osobę uzależnioną uznaje się osobę wykazującą objawy uzależnienia, szczegółowo omówione w rozdziale I., podrozdziale 2.1. niniejszej pracy.

Literatura poświęcona badaniom nad efektywnością psychoterapii jest bardzo bogata. Za miarę efektywności leczenia przyjmuje się w nich poprawę objawową (ustąpienie objawów psychopatologicznych, specyficznych i niespecyficznych dla danego zaburzenia), poprawę funkcjonowania społecznego, poprawę jakości życia, samopoczucie, o którym informuje sam pacjent, czy zmiany w jego strukturze osobowości. Z kolei w badaniach nad efektywnością terapii uzależnień bierze się przede wszystkim pod uwagę zmiany w zakresie spożycia alkoholu (utrzymywanie abstynencji lub ograniczenie picia). Niewiele jest natomiast badań nad efektywnością terapii uzależnień osób bezdomnych. Badania prowadzone w tym zakresie w USA pokazują, że programy terapeutyczne adresowane do osób bezdomnych mają bardzo skromne cele, takie jak ograniczenie spożycia alkoholu, zmniejszenie szkód zdrowotnych, zmniejszenie liczby konfliktów, czy zmniejszenie kosztów społecznych - i w tym zakresie wykazują pewną skuteczność. W niektórych programach terapeutycznych, opracowanych zgodnie z polityką redukcji szkód (*harm reduction*) uzależnionym bezdomnym wydaje się alkohol (by nie powodowali szkód, starając się go zdobyć), zaś skuteczność programu mierzy się zmniejszeniem interwencji służb społecznych i policji. Możliwość utrzymywania przez badanych całkowitej abstynencji od alkoholu i powrót do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie nie jest wówczas w ogóle brana pod uwagę. O ile więc kwestia efektywności psychoterapii nerwic i depresji jest już rozstrzygnięta, zaś efektywność terapii odwykowej

szacuje się na 30-60% pacjentów utrzymujących abstynencję od alkoholu pół roku po terapii, to kwestia efektywności terapii odwykowej osób bezdomnych wciąż wymaga dalszych badań. Zagadnieniem istotnym dla badaczy jest też ustalenie czynników leczących (co właściwie leczy w psychoterapii) i wykazanie ich w badaniach. Lokalną administrację służby zdrowia interesuje zaś efektywność określonych programów terapeutycznych, oferowanych w takich a nie innych placówkach, adresowanych do specyficznych klientów.

W rozdziale I. przedstawiono poglądy różnych badaczy na temat przyczyn bezdomności oraz omówiono wyniki badań nad bezdomnością oraz efektywnością terapii odwykowej. Zreferowano także koncepcję psychologicznych mechanizmów uzależnienia Jerzego Mellibrudy.

Rozdział II. zawiera problem badawczy, postawione hipotezy oraz omówienie zastosowanych narzędzi badawczych. W rozdziale III. przedstawiono rezultaty terapii odwykowej w OTU "Monar", uzyskane w trakcie 8 lat monitorowania dalszych losów pacjentów, którzy ukończyli terapię. Wprawdzie zakres zbieranych informacji w trakcie monitorowania jest stosunkowo wąski, ale dotyczy bardzo dużej grupy: 1000 bezdomnych osób uzależnionych od alkoholu, które rozpoczęły terapię i 534 osób, które ją ukończyły.

W rozdziale IV. przedstawiono rezultaty bardziej szczegółowych badań nad mniejszą grupą pacjentów OTU, obejmującą 62 bezdomnych mężczyzn, uzależnionych od alkoholu. W tych badaniach zebrano bardzo obszerne dane, obejmujące zarówno bogate dane demograficzne, jak i wyniki szeregu badań kwestionariuszowych.

Ostatni rozdział zawiera najważniejsze wnioski, stanowiące odpowiedzi na pytania badawcze, postawione w rozdziale II.

Bibliografia zawiera wyłącznie pozycje cytowane w pracy.

# Rozdział I. Teoretyczne podstawy badań

## 1. Bezdomność

### 1.1. Poglądy na temat przyczyn bezdomności

Skąd się biorą bezdomni? Istnieją dwa zdecydowanie odmienne poglądy, wyjaśniające przyczyny bezdomności. Już w XIX wieku Charles Burroughs pisał:

*Bieda jest konsekwencją uporczywych błędów, haniebnej indolencji, występnych nawyków. Jest ona nędzą ludzkiej egzystencji, zgubnej pracy, oplakanym skutkiem złych zasad i moralności (cyt za: Górski 2003, s. 30).*

Omawiając poglądy na temat przyczyn bezdomności w USA, Górski stwierdza, że według zwolenników państwa opiekuńczego przyczyną bezdomności są zbyt wysokie ceny mieszkań i polityka rządu, która nie łagodzi nierówności ekonomicznych. Z kolei ich przeciwnicy uważają, że bezdomność jest skutkiem alkoholizmu, uzależnienia od narkotyków, chorób psychicznych, a także patologii rodzin i rozluźnieniu więzi międzyludzkich (Górski 2003, s. 30).

Charles A. Kroloff, autor książki *54 Ways You Can Help The Homeless*, rozprawia się z "mitami" na temat bezdomności. Uważa, że mitem jest pogląd, iż bezdomnym jest się z wyboru oraz że bezdomni sami są winni swojej bezdomności. Jego zdaniem, zaledwie 6% bezdomnych w USA wybrało ten sposób życia, a większość bezdomnych to ofiary. Wielu z nich straciło pracę, a ci, którzy pracują, zarabiają za mało, by móc opłacić czynsz. Uważa także, że mitem jest uznawanie choroby psychicznej za przyczynę bezdomności – jego zdaniem tylko ¼ bezdomnych ma zaburzenia emocjonalne, ale tylko 1% potrzebuje długoterminowej hospitalizacji. Pozostali, jak uważa Kroloff – mogliby stać się samowystarczalni, gdyby uzyskali pomoc. Twierdzi także, że mitem jest przypisywanie im nadużywania alkoholu i narkotyków oraz twierdzenie, że są niebezpieczni. Jego zdaniem tylko niektórzy bezdomni rzeczywiście nadużywają alkoholu i narkotyków, zwłaszcza ci, którzy są chorzy psychicznie. Kroloff twierdzi także, że bezdomni są jedną z najmniej groźnych grup w społeczeństwie, w przypadku przestępstw będących z reguły ich ofiarami, a nie sprawcami (Kroloff 2003, s. 4).

Howard J. Clinebell uważa, że mieszkańcy dzielnic biedy muszą się po prostu przystosować do egzystencji w trudnych warunkach, w jakich przyszło im żyć. Alkohol umożliwia im przystosowanie. To, że ktoś bardzo dużo pije, uważane jest za normalne, za to odmowa picia jest podejrzana. Alkohol zapewnia tym ludziom podobne do nich towarzystwo i pozwala im zapomnieć, że nic nie mają i niczego sobą nie reprezentują (Clinebell 2003, s. 5).

Podobne poglądy, co do przyczyn bezdomności, są obecne także w Polsce. Popielarska uważa, że jedną z głównych przyczyn ludzkiej bezdomności jest brak poczucia sensu życia. (Popielarska 2001/2002, s. 36). Kramarz za główną przyczynę bezdomności uznaje szeroko rozumianą dysfunkcjonalność rodziny, która przejawia się przede wszystkim w braku możliwości rozwoju osobowego dziecka oraz braku więzi między dzieckiem a rodzicami (Kramarz 2001/2002, s. 51). Chrapkowska-Zielińska zarówno przyczyn, jak i skutków bezdomności doszukuje się w braku tolerancji ze strony społeczeństwa (Chrapkowska-Zielińska 2001/2002, s. 70). Spożywanie alkoholu przez osoby bezdomne może pełnić

funkcję pogłębiania kontaktów z innymi osobami bezdomnymi, jako towarzyszami niedoli (Nowakowska, cyt. za: Raport grupy eksperckiej ds. zdrowia 2011).

Odmienny pogląd prezentuje Śledzianowski, stawiając tezę, że kołem napędowym bezdomności w Polsce jest alkoholizm. Według jego wyliczeń z 1987 roku, 80% ogółu mężczyzn, przebywających w schroniskach im. Św. Brata Alberta stanowili alkoholicy (Śledzianowski 1995, cyt. za: Dębski 2011).

Także Domański uważa, odnosząc swoje spostrzeżenia do pensjonariuszy ośrodka dla bezdomnych w Poznaniu, w którym jest zatrudniony jako instruktor terapii uzależnień, że z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że 90% z nich to alkoholicy. Jego doświadczenie wieloletniej pracy z bezdomnymi alkoholikami dowodzi, że na nic zdaje się znalezienie pracy, czy nawet otrzymanie mieszkania, jeśli dana osoba nie zaczyna trzeźwieć drogą solidnej terapii, wspieranej i kontynuowanej przez uczestnictwo we wspólnocie Anonimowych Alkoholików. Jego zdaniem bowiem większość problemów ludzi bezdomnych ma źródło w nadużywaniu alkoholu. Uważa on, że nie ma praktycznie żadnych szans na wyjście z bezdomności, bez uporania się z czynnym uzależnieniem. Domański z dystansem odnosi się do rzekomych przyczyn bezdomności, przedstawianych zazwyczaj przez nowoprzybyłych pensjonariuszy podczas wstępnej rozmowy:

*W trakcie takiej rozmowy twierdzi najczęściej, że przyczyną wszelkich nieszczęść jest pech, niedobra żona, zła teściowa, niewdzięczne dzieci, okrutny właściciel kamienicy, złośliwy pracodawca, fatalny ustrój polityczny i zupełnie nieskuteczna pomoc społeczna. Ani słowa o alkoholu! (...) Niektórzy twierdzą wprost, patrząc prosto w oczy, że nigdy w życiu nie pili alkoholu (Domański 2003, s. 21).*

Podobny pogląd prezentuje Sława Majewicz, specjalistka psychoterapii uzależnień, pracująca w Ośrodku Terapii Uzależnień "Śródka-Rataje" w Poznaniu, do której trafiają uzależnieni bezdomni z pobliskich ośrodków dla bezdomnych. Odpowiadając na pytanie o przyczyny ich bezdomności, stwierdza:

*Bezdomni alkoholicy stracili (...) zarówno miejsce pobytu, jak i bliskich. Opuścili ich sami lub zostali odrzuceni przez innych. Nie dało się już z nimi żyć. Często cały ich życiowy dorobek mieści się w plastikowej torebce. Oni nie są bezdomni z powodu złego losu. "Zrobili" to sobie sami. I to jest znacznie gorsze - obarczone wstydem, upokorzeniem, często też pogardą ze strony innych. Chcą więc temu zaprzeczyć. Mówią, że są "bezdomni z wyboru" lub szukają nierealnych usprawiedliwień dla swojej sytuacji. Zaprzeczają i obwiniają innych; często cały świat. I trudno z tego rezygnują. Nieraz jest dla nas drażniące, że do tego stopnia nie są gotowi do wzięcia odpowiedzialności za swoje życie (Majewicz 2001).*

Zdaniem Jażdżikowskiego, także bezdomność można traktować jak uzależnienie. Uważa on, że niezależnie z jakich przyczyn człowiek wchodzi w bezdomność, samo pozostawanie w niej powoduje określone zmiany – pojawia się syndrom bezdomności, który ma charakter uzależnienia. Uważa on, że w terapii bezdomnych alkoholików należy łączyć pracę nad uzależnieniem od alkoholu i nad uzależnieniem od bezdomności (Jażdżikowski 2003, s. 7). Zdaniem Majewicz, bezdomność jest nawet trudniejszym problem niż alkoholizm:

*Słyszymy często od naszych pacjentów, że bezdomność jest dla nich czymś zdecydowanie gorszym niż alkoholizm, a rozpoznawanie i nazwanie jej jest niezwykle*

*zagrożające. Tu mechanizmy obronne działają silniej niż w uzależnieniu od alkoholu, bo bezdomność obciążona jest znacznie większym wstydem.*

Uważa ona, że bezdomnym alkoholikom sama terapia uzależnienia nie wystarczy, lecz konieczna jest także intensywna praca nad problemem bezdomności (Majewicz 2001).

Bierowski, badając bezdomnych w krakowskich noclegowniach i przytuliskach, próbował ustalić przyczyny ich bezdomności. Badanymi byli głównie mężczyźni (75%), najczęściej w wieku 40-60 lat. Kawalerowie stanowili 44%, rozwiedzeni 32%, wdowcy 6%. Połowa posiadała dzieci. Około 40% było w konflikcie z prawem. Jako przyczyny bezdomności badani podawali:

- szeroko rozumiane powody rodzinne: rozpad małżeństwa, alkoholizm – 50% badanych;
- eksmisja z mieszkania (wraz z przyczynami rodzinnymi i alkoholizmem) – 20%;
- brak mieszkania po wyjściu z zakładu karnego – 11%;
- wolny wybór (niejednokrotnie dotyczyło to osób, które opuściły zakład psychiatryczny) – 7%;
- byli mieszkańcy domów dziecka – 2,5%.

Zdaniem Bierowskiego, większość osób bezdomnych to te, które w wyniku picia utraciły nie tylko wszystkie dobra materialne, ale i swoje role społeczne w rodzinie, pracy zawodowej, a w rezultacie – w społeczeństwie (Bierowski 2003, s. 23-24).

Dębski i Olech, badając bezdomnych mieszkańców województwa pomorskiego, pytali ich o przyczyny bezdomności. Badaniem zostało objęte 2 753 osób bezdomnych. Najczęstszą przyczyną bezdomności, wskazywaną przez bezdomnych, okazało się nadużywanie alkoholu (42,9%). Odpowiedź ta była bardziej charakterystyczna dla mężczyzn niż dla kobiet, dla osób spoza Trójmiasta oraz dla osób o bezdomności pozainstytucjonalnej (tj. mieszkających poza schroniskami). Badacze uznali, że wśród osób bezdomnych z województwa pomorskiego alkoholizm jest głównym problemem, który silnie powiązany jest z problemem bezdomności. Na drugim miejscu uplasowała się przyczyna związana z rozpadem związku partnerskiego (39,8%). Na własny wybór bycia osobą bezdomną wskazała prawie co trzecia osoba (32,6%) (Dębski, Olech 2005).

## **1.2. Alkoholizm jako przyczyna bezdomności**

Zieliński (2005) przeprowadził ciekawe badania obejmujące 36 bezdomnych mężczyzn w wieku od 23 do 67 lat, o stażu bezdomności od kilku miesięcy do kilkunastu lat. Celem jego badań było określenie roli nadużywania alkoholu w procesie schodzenia w bezdomność, a następnie w procesie utrwalania tego stanu. Badania prowadzono metodą godzinnych, ukierunkowanych wywiadów.

Wywiady przeprowadzone przez Zielińskiego ujawniły, że prawie wszystkie badane osoby piły nadmiernie w okresie schodzenia w bezdomność, a wiele z nich wykazywało objawy uzależnienia w postaci ciągów picia. Tak więc, zdaniem Zielińskiego, nadużywanie alkoholu było obecne w procesie schodzenia w bezdomność badanych osób i odgrywało rolę co najmniej współsprawczą.

W procesie popadania w bezdomność badacz wyodrębnił cztery kategorie przyczyn:



- nadużywanie alkoholu powiązane z pracą poza domem (mieszkanie na budowach, w hotelach robotniczych, praca z zakwaterowaniem); bezdomność zaczynała się w tych przypadkach z chwilą utraty pracy lub zerwania kontaktów z rodziną;
- zerwanie więzi z bliską osobą poprzez zdradę, rozwód lub śmierć, co nasiliło nadużywanie alkoholu oraz nasiliło zaniedbywanie ról społecznych;
- wielokrotne pobyty w więzieniu oraz naużywanie alkoholu, co utrudniło utrzymanie normalnego trybu życia;
- wyuczona niezaradność życiowa, brak oparcia w rodzinie i nadmierne picie alkoholu u wychowanków domów dziecka, zakładów poprawczych i wychowawczych.

Te cztery kategorie w wielu wypadkach nakładały się na siebie nawzajem, co jeszcze bardziej wyjaśniało, zdaniem Zielińskiego, proces schodzenia w bezdomność. Jednak w sporej części przypadków jedyną przyczyną bezdomności, jaką udało się ustalić, było nadużywanie alkoholu (Zieliński 2005, ss. 74-76).

Bezdomni szybko uczą się funkcjonowania w roli bezdomnego. Od innych bezdomnych, przy alkoholu, uczą się adresów, warunków przyjęć w placówkach opieki, sposobów dostępu do jadłodajni, punktów rozdawnictwa ubrań, punktów medycznych i łaźni. W Warszawie i pod Warszawą funkcjonuje gęsta sieć schronisk, noclegowni, jadłodajni, magazynów odzieży PCK, punktów medycznych. Bardziej "obrotni" odwiedzają wiele jadłodajni, często pobierają nowe ubrania, które następnie sprzedają, pieniądze przeznaczając na alkohol (Zieliński 2005, s. 77).

Bezdomni zarabiają pieniądze pracując dorywczo na terenie Warszawy i pod Warszawą – u rolników i ogrodników. Źródłem dochodów (przeznaczanych zwykle na alkohol) jest także zbieranie surowców wtórnych (puszek aluminiowych, butelek, złomu) a także żebranie. Także przeszukiwanie śmietników dostarcza mieszkańcom kanałów ubrań i pożywienia. Zieliński zauważa przy tym, że praca nie jest dla bezdomnych cenną wartością, a w ich życiorysach widać wiele przykładów przedkładania alkoholu nad pracę. Badacz ten nie spotkał się w wypowiedziach bezdomnych z wątkami związanymi z transformacją ustrojową, redukcją zatrudnienia, zwolnieniami czy bezrobociem. Zdaniem Zielińskiego, mieszkańcy kanałów zapewne piją bardziej intensywnie i destrukcyjnie niż mieszkańcy schronisk, przez co rzadziej mają stałą pracę (Zieliński 2005, ss. 78-79).

Jak wynika z badań Zielińskiego, bezdomni piją praktycznie wszystko, co zawiera etanol, a więc piwo, wino, nalewki, tanią wódkę z nielegalnych źródeł sprzedaży, alkohol sprzedawany przez Rosjan na bazarach, a także denaturat. Piją z reguły w małych grupach. Ponieważ we wszystkich noclegowniach i schroniskach obowiązuje mniej lub bardziej rygorystycznie przestrzegany zakaz picia i przebywania w stanie nietrzeźwym, a niekiedy także kontrole stanu trzeźwości alkomatem i rewizja rzeczy osobistych przy wejściu, Zieliński wyróżnił dwa podstawowe wzory picia bezdomnych: (1) dla mieszkańców noclegowni i (2) dla mieszkańców kanałów.

### **1. Mieszkańcy noclegowni**

Jak wynikało z wywiadów, w niektórych placówkach dochodzi do picia alkoholu, zwłaszcza tam, gdzie nie kontroluje się zachowań pensjonariuszy wieczorem i przestrzegania ciszy nocnej. W tej grupie Zieliński wyróżnił 3 wzory picia:

- picie na terenie noclegowni, po przejściu kontroli alkomatem, w małych grupach, nawet do późnych godzin nocnych;
- picie poza placówkami w ciągu dnia w znanych sobie miejscach, także w małych grupach;
- picie kilkudniowymi ciągami poza placówkami, podczas tzw. przepustek lub wypisów i powrót do placówki po wytrzeźwieniu; w przypadku, gdy nie uda się zakończyć picia na czas, ponowne ubieganie się o przyjęcie do placówki lub przejście do innej placówki.

## 2. Mieszkańcy kanałów

Wśród mieszkańców kanałów można mówić o funkcjonowaniu normy, nakazującej każdemu członkowi grupy przeznaczenie posiadanych pieniędzy na wspólne picie, co sprawia, że faktycznie pieniądze nie są czyjąś własnością, lecz własnością grupy, tyle, że w prywatnym depozycie. Mieszkańcy kanałów piją częściej i więcej, często wielomiesięcznymi ciągami, częściej niż mieszkańcy noclegowni piją alkohole niekonsumpcyjne. Zdaniem Zielińskiego, obok egzystencjalnych powodów, właśnie możliwość picia bez ograniczeń była jedną z przyczyn wyboru życia w kanałach.

Mieszkańcy kanałów nie stanowią jednak wyizolowanej grupy, często żyją w symbiozie z mieszkańcami pobliskiej noclegowni, chodzą tam na posiłki, w noclegowniach szukają sobie miejsca w okresie zimy, a gdy usuwani są z powodu picia z jednej placówki, to szukają sobie innej (Zieliński 2005, ss. 81-81).

Jeśli chodzi o zamierzenia na przyszłość, to, zdaniem Zielińskiego, bezdomni mieszkańcy noclegowni zdają sobie sprawę z trudnej sytuacji, w jakiej się znaleźli, stąd ich zamierzenia (a raczej – marzenia) są nieśmiałe. Zaawansowani wiekiem wiążą swoje dalsze losy ze schroniskiem dla bezdomnych. Pozostali ujawniają jakieś mniej lub bardziej realne plany wyjścia z tej sytuacji. Część wierzy w możliwość leczenia alkoholizmu, inni, którzy mieli już w przeszłości nieudane próby leczenia i utrzymywania abstynencji, myślą o tym z niewiarą. Zieliński uważa, że szanse znalezienia pracy dla kogoś, kto nie ma stałego meldunku, są niewielkie nawet w Warszawie, gdzie bezrobocie jest bardzo niskie. Stąd wobec braku mieszkań i uwzględniając problem alkoholowy badanych, Zieliński ocenia ich szanse na wyjście z bezdomności jako niewielkie.

Jeszcze mniejsze szanse na wyjście z bezdomności mają, zdaniem Zielińskiego, mieszkańcy kanałów. O możliwości leczenia się z uzależnienia mieszkańcy kanałów wypowiadają się bardzo mgliście lub nierealistycznie zakładają, że sami są w stanie przezwyciężyć głód picia. Sprawy mieszkaniowe i zatrudnienia uważa za niemożliwe do załatwienia (Zieliński 2005, ss. 84-85).

Interesujące obserwacje stały się udziałem Kaźmierczak (2006), która przeprowadziła kilkadziesiąt wywiadów z utrzymującymi się z przeszukiwania śmietników bezdomnymi, mieszkającymi na warszawskim Ursynowie. Stosując technikę wywiadu swobodnego Kaźmierczak poznawała styl życia bezdomnych szperaczy śmietników. Ustaliła, że prawie każdy z jej rozmówców, jak to ujęła - "zderzył się" kiedyś z zakładem penitencjarnym. Prawie każdy przejawia ponadprzeciętną skłonność do agresywnych zachowań. Prawie każdy jest alkoholikiem. Wyjaśniając przyczyny swojej bezdomności, jeden z nich powiedział:

*Ja częściowo sam jestem sobie winien. Po wojsku poszedłem do pracy i obracałem się w takim towarzystwie, co lubieli wypić. Żem się wdał w alkohol. A jak się popiło to się do roboty nie szło. To pogonili. I koniec (Kaźmierczak 2006, s. 38).*

Jak ustaliła Kaźmierczak, bezdomni utrzymujący się ze śmietników, dziennie "pracują" ok. 10 godzin, przemierzając w tym czasie ok. 20 km. Najczęściej zbierają aluminiowe puszki, makulaturę i złom oraz znalezione przedmioty gospodarstwa domowego, które można przeznaczyć na handel. Dużym zainteresowaniem cieszyły się puste butelki po markowych alkoholach, które następnie sprzedawali Ukraińcom, handlującym podrabianym alkoholem na Stadionie Dziesięciolecia (Kaźmierczak 2006, s. 42).

Zdaniem Kaźmierczak, główną motywacją do działania stanowi dla bezdomnych perspektywa zakupu alkoholu. Stwierdziła, że bezdomni w ogóle nie kupują żywności, którą dostają za darmo z hipermarketów, organizacji pomocowych, bądź znajdują na śmietnikach. Wszystkie zarobione pieniądze (średnio ok. 20 zł dziennie) przeznaczają na zakup alkoholu lub papierosów. Rano budzą się z głodem alkoholowym i starają się jak najszybciej zarobić na pierwszą porcję alkoholu. "Śniadanie" stanowi dla nich z reguły butelka taniego wina. Zakupów alkoholu dokonują średnio 2-3 razy dziennie, zazwyczaj w tych samych sklepach, oferujących tanie alkohole z niższej półki (Kaźmierczak 2006, ss. 46-49).

Wyniki badań Kaźmierczak i Zielińskiego nad bezdomnymi alkoholikami wydają się najciekawsze spośród dostępnej literatury przedmiotu. Doświadczenia zdobyte w pracy z bezdomnymi alkoholikami w OTU "Monar", wypowiedzi pacjentów podczas zajęć dotyczących wychodzenia z bezdomności, potwierdzają wiele spostrzeżeń Zielińskiego, zwłaszcza, co do wzorów picia osób bezdomnych.

Pewne wątpliwości budzą natomiast uwagi Zielińskiego, traktujące bezdomność jako efekt splotu wielu czynników, takich jak zerwanie więzi z bliską osobą, pobyt w więzieniu, rodzaj pracy czy wychowanie w placówce opiekuńczej, nasilanych dodatkowo przez destrukcyjny wzór picia. Na podstawie wypowiedzi pacjentów OTU "Monar" wydaje się, że to uzależnienie od alkoholu jest podstawową przyczyną bezdomności, zaś pozostałe czynniki mogłyby być uznawane co najwyżej za wydarzenia bezpośrednio poprzedzające wejście w bezdomność, często także spowodowane piciem (jak np. rozwód, czy utrata pracy). Nawet najbardziej niekorzystny splot wydarzeń, który mógłby wyjaśnić utratę miejsca zamieszkania, nie wyjaśniłby przecież, dlaczego ktoś tkwi następnie w bezdomności przez szereg lat, przeznaczając wszystkie zarobione pieniądze na alkohol, zamiast na zmianę swojego położenia.

## **2. Problematyka uzależnień**

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, przyjmuje się, że alkoholizm jest (1) chorobą (2) pierwotną, (3) postępującą, (4) nieuleczalną i (5) śmiertelną.

1. Alkoholizm jest chorobą uznawaną przez WHO, wymienianą w ICD-10, posiadającą charakterystyczne objawy. Nie jest efektem braku silnej woli, czy wadą charakteru (Mellibruda 1999, Glatt 1993).
2. Alkoholizm jest chorobą pierwotną, co oznacza, że uzależnienia od alkoholu nie należy traktować jako objawu innego zaburzenia: nerwicy, depresji, zaburzeń osobowości, itp. Jeśli zaburzenia te współwystępują, mówi się o podwójnym zaburzeniu (Mellibruda 1999).

3. Alkoholizm jest chorobą postępującą – nieleczony prowadzi do coraz większej degradacji osoby uzależnionej, zgodnie z fazami uzależnienia wymienianymi przez Jellinka (1993).
4. Alkoholizm jest nieuleczalny – osoba uzależniona nigdy nie odzyska zdolności do picia kontrolowanego. Może jednak zatrzymać postępy choroby, utrzymując całkowitą abstynencję (Mellibruda 1999).
5. Alkoholizm jest chorobą śmiertelną. Stosunkowo rzadko śmierć alkoholika następuje wskutek śmiertelnego zatrucia alkoholem. Dużo częściej alkoholizm pośrednio przyczynia się do śmierci, zaś bezpośrednią przyczyną zgonów alkoholików są marskość wątroby, zapalenie trzustki, wypadki i urazy, pożary, wypadki komunikacyjne, utonięcia, udział w bójkach i pobicia, zamknięcia i samobójstwa (Europejski Raport Zdrowia 2002).

## 2.1. Kryteria uzależnienia od alkoholu

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), uzależnienie od alkoholu (oznaczone w klasyfikacji symbolem F10.2) występuje wówczas, gdy stwierdzi się występowanie co najmniej trzech z poniższej listy objawów (przez jakiś czas w ciągu ostatniego roku lub utrzymywanie się ich przez okres jednego miesiąca):

- głód alkoholowy (silne pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu);
- upośledzenie kontroli (trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem - powstrzymaniu się od picia, kontrolowaniu długości picia czy kontrolowaniu ilości wypijanego alkoholu);
- fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego (zespołu odstawienia), występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości wypijanego alkoholu albo picie alkoholu ze świadomością, że objawy odstawienia ulegną złagodzeniu;
- zmiana tolerancji na alkohol;
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz zdobywania alkoholu, picia oraz odwracania następstw picia alkoholu;
- picie alkoholu pomimo oczywistej wiedzy o szkodliwości picia dla zdrowia pijącego (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób... 2000).

## 2.2. Koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia

Dominujący w polskim leczeniu odwykowym nurt terapeutyczny oparty jest na koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia Jerzego Mellibrudy. Koncepcja ta, mimo, że czerpie wiele z amerykańskiego modelu Minnesota i doświadczenia wspólnoty Anonimowych Alkoholików, stanowi istotny, interesujący, polski wkład w rozumienie i leczenie uzależnienia od alkoholu. Terapeuci odwykowi, wyszkoleni w jej stosowaniu w trakcie rocznego Studium Terapii Uzależnień, pracują w większości polskich placówek odwykowych. Wiele programów terapeutycznych placówek odwykowych w Polsce zostało napisanych w oparciu o ten sposób myślenia i w wielu placówkach wykorzystuje się wręcz te same scenariusze zajęć terapeutycznych.

Terapia odwykowa zastosowana w OTU "Monar" wobec bezdomnych alkoholików także opiera się na koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia, stąd potrzeba szerszego omówienia tego podejścia w niniejszej pracy.

Stworzony przez Jerzego Mellibrudę model teoretyczny zakłada współdziałanie trzech psychologicznych mechanizmów tworzących uzależnienie, powstających wskutek nadużywania alkoholu oraz psychospołecznych okoliczności i konsekwencji picia. Mechanizm nałogowego regulowania uczuć powoduje zmianę pojawiających się emocji w głód alkoholowy. Mechanizm iluzji i zaprzeczania poprzez wzmacnianie myślenia magiczno-zyczeniowego zniekształca procesy poznawcze, zaś mechanizm rozpraszenia i rozdawiania "Ja" niszczy poczucie tożsamości. Koncepcja ta wyjaśnia przyczyny takich zjawisk jak głód alkoholowy, nawroty picia, nieskuteczność wpływów otoczenia na osobę uzależnioną oraz dostarcza wskazówek do skutecznej terapii (Mellibruda 1997).

Zgodnie z tą koncepcją, mechanizmy uzależnienia odgrywają decydującą rolę w powstawaniu oraz w utrzymywaniu się uzależnienia. Struktura tych mechanizmów oraz sposób ich funkcjonowania odróżnia je wyraźnie od patologicznych mechanizmów występujących w innych zaburzeniach emocjonalnych np. w nerwicy. Powstanie ich nie ma bezpośredniego związku z traumatycznymi doświadczeniami w dzieciństwie, czy toksycznymi relacjami z osobami znaczącymi, lecz spowodowane jest długotrwałym i (lub) intensywnym nadużywaniem alkoholu. O ile więc różni ludzie mogą mieć wiele różnych, niekiedy całkowicie odmiennych powodów sięgania po alkohol, o tyle jednak, z chwilą powstania uzależnienia, nabierają wspólnych cech i przejawiają podobne zachowania, które można wyjaśnić, zrozumieć i przewidywać dzięki koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia (Mellibruda 2002).

### **2.2.1. Mechanizm nałogowego regulowania uczuć**

Emocje wraz z intelektem umożliwiają nam pełny kontakt z otaczającym światem. W sytuacjach zagrożenia emocje pomagają natychmiast podejmować decyzje – np. strach przez rozpędzonym samochodem motywuje do natychmiastowego uskokoczenia z drogi, ból po dotknięciu gorącego żelazka skłania do natychmiastowego cofnięcia ręki. O ile intelekt pozwala na zrozumienie otaczającej rzeczywistości, to emocje sygnalizują nam, co jest dla nas ważne, czego chcemy i czego nie chcemy. Emocje lub ich brak w perspektywie utraty jakiejś relacji pokazują nam, na ile ta relacja jest dla nas ważna.

Także negatywne uczucia są więc ważnym elementem kontaktu z rzeczywistością. Motywują do działania, by usunąć ich przyczynę: np. mąż, którego żona grozi odejściem, może postanowić zmienić swoje postępowanie, by uniknąć poczucia odrzucenia. Pracownik, którego szef jest niezadowolony z jego pracy, może pod wpływem obawy przed zwolnieniem poprawić jakość swojej pracy, bądź zawczasu poszukać innej posady. Chrześcijański pogląd o sensie cierpienia znajduje tu swoje uzasadnienie. Cierpienie bowiem często nie pozwala egzystować w oderwaniu się od rzeczywistości, skłania do zastanowienia się nad sobą i swoim postępowaniem, motywuje do działania i zmusza do rozwiązywania problemów, jakie niesie życie.

O ile rozwiązywanie problemów będących źródłem cierpienia wymaga czasu i wysiłku, o tyle picie alkoholu pozwala w łatwy sposób doraźnie zredukować cierpienie. Stąd ludzie piją alkohol, traktując to jako jedną z metod regulacji afektu. Nieumiejętność radzenia sobie z emocjami może więc stanowić zachętę do intensywnego picia alkoholu (Baumeister i in., 2000).

Zdaniem Mellibrudy, w miarę rozwoju uzależnienia alkohol staje się podstawowym źródłem uczuć dla alkoholika. Powtarzające się doświadczenia euforyzującego działania alkoholu sprawiają, że naturalne sposoby wywoływania u siebie przyjemnych doznań stają się mniej

atrakcyjne. Naturalne sposoby i sytuacje, w których odczuwamy pozytywne emocje, wymagają na ogół wysiłku, zdarzają się okazjonalnie i nie mamy nad nimi pełnej kontroli. Picie alkoholu natomiast jest łatwe i pozwala w prosty sposób zmieniać swój stan emocjonalny. Także przykre wydarzenia nie motywują do przemyśleń i do zmiany postępowania, gdyż alkoholik zna łatwiejszy sposób do uśmierzenia negatywnych emocji. Obawa przed utratą ważnych relacji z rodziną czy przyjaciółmi, obawa przed utratą pracy, poczucie winy i wstyd spowodowane niewłaściwym zachowaniem, czy strach przed karą – mogą zostać łatwo uśmierzone za pomocą nowej dawki alkoholu. Alkoholik w sposób zamierzony manipuluje swoimi uczuciami za pomocą alkoholu, uzyskując emocjonalną niezależność od otoczenia. W rezultacie, wydarzenia świata zewnętrznego mają coraz mniejszy wpływ na jego świat wewnętrzny, gdyż reguluje on swoje uczucia na drodze chemicznej. Zamyka się w swoim świecie, odrywając się od rzeczywistości. Jego najbliższe otoczenie ma na niego coraz mniejszy wpływ. Emocje, jakie alkoholik przeżywa, stają się coraz mniej adekwatne do tego, co wydarza się w jego otoczeniu (Mellibruda 2002).

Życie emocjonalne alkoholika ubożeje. Wszelkie negatywne emocje (poczucie winy, wstyd, strach, osamotnienie) łatwo przekształcają się w głód alkoholowy, objawiający się pragnieniem doznania natychmiastowej ulgi w cierpieniu, ssaniem w żołądku i natrętnymi myślami o pićiu. Dominującymi, pozytywnymi emocjami stają się ulga po wypiciu i euforia, gdy alkoholik jest pod wpływem alkoholu. Relacje z ludźmi stają się powierzchowne, inni ludzie traktowani są instrumentalnie, zaś preferowane towarzystwo to koledzy od kieliszka.

Nawyk poszukiwania natychmiastowej, doraźnej ulgi zamiast cierpliwego znoszenia negatywnych emocji i rozwiązywania problemów sprawia, że w miarę rozwoju uzależnienia zmniejsza się tolerancja na cierpienie. W rezultacie alkoholik pozbawiony dostępu do alkoholu staje się drażliwy i wybuchowy – błahe niedogodności wywołują w nim silne emocje i nieadekwatne reakcje (Mellibruda 2002).

#### **Etapy rozwoju mechanizmu nałogowego regulowania uczuć:**

1. Odkrycie, że picie alkoholu wywołuje pozytywne emocje.
2. Alkohol staje się głównym źródłem przyjemnych doznań.
3. Konsekwencje picia prowadzą do doznań nieprzyjemnych (cierpienia).
4. Picie alkoholu po to, by złagodzić cierpienie i doznać doraźnej ulgi (Mellibruda 2002).

Etapy rozwoju uzależnienia pokazują trafność pojęcia "pułapka uzależnienia". Pierwszy, przyjemny etap jest pułapką, zachęcającą do powtarzania zachowań powodujących przyjemne doznania. Negatywne emocje związane z odległymi konsekwencjami picia nie zachęcają do wyrwania się z pułapki (zaprzestania picia), lecz przeciwnie, do nasilania zachowań, które na początku przynosiły pozytywne emocje (czyli do dalszego picia). Nieświadomość swojego położenia, która uniemożliwia wyrwanie się z tej pułapki, jest z kolei rezultatem działania kolejnego mechanizmu uzależnienia - mechanizmu iluzji i zaprzeczania (Mellibruda 2002).

Podobne próby wyjaśnienia zjawisk, opisanych przez Mellibrudę, lecz od strony neurochemicznej, można znaleźć także w innych koncepcjach: w teorii sensytyzacji zachęt Robinsona i Berridge'a, teorii allostazy Knoba i LeMoala, czy w koncepcji uzależnienia jako wyniku upośledzenia zaspokojenia popędu (deficytu antynapędu) Kostowskiego (Kostowski 2006, Kostowski 2009).

## 2.2.2. Mechanizm iluzji i zaprzeczania

Każdy człowiek jest zdolny do myślenia logicznego, racjonalnego, właściwego osobom dorosłym oraz do myślenia magiczno-życzeniowego, charakterystycznego zwłaszcza dla dzieci. Myślenie magiczno-życzeniowe bywa niekiedy przydatne także w życiu osób dorosłych. Prowadzi do przeceniania prawdopodobieństwa pożądanых zdarzeń, wzmacnia optymizm i nadzieję na pomyślny rozwój sytuacji, pozwala przetrwać trudne chwile, daje siłę do realizacji swoich marzeń, ambitnych planów i zamierzeń, jakkolwiek innym ludziom mogłyby wydawać się nierealistyczne. Alkohol osłabia zdolność do racjonalnego myślenia, wzmacniając myślenie magiczno-życzeniowe (Mellibruda 2002).

U osoby uzależnionej naturalna skłonność do myślenia magiczno-życzeniowego zostaje wzmocniona i zaprzęgnięta w służbie podtrzymywania uzależnienia. Zniekształcone spostrzeganie rzeczywistości dotyczy przede wszystkim rozmiarów picia alkoholu i jego konsekwencji. Powstaje system przekonań utrudniający dostrzeżenie negatywnych konsekwencji picia alkoholu i powiązania ich z piciem – a co za tym idzie – wyciągnięcie z nich wniosków o konieczności zaprzestania picia. Zniekształcone myślenie na temat swojego położenia, picia alkoholu, prawdziwych przyczyn pretensji rodziny czy pracodawcy i przyczyn przykrych wydarzeń w życiu alkoholika jest rezultatem działania mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Mechanizm ten sprawia, że – wbrew oczywistym faktom – alkoholik nie widzi powodów do zaprzestania picia, znajduje natomiast wiele uzasadnień, by pić nadal (Mellibruda 2002).

### Przejawy mechanizmu iluzji i zaprzeczania:

- **proste zaprzeczanie** – alkoholik zaprzecza najbardziej oczywistym faktom, mimo, że fałsz jego twierdzeń jest widoczny dla każdego (np. pijany alkoholik twierdzi: *nic nie piłem*), zaprzecza objawom świadczącym o uzależnieniu, zaprzecza kompromitującym zachowaniom i konsekwencjom picia;
- **minimalizowanie** – pomniejszanie wagi problemów z alkoholem, pomniejszanie konsekwencji picia, bagatelizowanie znaczenia niewłaściwych zachowań po alkoholu (*wypiłem tylko jedno piwo, tylko przesunąłem żonę*);
- **obwinianie** – obarczanie innych odpowiedzialnością za własne picie – żony, dzieci, pracodawcy, kolegów, ustroju (*piję, bo żona mnie nie rozumie, koledzy z pracy namówili, piję bo mam stresującą pracę, komuna rozpijała ludzi, bezrobocie jest teraz takie, że tylko picie mi pozostaje*);
- **racjonalizowanie** – znajdowanie pozornie racjonalnych uzasadnień dla swojego picia (*wypiłem na ból zęba, musiałem postawić, by załatwić pracę, musiałem wypić, żeby koledzy nie powiedzieli, że donoszę, trzeba wypić za zdrowie, żeby nie zrobić przykrości solenizantowi, picie daje mi natchnienie do pracy artystycznej*);
- **intelektualizowanie** – mówienie o picciu jako o abstrakcyjnym problemie innych ludzi - alkoholik może przy tym nawet mówić rzeczy słuszne, ale bez odnoszenia tego co mówi do siebie;
- **odwracanie uwagi** – zmiana tematu rozmowy, w celu uniknięcia nieprzyjemnych kwestii związanych z piciem alkoholu;
- **fantazjowanie** – nierealne wyobrażenia na temat siebie i swojego picia (*mogę przestać pić, kiedy zechcę, jedno piwo mi nie zaszkodzi*);
- **koloryzowanie wspomnień** – wspomnianie przyjemnych aspektów picia, pomijając przykre zdarzenia i konsekwencje (*byłem na baletach, urządzaliśmy sobie z żoną sympatyczne wieczory – o libacjach alkoholowych, brałem udział w*

*plenerowych spotkaniach towarzyskich – o picie w krzakach, była świetna zabawa – o weselu, na którym alkoholik pobił teścia pana młodego);*

- **marzeniowe planowanie** – tworzenie naiwnych, nierealistycznych wizji swojej przyszłości w oderwaniu od realnych możliwości (*moje problemy się rozwiążą, gdy wyjadę do Kanady, przestanę pić, gdy się ożenię*) (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006).

#### **Nalagowe zasady myślenia o sobie i świecie:**

- *to nie ja* – alkoholik zaprzecza swojej odpowiedzialności za to, co go spotkało;
- *to nie dlatego* – alkoholik zaprzecza prawdziwym przyczynom przykrych wydarzeń i ich związku z pićm alkoholu;
- *to nie tak było* – alkoholik zaprzecza niewygodnym faktom;
- *tym razem na pewno się uda* – alkoholik powtarza nieskuteczne zachowania, wykazując nierealistyczny optymizm;
- *od jutra będzie zupełnie inaczej* – wierzy w magiczną poprawę sytuacji, bez podejmowania jakichkolwiek działań;
- *oni są do mnie uprzedzeni* – alkoholik obwinia innych za ich negatywną postawę wobec niego;
- *niewygodne fakty znikają, gdy się o nich nie myśli* – alkoholik stara się zapomnieć o problemach, zamiast je rozwiązywać;
- *wystarczy mocno chcieć, by to mieć* – alkoholik koncentruje się na chceniu, ale nie na działaniu;
- *jakoś to będzie* – alkoholik stara się przeczekać trudne sytuacje, nie próbując sam na nie wpływać;
- *co się stało, to się nie odstanie* – alkoholik nie naprawia szkód, nie przeprasza, oczekuje, że inni zapomną jego niewłaściwe postępowanie (Mellibruda 2002).

Mechanizm ten, opisany przez Mellibrudę, został dostrzeżony także przez innych autorów. Twerski uważa, że irracjonalny sposób myślenia alkoholików przypomina niekiedy urojenia występujące w psychozach. Jego zdaniem, pragnienie środka chemicznego jest tak silne, że zmienia procesy myślowe w takim kierunku, aby usprawiedliwić picie alkoholu czy branie narkotyków, bądź pozwolić na robienie tego nadal:

*"Uzależnione myślenie różni się od myślenia logicznego tym, że nie prowadzi do wniosków opartych na dowodach czy konkretnych faktach. Jest wręcz przeciwnie. Osoba uzależniona zaczyna od konkluzji: 'Muszę się napić' (...) a następnie szuka argumentów na jej potwierdzenie, niezależnie od tego, czy jest ona logiczna, czy nie i czy opiera się na faktach." (Twerski 2001).*

### **2.2.3. Mechanizm rozpraszania i rozdawiania "Ja"**

Poczucie tożsamości jest ważną częścią struktury osobowości. Poczucie tożsamości określa się zazwyczaj na podstawie indywidualnych cech i historii życia (tożsamość osobista) oraz na podstawie narodowości, obywatelstwa, religii i pełnionych ról społecznych (tożsamość społeczna). Poczucie tożsamości zawiera odpowiedź na pytanie: "kim jestem?", tworzy podstawę dla hierarchii wartości i dla moralności, ułatwia podejmowanie decyzji, pozwala na konsekwentne trzymanie się podjętych decyzji i przyjętych zobowiązań, nadaje życiu sens, wpływa na kierunek dalszego życia, podnosi poczucie własnej wartości.



Długotrwałe nadużywanie alkoholu prowadzi do zaburzenia poczucia tożsamości. Zdaniem Mellibrudy, uszkodzenie struktury "Ja" u alkoholika dotyczy:

1. rozdawania "Ja", czyli tworzenia biegunowych wersji siebie;
2. rozpraszania granic "Ja";
3. wyrażenia "Ja" (Mellibruda 2002).

**Rozdawanie "Ja"** polega na powstaniu u alkoholika dwóch odmiennych, biegunowych wersji własnej osoby. Pierwsza z nich pojawia się zazwyczaj pod wpływem alkoholu. Wówczas alkoholik z reguły doświadcza poczucia mocy (Mellibruda 2002). Osoba zazwyczaj niepewna siebie bez skrepowania próbuje nawiązać kontakty z nieznanymi osobami. Stara się być w centrum uwagi. Z dużą pewnością siebie zabiera głos, wygłaszając wypowiedzi, których wstydziliby się na trzeźwo. Może uważać się za "duszę towarzystwa", wodzireja, czy gwiazdę estrady, zabawiając publiczność swoją osobą (np. hałaśliwy alkoholik zagadujący przypadkowych współpasażerów w autobusie w przekonaniu, że jest zabawny i interesujący). Zakrzykuje innych w przekonaniu, że to, co mówi, jest najmądrzejsze. Nie obawia się konsekwencji swojego niewłaściwego zachowania, gdyż czuje się ważniejszy i mocniejszy od szefa w pracy czy policjanta na ulicy. Krytyczne uwagi odbiera jak zniewagę. Może być agresywny, w przekonaniu, że jest najsilniejszy, a inni muszą się mu podporządkować. Bywa roszczeniowy, żądając nienależnych mu przywilejów i korzyści.

W tym stanie alkoholik nie widzi powodu do podjęcia leczenia. Uważa, że panuje nad swoim pić i może przestać pić, kiedy tylko zechce. Nie ma żadnych problemów. Nie potrzebuje niczyjej pomocy, gdyż sam sobie świetnie radzi – to raczej on może pouczać innych. Nie uważa się za alkoholika, co prowadzi go do wniosku, że może bez przeszkód kontynuować picie (Mellibruda 2002).

Zjawiska opisywane przez Mellibrudę można obserwować także podczas terapii odwykowej. Alkoholowa pycha utrudnia pacjentowi słuchanie innych (wskutek przekonania alkoholika, że jest najmądrzejszy), utrudnia przyjmowanie pomocy w przekonaniu, że sam sobie świetnie poradzi bądź nie ma żadnych problemów, utrudnia też podporządkowanie się wymogom regulaminu placówki. Alkoholik często usiłuje leczyć się "po swojemu", podporządkowując program terapii i terapeutę swoim oczekiwaniom (najchętniej przy tym modyfikując zasady leczenia w taki sposób, by terapia nie kolidowała z pić alkoholu).

Przeciwstawna, skrajna wersja swojej osoby uaktywnia się u alkoholika zazwyczaj, gdy słabnie działanie alkoholu. Wielu alkoholików opisując ten stan stwierdza, że tzw. "kac moralny" jest gorszy od fizycznych dolegliwości zespołu abstynencyjnego. Wtedy docierają do świadomości alkoholika przykre konsekwencje jego postępowania. Pojawia się poczucie winy i wstyd, związane z jego wcześniejszym zachowaniem pod wpływem alkoholu. W tym stanie alkoholik ocenia siebie skrajnie surowo, jako wyjątkowo złego człowieka. Może mieć myśli samobójcze i podejmować próby samobójcze, w przekonaniu, że ktoś taki jak on nie ma prawa do życia. Wycofuje się i izoluje, wstydząc się pokazać ludziom na oczy. Przekonanie, że jest "niegodny" utrudnia mu poszukiwanie pomocy (Mellibruda 2002).

Podczas terapii odwykowej alkoholik może uważać się za "beznadziejny przypadek", dopytując terapeutę, czy jest jeszcze dla niego jakaś szansa. Wbrew pozorom, nie zawsze oczekuje dodania otuchy. Często oczekuje potwierdzenia swojej beznadziejności, by móc uniknąć wysiłku pracy nad sobą i bez poczucia winy, z powołaniem się na autorytet terapeuty – powrócić do picia, z przekonaniem, że tylko picie mu zostało.

Oba skrajne bieguny – zarówno poczucie mocy, jak i poczucie bezwartościowości – sprzyjają zatem kontynuowaniu picia. W trakcie terapii odwykowej alkoholik potrzebuje nauczyć się pokory – postawy znajdującej się pośrodku między tymi dwoma biegunami. Uczy się doceniania swoich mocnych stron i akceptowania swoich ograniczeń, przyjmowania pomocy, słuchania innych, podporządkowania zasadom i autorytetom, szacunku do siebie samego pomimo swoich słabości.

Koncepcję Mellibrudy można zobrazować, przedstawiając emocje, sposób myślenia i zachowania, charakterystyczne dla opisanych wyżej stanów, w poniższej tabeli:

**Tabela 1.**  
**Mechanizm rozpraszania i rozdławiania "Ja"**

1 biegun poczucie bezwartościowości		2 biegun poczucie mocy	
<b>Poczucie niższości</b>	<b>Pokora</b>	<b>Pycha</b>	
<p><b>Uczucia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• upokorzenie</li> <li>• poczucie beznadziejności</li> <li>• poczucie winy</li> <li>• wstyd</li> <li>• obrzydzenie do siebie (tzw. "kac moralny")</li> <li>• poniżenie</li> <li>• pogarda dla siebie</li> <li>• upodlenie</li> <li>• osamotnienie</li> <li>• zwątpienie</li> <li>• niemoc</li> <li>• rezygnacja,</li> <li>• lęk przed ludźmi</li> </ul> <p><b>Myśli:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>i tak nic mi już nie pomoże,</i></li> <li>• <i>jestem do niczego</i></li> <li>• <i>nic nie potrafię</i></li> <li>• <i>nic ze mnie nie będzie</i></li> <li>• <i>niczego nie potrafię</i></li> <li>• <i>jestem podłym, złym człowiekiem</i></li> <li>• <i>jestem najgorszym z ludzi</i></li> <li>• <i>tylko picie mi zostało</i></li> <li>• <i>nie zasługuję, żeby żyć i stapać po Matce Ziemi</i></li> <li>• <i>moje winy są niewybaczalne</i></li> <li>• <i>wszyscy są lepsi ode mnie</i></li> </ul>	<p><b>Uczucia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nadzieja</li> <li>• spokój</li> <li>• pogodzenie się ze światem, ludźmi i sobą samym</li> <li>• akceptacja</li> <li>• pogoda ducha</li> <li>• ufność</li> <li>• ulga</li> </ul> <p><b>Myśli:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>jestem tylko człowiekiem (nie jestem Panem Bogiem)</i></li> <li>• <i>inni ludzie mogą mi pomóc</i></li> <li>• <i>mam prawo się mylić</i></li> <li>• <i>mam prawo popełniać błędy</i></li> <li>• <i>mam prawo dbać o siebie, nie krzywdząc innych ludzi;</i></li> <li>• <i>są sprawy, na które nie mam wpływu, wobec których jestem bezsilny (np. wobec alkoholu), ale są też takie, na które mam wpływ i mogę coś zmienić (np. wobec abstynencji)</i></li> </ul>	<p><b>Uczucia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poczucie mocy</li> <li>• pogarda dla innych</li> <li>• pycha</li> <li>• pewność siebie</li> <li>• euforia</li> <li>• duma</li> <li>• poczucie wyższości</li> <li>• lekceważenie innych</li> <li>• bunt</li> <li>• obraza</li> <li>• gniew</li> </ul> <p><b>Myśli:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>nikt mi nie będzie mówił, co mam robić;</i></li> <li>• <i>jestem najmądrzejszy,</i></li> <li>• <i>inni to głupcy;</i></li> <li>• <i>nie potrzebuję pomocy</i></li> <li>• <i>już taki jestem i się nie zmienię;</i></li> <li>• <i>ja mam zawsze rację</i></li> <li>• <i>ja wiem najlepiej;</i></li> <li>• <i>co chcę, to zrobię;</i></li> <li>• <i>jak będę chciał, to nie będę pił (ale nie chcę);</i></li> <li>• <i>ze wszystkim sam sobie poradzę;</i></li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>jestem beznadziejnym, nieuleczalnym przypadkiem</i></li> <li>• <i>uznawanie swojego życia za zmarnowane, z powodu niewybaczalnych błędów z przeszłości</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>nie jestem samowystarczalny, potrzebuję innych ludzi</i></li> <li>• <i>mogę naprawić część tego, co źle zrobiłem</i></li> <li>• <i>mogę dobrze przeżyć resztę życia</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>nie ma dla mnie rzeczy niemożliwych</i></li> <li>• <i>nie mam żadnych problemów</i></li> <li>• <i>ja już się nigdy nie napiję, mogę nawet spać na butelkach (po podjęciu abstynencji)</i></li> </ul>
<p><b>Poczucie niższości</b></p>	<p><b>Pokora</b></p>	<p><b>Pycha</b></p>
<p><b>Zachowania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>wycofywanie się</i></li> <li>• <i>próby samobójcze</i></li> <li>• <i>samouszkodzenia</i></li> <li>• <i>picie alkoholu (nic się nie da z tym zrobić, tylko picie mi zostało),</i></li> <li>• <i>nie przyjmowanie pomocy (i tak mi nic już nie pomoże)</i></li> <li>• <i>izolowanie się, ucieczka (jestem niegodny).</i></li> </ul>	<p><b>Zachowania:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>godzenie się z tym, czego nie da się zmienić (np. przestrzeganie regulaminu)</i></li> <li>• <i>zmienianie tego, co można zmienić (przestrzeganie zaleceń)</i></li> <li>• <i>poszukiwanie i przyjmowanie pomocy ze strony innych ludzi</i></li> <li>• <i>słuchanie tego, co mówią inni ludzie (nawet głupcy i ignoranci mają swoją opowieść).</i></li> </ul>	<p><b>Zachowania:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>wywyższanie się</i></li> <li>• <i>"filozofowanie" pod wpływem alkoholu, wygłaszanie z dużą pewnością siebie bzdurnych poglądów</i></li> <li>• <i>zabawianie towarzystwa wygłupami (po to, by być w centrum uwagi),</i></li> <li>• <i>odrzucaanie pomocy,</i></li> <li>• <i>roszczeniowość, domaganie się nienależnych korzyści;</i></li> <li>• <i>picie alkoholu ("piję, bo chcę i się nie zmienię")</i></li> <li>• <i>falszywe obietnice (wszystko mogę załatwić)</i></li> <li>• <i>izolowanie się (inni ludzie są mi niepotrzebni).</i></li> </ul>

Mechanizm rozpraszenia i rozdawania "Ja" przejawia się także **rozpraszeniem "Ja"**, poczuciem rozplywania się, utraty kontroli, zatarcia osobistych granic. Stany te doświadczane są zazwyczaj pod wpływem alkoholu (Mellibruda 2002). U osób nieuzależnionych podobne odczucia zdarzają się w trakcie przeżyć duchowych, jednakże możliwość ich przeżywania w naturalny sposób wymaga podejmowania wysiłku prowadzenia wartościowego życia (Mellibruda 2006).

Powtarzające się doświadczenia zmian biegunowych wersji siebie (poczucia mocy na przemian z poczuciem bezwartościowości) prowadzą do stopniowej utraty poczucia tożsamości. Alkoholik nie wie, kim właściwie jest. Stan ten Mellibruda nazywa **wydrążeniem "Ja"**. Wydrążenie "Ja" przejawia się poczuciem pustki, brakiem poczucia sensu życia, brakiem hierarchii wartości, a co za tym idzie – utratą dotychczasowych standardów moralnych. Stan ten utrudnia podejmowanie decyzji oraz konsekwentne trzymanie się podjętych postanowień i zobowiązań. Alkoholik, który podjął jakieś zobowiązanie bądź złożył obietnicę – już następnego dnia może czuć się kimś innym, co sprawia, że nie czuje się zobowiązany dotrzymać danego wówczas słowa (Mellibruda 2002, Mellibruda 2006).

Uwagi potwierdzające koncepcję Mellibrudy możemy znaleźć także u innych autorów. Jampolsky (1992), analizując sposób myślenia osoby uzależnionej, stwierdza, że jej szacunek do samej siebie zależy od tego, czy zawsze ma rację. Jakakolwiek niedoskonałość jest dla niej nie do przyjęcia:

*"Mój sposób postępowania jest jedynym słusznym. Moje spostrzeżenia są zawsze prawidłowe. Aby być z siebie zadowolonym, muszę być zawsze doskonały."* (Jampolsky 1992).

### 2.3. Charakterystyka terapii odwykowej

Celem terapii odwykowej jest nauczenie pacjenta utrzymywania całkowitej abstynencji i przygotowanie go do życia bez alkoholu. Terapia odwykowa oparta na koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia jest:

1. dyrektywna;
2. ustrukturalizowana;
3. grupowa (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006).

Ad. 1

**Dyrektywność** w terapii odwykowej polega na tym, że terapeuta odwykowy nie *podąża za pacjentem*, jak to bywa praktykowane w leczeniu nerwic, lecz przeciwnie, to on prowadzi sesję terapeutyczną, decyduje o jej temacie, udziela głosu, instruuje pacjentów, daje zalecenia, rozlicza z wykonania prac domowych, dyscyplinuje i napomina (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006).

Ad. 2

Terapia odwykowa jest **ustrukturalizowana**, co oznacza, że niemal każde zajęcia mają z góry zaplanowany temat, scenariusz zajęć, ćwiczenia do wykonania i prace domowe. W przeciwieństwie do grupy terapeutycznej prowadzonej zgodnie z procesie grupowym, gdzie najaktywniejsi członkowie grupy mogą decydować o temacie i przebiegu zajęć, w terapii odwykowej opartej o koncepcję psychologicznych mechanizmów uzależnienia temat i forma zajęć jest narzucona z góry, przez terapeutę (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006).

Ad. 3

Zasadnicza forma oddziaływań terapeutycznych to terapia **grupowa**. Sesje indywidualne są tylko uzupełnieniem zajęć grupowych. Poczucie przynależności do grupy niepijących alkoholików, naturalna skłonność do konformizmu i przestrzegania norm grupowych oraz naśladowanie pacjentów zaawansowanych w trzeźwieniu wspiera abstynencję i pomaga w radzeniu sobie z głodem alkoholowym (Kinney i Lepton 1996). Indywidualne spotkania z terapeutą mają znaczenie uzupełniające i służą m.in. realizacji tzw. **osobistych planów terapii** (OPT) – indywidualnych zadań zleczanych pacjentowi, rozliczanych podczas zajęć grupy zadaniowej (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006).

Charakterystyczną cechą terapii odwykowej jest także rygorystycznie przestrzegana **dyscyplina**. Kontrakt terapeutyczny obejmuje przestrzeganie regulaminu placówki, zaś jego złamanie może skutkować usunięciem pacjenta z terapii. Od początku leczenia wymaga się od pacjenta utrzymywania całkowitej abstynencji od substancji psychoaktywnych. Pacjent nie ma wpływu na stosowane metody leczenia, nie może współdecydować o programie zajęć (wymaga się od niego udziału we wszystkich zajęciach przewidzianych programem) ani o

częstotliwości spotkań. Ograniczone są też możliwości zmiany terapeuty indywidualnego, tak, by pacjent nie poszukiwał mniej wymagającego terapeuty.

Konieczność przestrzegania dyscypliny wynika z braku właściwej samodyscypliny u osób uzależnionych (perfekcjonizm bądź nadmierna pobłażliwość wobec samego siebie), niekiedy wynikająca z braku właściwej dyscypliny w procesie wychowania. Ryś, powołując się na badania Baumrind, wskazuje, że brak dyrektywności rodziców, ich pobłażliwość, przyczynia się do częstszego brania narkotyków przez dzieci. W rodzinach, w których rodzice wyznają tradycyjne wartości, występuje konsekwentny styl wychowawczy i umiejętnie kontrolują swoje dzieci, rzadziej występuje narkomania (Ryś, 2002). Uwewnętrznienie norm narzucanych podczas terapii odwykowej i przestrzeganie ich po terapii sprzyja utrzymywaniu abstynencji.

Często stosowaną techniką stosowaną w terapii odwykowej jest **konfrontacja**. Polega ona na skłanianiu pacjenta do nazywania rzeczy po imieniu, zamiast stosowania mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Terapeuta zwraca uwagę pacjentowi za każdym razem, gdy ten próbuje używać sformułowań ogólnikowych bądź fałszujących prawdziwy obraz rzeczywistości. Zamiast "byłem na baletach" pacjent ma mówić "uczestniczyłem w libacji alkoholowej", zamiast "popłynąłem" – "miałem alkoholowy ciąg", zamiast "załatwiłem" – "ukradłem", zamiast "praca przepadła" – "zostałem dyscyplinarnie zwolniony z pracy za nadużywanie alkoholu". Terapeuta zarazem skłania pacjenta do brania na siebie odpowiedzialności za to, co go spotkało, zamiast zrzucania jej na zewnętrzne okoliczności. Nie pozwala na wypowiedzi w imieniu wszystkich alkoholików (np. *my alkoholicy zaniedbywaliśmy rodziny*), bądź wypowiedzi ogólnikowe (*człowiek lubi wypić po pracy*), czy bezosobowe (*na weselu się pilo*), lecz skłania do wypowiedzi w pierwszej osobie liczby pojedynczej (*ja zaniedbywałem rodzinę, ja pilem po pracy, ja pilem na weselu*).

Ważnym elementem terapii odwykowej opartej o psychologiczne mechanizmy uzależnienia jest **praca nad destrukcją alkoholową** (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006). Opiera się to na założeniu, że zdarzenia z przeszłości nie stają się życiowym doświadczeniem danej osoby, dopóki zdarzenie to nie zostanie poddane refleksji. Ludzie często widzą swoje życie jako ciąg przypadkowych zdarzeń, jakby wcale nie były one powiązane ze sobą łańcuchem przyczynowo-skutkowym. Stąd, mimo długiego życia, nie stają się bogatsi o życiowe doświadczenie, nie wyciągają wniosków, lecz powtarzają ciągle te same błędy. **Wydarzenia** z przeszłości, jeśli zostaną poddane refleksji, stają się **doświadczeniami** – dopiero refleksja nad nimi pozwala zmienić je w cenne, życiowe doświadczenie.

W ramach terapii odwykowej pacjenci przyglądają się zatem szkodom spowodowanym przez ich picie w różnych dziedzinach życia. Niejednokrotnie pierwszy raz w życiu oceniają na trzeźwo ich rozmiary. Wyciągają wnioski ze swoich błędów oraz porzucają sposoby myślenia i zachowania, które przyczyniły się do powstania ich problemów.

### **3. Efektywność terapii odwykowej**

Rozważając, w jaki sposób można skutecznie pomóc uzależnionym osobom bezdomnym, należałoby uwzględnić, na ile skuteczna może być terapia odwykowa i czy znajduje ona zastosowanie także wobec osób najbardziej zdegradowanych społecznie.

### 3.1. Badania nad efektywnością terapii odwykowej na świecie

W badaniach przeprowadzonych w Niemczech stu alkoholików brało udział w programie leczenia, obejmującym 6 tygodni pobytu w oddziale i 6 tygodni leczenia w poradni. Efekty terapii były sprawdzane 6 miesięcy i 18 miesięcy po jej ukończeniu. Głównym celem badania było analiza przebiegu choroby, ewaluacja efektów terapii oraz zbadania wpływu na efektywność terapii specyficznych dodatkowych czynników, takich jak systematyczne włączanie do terapii najbliższej rodziny *versus* systematyczne wsparcie w grupie samopomocowej oraz rozpoznawanie predyktorów nawrotu. O ile terapia jako taka przyniosła zupełnie dobre rezultaty, powodując m.in. znaczące zmiany w zakresie symptomatologii oraz wynikach skal osobowości, o tyle dodatkowe zaangażowanie kluczowych krewnych nie przyniosło istotnego, dodatkowego efektu leczącego. Relacje partnerskie osób badanych ulegały pogorszeniu w trakcie terapii, wraz z czasowo wzrastającymi tarciami w związkach. Bardzo ostrożne szacunki wykazały, że 40% wszystkich pacjentów utrzymywało abstynencję po upływie 6 miesięcy po terapii oraz 30% po upływie 18 miesięcy (Fichter i Frick 1993).

W trwających 9 lat niemieckich badaniach nad abstynencją, jej złamaniem i nawrotem picia badano 180 chronicznych alkoholików, biorących udział w ambulatoryjnej, długoterminowej, intensywnej terapii dla alkoholików. Celem badań było poznanie roli czynników odstrasżających (*alcohol deterrents* - AD) w zapobieganiu nawrotom i wspieraniu długoterminowej abstynencji. Badania przeprowadzono w latach 1993-2002. Porównywano następujące podgrupy badanych pacjentów: (1) przyjmujących placebo jako środek odstrasżający z przyjmującymi prawdziwy środek odstrasżający (*disulfiram* lub *calcium carbimide*); (2) radzących sobie z "wpadkami"<sup>1</sup> z tymi, których "wpadki" ostatecznie okazywały się szkodliwe oraz z tymi, którzy mieli ciężkie nawroty; (3) używających środków odstrasżających 13-20 miesięcy z tymi, którzy używali środków odstrasżających powyżej 20 miesięcy. Rezultaty uzyskane w ciągu trwających 9 lat badań wykazały, że prawdopodobieństwo uniknięcia nawrotu<sup>2</sup> wyniosło 0,52, zaś prawdopodobieństwo utrzymywania całkowitej abstynencji wyniosło 0,26. Pomimo długiego przyjmowania, *disulfiram* i *calcium carbimide* były dobrze tolerowane. Pacjenci przyjmujący fałszywy środek odstrasżający (placebo), ze względu na przeciwwskazania zdrowotne do przyjmowania *disulfiramu* bądź *calcium carbimide*, wykazywali wyższe łączne prawdopodobieństwo utrzymywania abstynencji niż pacjenci przyjmujący prawdziwy środek odstrasżający ( $S=0.86$  vs.  $S=0.49$ ,  $p=0.03$ ). Bardzo szkodliwe "wpadki" i ciężkie nawroty zdarzały się wcześniej niż skuteczne poradzenie sobie z "wpadkami"; pacjenci mający bardzo szkodliwe "wpadki" i ciężkie nawroty rzadziej przyjmowali środki odstrasżające przed zapiciem, częściej natomiast po zapiciu, niż pacjenci umiejący sobie poradzić z "wpadką". Łączne prawdopodobieństwo utrzymywania abstynencji u pacjentów, którzy długoterminowo (powyżej 20 miesięcy) przyjmowali środki odstrasżające wynosiło 0,75, w porównaniu do 0,50 u pacjentów, którzy przerwali przyjmowanie środków odstrasżających między 13 a 20 miesiącem. Podsumowując, autorzy badań uznają, że uzyskane rezultaty wspierają koncepcję

<sup>1</sup> Używanie terminu "wpadka" jest sprzeczne z dominującym nurtem w polskiej terapii odwykowej, gdzie uznaje się, że nawrót jest procesem, który objawia się przede wszystkim powrotem do "pijanego" sposobu myślenia i rozpoczyna się długo przed sięgnięciem po alkohol, zaś sam kontakt z alkoholem jest tylko jego konsekwencją. W związku z tym termin "wpadka" uznawany jest za chybiony, gdyż niesłusznie minimalizuje wagę nawet jednorazowego złamania abstynencji, sugerując jego przypadkowy charakter.

<sup>2</sup> Niemieccy autorzy badań w specyficzny sposób rozumieją pojęcie "nawrotu". Uznają, że chroniczny alkoholik może złamać abstynencję i zarazem... nie mieć nawrotu choroby. W Polsce pojęcie "nawrót" rozumie się znacznie bardziej szeroko. Jeśli alkoholik złamał abstynencję, to zawsze uznajemy to za efekt nawrotu choroby. Nie ma więc przypadkowych "wpadek". Co więcej, dostrzegamy nawrót już wtedy, gdy alkoholik wraca do dawnego sposobu myślenia, gdy wracają mechanizmy uzależnienia, np. gdy zaczyna powątpiewać w swoje uzależnienie – a więc rozpoznajemy nawrót, zanim jeszcze nastąpi złamanie abstynencji.

pełnej, długoterminowej, ambulatoryjnej terapii alkoholików. Nadzorowane i kierowane przyjmowanie środków odstrasżających, także ponad dłuższy okres czasu, może wspomagać oddziaływanie psychologiczne i być składnikiem skutecznej terapii uzależnienia od alkoholu (Krampe i wsp. 2006).

Leczenie polegające na wystawianiu na bodźce wyzwalające chęć picia (*cue exposure treatment*) jest stosunkowo nowym podejściem w leczeniu osób uzależnionych. Polega na odtwarzaniu w bezpiecznym środowisku terapeutycznym sytuacji, które mogą zdarzyć się w realnym życiu, wielokrotnym ekspozowaniu bodźców powiązanych z alkoholem, takich jak widok i zapach alkoholu. Podejście to zakłada, że wielokrotne wystawianie na bodźce powiązane z alkoholem wraz z zabezpieczeniem pacjenta przed dotychczasową, zwykłą reakcją (picciem alkoholu) zmniejszy, bądź nawet wyeliminuje doświadczanie pragnienia picia<sup>3</sup>.

Osoby zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu są narażone na bodźce wyzwalające chęć picia w swoim środowisku, takie jak: nastroje, kojarzące się z wcześniejszymi wzorami picia, ludzie, miejsca, czas, przedmioty, kojarzące się z przyjemnym działaniem alkoholu. Wystawienie na takie bodźce zwiększa u pacjentów ryzyko nawrotu (Gorski, Miller 1995). Zalecenia dla trzeźwiejących alkoholików, jakie przekazuje się w Polsce pacjentom terapii odwykowej, zakładają konieczność unikania bodźców wyzwalających chęć picia, aby nie dopuścić do powstania głodu alkoholowego, a w konsekwencji narażania się na ryzyko złamania abstynencji.

Tymczasem rozwijana w USA koncepcja leczenia polegającego na wystawianiu na bodźce wyzwalające chęć picia (*cue exposure treatment - CET*) zakłada, że jest możliwe przeciwstawienie się tym bodźcom i że wymaga to użycia osobistych umiejętności radzenia sobie z pragnieniem picia. Wystawianie na tego rodzaju bodźce podczas leczenia ma na celu nauczenie pacjenta właściwego reagowania na nie i rozwijania umiejętności radzenia sobie z chęcią napicia się. Pomysł ten zakłada, że wyćwiczenie umiejętności radzenia sobie z bodźcami wyzwalającymi chęć picia w terapii zwiększa umiejętności poradzenia sobie z podobnymi bodźcami w realnym życiu<sup>4</sup>.

Amerykańscy autorzy postanowili sprawdzić efektywność tej koncepcji w badaniach eksperymentalnych. Leczenie polegające na wystawianiu na bodźce wyzwalające chęć picia (*cue exposure treatment - CET*) wydawało się obiecujące w badaniach wstępnych. Także trening umiejętności komunikacyjnych (*communication skills training - CST*) wydawał się korzystny, zwłaszcza w intensywnym programie leczenia. Celem badań Rohsenowa (2001) było prześledzenie w dużej, kontrolowanej próbie efektów obu rodzajów oddziaływań. Pacjentów podzielono na grupy 2x2. Efekty CET porównywano z efektami grupy kontrolnej, uprawiającej medytację i relaksację, zaś efekty CST porównywano z grupą kontrolną, uczestniczącą w zajęciach edukacyjnych. Wszystkie grupy uczestniczyły w intensywnym programie terapeutycznym przeznaczonym dla alkoholików. Uczestnikami badań byli pacjenci zdiagnozowani jako alkoholicy, bez aktywnej psychozy. Uczestnicy badań byli oceniani pod względem ilości i częstotliwości picia alkoholu, reaktywności na bodźce alkoholowe, reakcji na sytuacje wysokiego ryzyka oraz potrzeby specyficznych umiejętności radzenia sobie (Rohsenow i in. 2001)

<sup>3</sup> Por. <http://www.minddisorders.com/Del-Fi/Exposure-treatment.html>.

<sup>4</sup> Por. <http://www.minddisorders.com/Del-Fi/Exposure-treatment.html>.

Spośród 100 leczonych pacjentów, 86% dostarczyło danych 6 miesięcy po leczeniu, a 84% - 12 miesięcy po leczeniu. Pacjenci, którzy brali udział zarówno w zajęciach CET jak i CST mieli mniej dni nadużywania alkoholu (*heavy drinking*) w porównaniu do pacjentów z grup kontrolnych 6 miesięcy po leczeniu. Podobne efekty obserwowano po 12 miesiącach po leczeniu. Udział w grupie CST skutkował mniejszą liczbą problemów związanych z nadużywaniem alkoholu, relacjonowanych po 12 miesiącach. Z kolei udział w grupie CET skutkował większą redukcją pragnienia picia, mierzonego w symulowanych sytuacjach wysokiego ryzyka. Ponadto udział w CET zaowocował częstszym używaniem wyuczonych strategii radzenia sobie z chęcią picia w ciągu 12 miesięcy po leczeniu, to zaś skojarzone było z redukcją picia. Autorzy uznali, że obie metody, zarówno CET jak i CST są obiecujące jako elementy pełnego programu leczenia (Rohsenow i in. 2001). Autorzy nie podają niestety, jaki odsetek badanych utrzymywał całkowitą abstynencję od alkoholu.

### 3.2. Badania nad efektywnością terapii odwykowej w Polsce

Z badań przeprowadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) wynika, że zasadniczą metodą leczenia uzależnienia w zakładach leczenia odwykowego w Polsce jest psychoterapia uzależnienia. Większość programów psychoterapeutycznych integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą behawioralno–poznawczego, z wykorzystaniem idei i doświadczeń wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Podstawowe cele psychoterapii uzależnienia to zachowanie trwałej abstynencji, poprawa zdrowia psychicznego i fizycznego oraz nabycie umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów emocjonalnych i społecznych. Cały cykl psychoterapii uzależnienia (terapia podstawowa i pogłębiona) powinien trwać do dwóch lat i obejmować do 240 godzin terapii grupowej i 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku. O ile jednak 90% placówek odwykowych realizowało w pełnym wymiarze program podstawowy, to jednak program pogłębiony oferowało tylko 60% z nich (Fudała 2007, ss. 51-53).

Podobne rezultaty przyniosły badania Moskalewicz i wsp. zrealizowane w IPiN, których celem była ocena systemu leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych w Polsce. Stwierdzono, że celem dominującym terapii jest abstynencja, a na drugim miejscu znalazła się poprawa jakości życia. Względnie kompleksową opiekę oferowała około połowa placówek. (Moskalewicz, Sierosławski, Dąbrowska 2006).

W badaniach dotyczących skuteczności terapii przeprowadzonych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie sprawdzano, czy pacjenci, którzy ukończyli 6-tygodniowy program terapeutyczny w Ośrodku Terapii Uzależnień (OTU), utrzymują abstynencję. Program oparty był wyłącznie na stosowaniu oddziaływań socjo- i psychoterapeutycznych. Przebadano 64 osoby, które ukończyły program terapeutyczny w OTU. 36% osób badanych zachowało 12-miesięczną abstynencję. 66% badanych deklarowało poprawę stanu zdrowia, 76% - poprawę stosunków z bliskimi, a 69% - poprawę sytuacji w pracy (Woronowicz, Lenart 1996).

W ramach badania APETA<sup>5</sup> sprawdzono efekty pracy Oddziału Odwykowego w Łukowie. Za wskaźnik efektywności terapii przyjęto pozytywne zmiany u pacjenta w stosunku do używania przez niego alkoholu, polegające na utrzymywaniu abstynencji lub zmianą dynamiki picia. W okresie od początku 1994 roku do połowy 1995 roku w placówce przebadano 204 pacjentów. O wszystkich uzyskano informacje w pół roku i rok po wypisie. W przypadku 29 pacjentów także po 2 latach. Efektywność placówki mierzona liczbą osób

---

<sup>5</sup> Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików (APETA) – program badawczy realizowany w latach 1994-2000 przez Instytut Psychologii Zdrowia w Warszawie, pod kierownictwem prof. Jerzego Mellibrudy.



utrzymujących pełną abstynencję wyniosła ok. 45%, efektywność placówki mierzona liczbą osób, którym kontakt z placówką pomógł w zatrzymaniu lub złagodzeniu objawów choroby alkoholowej wyniosła 57%. Odsetki te uwzględniają braki danych. Badacze przyjęli założenie, że osoby, o których nie uzyskano informacji po terapii, piją w sposób podobny lub gorszy niż przed kontaktem z placówką. Gdyby zebrano pełne dane, efektywność placówki mogłaby okazać się nieco większa (Kucińska 1995).

W Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Pruszkowie badano, jaki odsetek uczestników zjazdów dla absolwentów terapii odwykowej utrzymuje nieprzerwaną abstynencję od alkoholu pod chwili ukończenia terapii. W czasie każdego zjazdu uczestnicy proszeni byli o wypełnienie krótkiej ankiety, której celem było zebranie informacji o utrzymywaniu przez nich abstynencji od czasu wypisania z WOTUW. Trzeba jednak pamiętać, że uczestnicy zjazdów absolwentów nie są reprezentatywną grupą dla ogółu absolwentów terapii odwykowej: można spodziewać się wśród nich nadreprezentacji osób niepijących. Podane poniżej odsetki osób utrzymujących abstynencję odnoszą się zaś tylko do tych, którzy przyjeżdżają na spotkania absolwentów. Okazało się, że w kolejnych latach wśród absolwentów uczestniczących w zjazdach rośnie odsetek tych, którzy utrzymali nieprzerwaną abstynencję od zakończenia podstawowego programu terapii uzależnienia. W roku 2001 stanowili oni 71,7%, a w 2002 roku – 83,6% uczestników zjazdów. Na zjeździe w 2003 roku, trwałą abstynencję po wypisaniu z ośrodka deklarowało 84,6% uczestników zjazdów. Warto dodać, że średnia długość trwania abstynencji wśród badanych wynosiła: w 2001 roku – 27,8 miesięcy, w 2002 roku – 33,6 miesięcy, w 2003 roku – 36,6 miesięcy (Fudała 2004). Wyniki te nie pozwalają ocenić, jaki odsetek spośród wszystkich absolwentów terapii utrzymywał abstynencję, wskazują natomiast, że istnieje znacząca grupa osób, które po ukończeniu terapii odwykowej utrzymują trwałą abstynencję.

W innych badaniach sprawdzono bezpośrednie i długofalowe efekty pracy Oddziału Terapii Uzależnień w Sandomierzu. Za wskaźnik skuteczności terapii przyjęto pozytywne zmiany w stosunku pacjenta do używania przez niego alkoholu, mierzone długością abstynencji lub zmianą dynamiki picia w chwili zakończenia podstawowego programu terapii uzależnień oraz po upływie 6 miesięcy, roku i 2 lat od zakończenia terapii. W tym celu wyodrębniono z ogółu monitorowanych w tej placówce pacjentów, 106 osób przyjętych do terapii w 1994 roku. Z badań wynika, że efekty programu terapeutycznego w tej placówce to całkowita abstynencja bezpośrednio po zakończeniu programu u 85% pacjentów. W rok i w dwa lata po zakończeniu terapii stwierdzono u ok. 25% pacjentów utrzymywanie się całkowitej abstynencji (Nikodemka, 1997).

W latach 1994-2000 Instytut Psychologii Zdrowia monitorował przebieg i efekty terapii odwykowej prowadzonej w 40 wiodących placówkach odwykowych w całej Polsce w ramach programu badawczego Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików (APETA). Badaniami objęto ponad 25 tys. pacjentów. Uzyskane rezultaty badań wskazywały na wysoką skuteczność strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia opartej na koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia J. Mellibrudy. Po ukończeniu podstawowego programu terapii uzależnień w placówkach ambulatoryjnych abstynencję utrzymywało co najmniej 90% badanych w chwili wypisu, 62% pół roku później, 57% rok po wypisie i 52% w dwa lata po wypisie. Tylko o 10% pacjentów w dwa lata po wypisie wiadomo było, że piją w sposób podobny lub gorszy niż przed terapią. Pozostałe osoby uzyskiwały większą lub mniejszą poprawę bądź brak było o nich danych. Gorsze efekty uzyskiwali pacjenci leczeni w placówkach stacjonarnych, być może dlatego, że częściej trafiali tam trudni pacjenci, niezdolni do utrzymywania abstynencji w warunkach leczenia ambulatoryjnego. W chwili

wypisu z oddziału abstynencję utrzymywało 90% badanych, ale w późniejszym okresie liczba ta zdecydowanie malała do 38% pół roku po wypisie, 27% w rok po wypisie i 20% w dwa lata po wypisie. O 3% pacjentów w dwa lata po wypisie wiadomo było, że piją w sposób podobny lub gorszy niż przed terapią. Pozostałe osoby uzyskiwały większą lub mniejszą poprawę bądź brak było o nich danych. (Kucińska, Mellibruda 1997 a, ss. 375-6). Ponadto u pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii stwierdzono zmniejszenie nasilenia objawów psychopatologicznych mierzonych kwestionariuszem SCL-90 (Kucińska, Mellibruda 1997 b, s. 418) oraz poprawę funkcjonowania społecznego (Mellibruda, Włodawiec 1997, s. 402).

Świst poddał ocenie skuteczność programu terapeutycznego, wywodzącego się z nurtu terapii poznawczej, zaproponowanego przez M. Seligmana, opartego na jego teorii atrybucji. Zbadano uczestników dwóch różnych, porównywalnych programów terapeutycznych dla osób z problemem alkoholowym. Badania przeprowadzono dwukrotnie tymi samymi metodami na początku programu terapeutycznego i na jego zakończenie. Zastosowano Kwestionariusz Osobowy, skonstruowany przez Świst, zawierający pytania dotyczące wybranych faktów z historii życia pacjenta, niektórych przekonań i ocen, Listę Myśli Negatywnych M. Siwak-Kobayashi, kwestionariusz SCL-90 i Kwestionariusz Stylu Wyjaśniania Zdarzeń (atrybucji) M. Seligmana. Uzyskane rezultaty pozwoliły stwierdzić, że u osób z problemem alkoholowym (alkoholików, współuzależnionych, DDA, abstynentów) występuje pesymistyczny styl wyjaśniania zdarzeń. Zmiana pesymistycznego stylu wyjaśniania zdarzeń na optymistyczny wiązała się z poprawą stanu zdrowia. Autor uznał terapia poznawcza jest skuteczną formą terapii w odniesieniu do osób z problemem alkoholowym (Świst 2001).

Niezależnie od leczenia prowadzonego w profesjonalnych placówkach odwykowych, ogromne znaczenie dla zdrowiejących alkoholików ma udział w grupach samopomocowych. Badania przeprowadzone przez Wnuka potwierdziły, jego zdaniem, ogromną wartość wspólnoty AA w powrocie do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu. Zaangażowanie we wspólnotę AA, wzrost długości abstynencji i długości czasu udziału w AA wiąże się z redukcją poczucia beznadziejności, wzrostem poczucia szczęścia i zadowolenia z życia (Wnuk 2007, ss.39-40).

### **3.3. Efektywność terapii odwykowej wobec więźniów i klientów pomocy społecznej**

Bezdomni alkoholicy bardzo często miewają konflikty z prawem, zaś duża część z nich jest karana. Z reguły są już w ostatniej, chronicznej fazie uzależnienia, zdegradowani podobnie jak uzależnieni klienci pomocy społecznej. Stąd skuteczność leczenia bezdomnych alkoholików może być porównywalna ze skutecznością leczenia uzależnionych więźniów i uzależnionych klientów pomocy społecznej.

W 1998 roku badano absolwentów z pierwszych lat istnienia (1993-1995) Działu Terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu w Areszcie Śledczym Warszawa-Mokotów. Okazało się, że 20% z nich przynajmniej przez rok nie wróciło do picia (zakładano, że wszyscy, którzy nie odesłali ankiet, piją), a 70% nie wróciło do zakładu karnego (Chmurska 2002).

Ślaski i Bukowska sprawdzili efektywność więziennego programu terapii uzależnień "Atlantis". Program trwał 3 miesiące, a pacjenci w ciągu dnia spędzali na zajęciach kilka godzin. Najpierw przez miesiąc pacjenci brali udział w edukacji nt. uzależnienia, grupie

zadaniowej (poprzez wykonanie pewnych zadań pacjenci uświadamiali sobie problem alkoholowy), mityngu AA i grupie "I kroku AA". Następnie uczestniczyli w innych zajęciach - kolejno: w grupie "destrukcja" – pokazujących pacjentom destrukcję spowodowaną nadużywaniem alkoholu, w grupie "II i III kroku AA", w grupie "TAZA" – trening odmawiania zażywania środków psychoaktywnych, w grupie "nawroty picia" – rozpoznawanie i zapobieganie nawrotom picia alkoholu, w grupie "złość" – konstruktywne radzenie sobie ze złością. Przynajmniej raz w tygodniu pacjenci spotykali się indywidualnie z psychoterapeutą, który obserwował i ewentualnie korygował przebieg terapii podopiecznego. Efektywność tego programu oszacowano na 17,2% osób utrzymujących abstynencję od alkoholu przez co najmniej rok od czasu opuszczenia zakładu karnego (Ślaski, Bukowska, 1996).

Podobny program pomocy psychologicznej zastosowano wobec dla osób uzależnionych od alkoholu i korzystających z oferty ośrodka pomocy społecznej. Program ten skonstruowany był na bazie dwóch modeli uzależnień: psychologicznym i wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Przyjęto w nim podstawowe założenia i cele takie same, jak w programie "Atlantis". Program ów został wprowadzony w jednym z warszawskich ośrodków pomocy społecznej. Na program składały się następujące elementy:

- terapia racjonalna, która koncentrowała się na wyjaśnianiu istoty i przyczyny uzależnienia od alkoholu i związanych z nim problemów medycznych i psychologicznych;
- terapia treningowa, obejmująca ćwiczenie asertywności, modyfikację zachowań, radzenie sobie ze stresem;
- trening w rozpoznawaniu u siebie nawrotów uzależnienia;
- terapia grupowa, która służyła do rozliczania poszczególnych członków grupy z zadanych prac psychologicznych nt. konsekwencji używania alkoholu, pożegnania z alkoholem, systemu wartości itp. i udzielania sobie informacji zwrotnych;
- terapia indywidualna, która służyła diagnozie problemu alkoholowego, wsparciu i przygotowaniu planu terapeutycznego dla pacjenta;
- ponadto klienci OPS byli zobowiązani do uczestnictwa w mityngach Anonimowych Alkoholików oraz klubie abstynenta.

Opisany powyżej program terapeutyczny zajmował pacjentom 4 popołudnia w tygodniu. Uczestnictwo pacjentów w programie trwało ok. 16 miesięcy. Efektywność tego programu oszacowano na 11,5% osób utrzymujących abstynencję od alkoholu przez co najmniej rok (Ślaski, Żylicz 2006).

### **3.4. Efektywność terapii odwykowej wobec osób bezdomnych**

Badania nad efektywnością pomocy bezdomnym uzależnionym od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych prowadzono w USA. Zwraca uwagę, że za skuteczną pomoc uważa się tam nie tyle utrzymywanie abstynencji przez uzależnionych, ale także ograniczenie spożycia alkoholu, czy zmniejszenie powodowanych przez nich szkód zdrowotnych i społecznych (jak choćby zmniejszenie liczby interwencji służb społecznych i policji).

Bezdomni, którzy są chronicznymi alkoholikami, mają wzrastające problemy zdrowotne, wymagają pomocy pogotowia ratunkowego, często kontaktują się z policją. Prawdopodobieństwo ich rehabilitacji amerykańscy badacze uznają za niskie. Stąd przyjęta przez nich polityka redukcji szkód (*harm reduction*), która jest podejściem umożliwiającym zmniejszenie szkodliwych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, bez wymagania utrzymywania abstynencji. Projekt radzenia sobie z alkoholem (*Managed Alcohol Project - MAP*), wdrażany w schronisku dla bezdomnych, został pomyślany jako sposób na

dostarczenie opieki zdrowotnej bezdomnym alkoholikom oraz zmniejszenie konsumpcji alkoholu i korzystania przez nich z pomocy służb społecznych (Podymow, Turnbull, Coyle, Yetisir, Wells 2006).

Osobom zapisanym do programu wydawano alkohol co godzinę. Sprawdzono rejestry szpitalne i rejestry wszystkich służb, interweniujących w nagłych wypadkach oraz bazy danych policji, obejmujące okres 3 lat przed programem i 2 lat po rozpoczęciu programu. Wykonywano testy krwi osób badanych, by zbadać ewentualne zmiany. Osoby badane oraz personel wypełniały kwestionariusze dotyczące spożycia alkoholu, zdrowia i dziennej aktywności, odnoszące się do okresu przed programem, jak i w trakcie programu. Notowano także bezpośrednie koszty programu (tamże).

W badaniach wzięło udział 17 dorosłych alkoholików o średniej wieku 51 lat i średnim okresie trwania alkoholizmu ok 35 lat. Średni czas udziału w programie wynosił 16 miesięcy. Przeciętna liczba interwencji służb społecznych w miesiącu dla tej grupy spadła z 18 do 9 ( $p=0,018$ ). Zmiany obrazu krwi okazały się nieistotne. Wszyscy uczestnicy programu relacjonowali zmniejszenie spożycia alkoholu w trakcie trwania programu. Zarówno osoby badane jak i personel stwierdzały poprawę higieny i podporządkowanie się opiece zdrowotnej. Zdaniem badaczy, program radzenia sobie z alkoholem dla osób bezdomnych z chronicznym alkoholizmem może stabilizować spożycie alkoholu i znacznie obniżyć interwencje służb społecznych i policji (Podymow, Turnbull, Coyle, Yetisir, Wells 2006).

Malcolm (2002) badał wpływ interwencji terapeutycznych w zakresie zasobów radzenia sobie ze stresem oraz wpływ tychże zasobów na siedem psychospołecznych i behawioralnych zmiennych. 305 ochotników wywodzących się z populacji 1360 bezdomnych mężczyzn zostało losowo przydzielonych do grupy eksperymentalnej ( $N=193$ ) i kontrolnej ( $N=112$ ). Próba składała się z 179 (59%) Afroamerykanów, 67 (22%) Białych i 59 (19%) Latynosów. Grupa eksperymentalna była poddana 90- dniowym, stacjonarnym oddziaływaniom, w trakcie których uczestnicy brali udział w codziennych sesjach grupowych, poradnictwie indywidualnym, poradnictwie psychospołecznym, treningu poszukiwania pracy, muzykoterapii i artterapii. Grupa kontrolna uzyskała pomoc bazującą na instytucjach społecznych. Badanie przed terapią wykazało, że w miesiącu poprzedzającym leczenie 79% mężczyzn używało alkoholu, 89% używało kokainy, 38% - marihuany, a 30% - heroiny.

Ujawniła się znacząca korelacja między zasobami radzenia sobie ze stresem, a problemami medycznymi, korzystaniem z pomocy schroniska, poważnymi konfliktami rodzinnymi i innymi, poważnymi konfliktami. Powtórny pomiar wykazał znaczące efekty interwencji – podniesienie poziomu zasobów radzenia sobie z problemami psychologicznymi i emocjonalnymi, zmniejszenie używania alkoholu i narkotyków oraz zmniejszenie potrzeby korzystania z pomocy schroniska. Osoby, które wypadły z programu przed jego ukończeniem, miały niższy poziom zasobów radzenia sobie ze stresem, znacząco więcej problemów psychologicznych i emocjonalnych, więcej poważnych konfliktów rodzinnych i innych poważnych konfliktów oraz większe spożycie alkoholu (Malcolm 2002).

W badaniach Slesnicka (Slesnick i wsp. 2008) sprawdzano wpływ poradnictwa i terapii indywidualnej oferowanej przez ośrodek dla młodych bezdomnych, na używanie alkoholu, zdrowie psychiczne, zamieszkiwanie w domu (*housing*), edukację, zatrudnienie oraz korzystanie z opieki medycznej. Do badań włączono 172 młodych ludzi w wieku 14-24 lata, którzy zgłosili się na leczenie w jednym z miejskich ośrodków dla bezdomnych na południowym zachodzie USA. Badani wypełniali kwestionariusze częściowo

ustrukturalizowane i samoopisowe. Badanie przeprowadzono od września 2002 do kwietnia 2005, wykonując powtarzalne pomiary przy przyjęciu, 6 miesięcy po leczeniu i 12 miesięcy po leczeniu. Stwierdzono statystycznie istotną poprawę w zakresie nadużywania substancji psychoaktywnych, zdrowia psychicznego i odsetka dni zamieszkiwania w domu w ciągu 12 miesięcy po leczeniu. Zmniejszenie spożycia alkoholu i narkotyków było powiązane z zamieszkiwaniem w domu. Jednakże, większość młodych nie zamieszkała w domach na stałe. Ponadto nie było znaczących zmian w zakresie edukacji, zatrudnienia, ani korzystania z opieki medycznej w tym czasie. Zdaniem autorów, chociaż leczenie oferowane przez ośrodki dla bezdomnych może mieć pozytywny wpływ na młodych bezdomnych, to jednak potrzebne jest większe skupienie uwagi, wsparcie i współpraca służb społecznych, by pomoc dla młodych bezdomnych była skuteczna (Slesnick i wsp. 2008).

Zdaniem Olecha i Ługowskiego "(...) w przypadku osób długotrwale bezdomnych uzależnionych od alkoholu, krótka terapia alkoholowa lub jedynie grupy wsparcia AA, okazują się działaniami niewystarczającymi i nieskutecznymi. Potrzebna jest długoterminowa terapia, gdzie grupy AA mają charakter wspierający główny nurt terapeutyczny" (Olech, Ługowski 2006, s. 39).

Z badań Instytutu Psychologii Zdrowia wynika, że bezdomni alkoholicy są bardziej zaburzeni i częściej są już w ostatniej, chronicznej fazie uzależnienia. Częściej są rozwiedzeni w porównaniu do ogółu alkoholików, podejmujących terapię w placówkach odwykowych. Częściej mają psychozy alkoholowe i częściej podejmują próby samobójcze. Wśród bezdomnych więcej jest alkoholików, u których objawy uzależnienia wystąpiły już ponad 10 lat temu. Mają wyższe nasilenie objawów psychopatologicznych, mierzonych kwestionariuszem SCL-90, w skalach somatyzacji, natręctw, depresji, fobii, myślenia paranoidalnego i psychotyczności. Innych ludzi postrzegają jako wrogich sobie, są wobec nich podejrzliwi, wolą wycofywać się z kontaktów społecznych i żyć w świecie swoich iluzji (Nikodemka 2000).

Z badań IPZ wynika także, że w porównaniu do innych alkoholików, bezdomni alkoholicy częściej odczuwają poczucie beznadziejności związane z przyszłością i perspektywami zmiany swojej sytuacji życiowej na lepsze. Odczuwają więcej braków w zakresie umiejętności radzenia sobie z problemami i trudnymi emocjami. W mniejszym stopniu rozumieją przebieg swojego życia, trudniej jest im przewidywać przyszłość oraz dokonywać wyborów dotyczących teraźniejszości. Częściej doświadczają problemów w życiu zawodowym i prywatnym, zarówno w kontaktach społecznych, jak i rodzinnych. Częściej popadają w konflikty z prawem i częściej mają poważne problemy finansowe (Nikodemka 2000).

Badania IPZ wykazały ponadto, że bezdomni alkoholicy są gorzej zmotywowani do leczenia. Aż 60% bezdomnych pacjentów trafia do leczenia późną jesienią i zimą. Bezdomni pacjenci częściej też przerywają terapię przed jej ukończeniem. Także efektywność leczenia bezdomnych alkoholików jest niższa. Badania IPZ wykazały, że pół roku po terapii w publicznych placówkach odwykowych abstynencję utrzymuje 17% bezdomnych alkoholików, którzy ukończyli terapię (Nikodemka 2000).

Przedstawiony powyżej przegląd badań pozwala uznać, że przynajmniej dla części uzależnionych pacjentów psychoterapia uzależnienia od alkoholu może być skuteczną formą leczenia. Ważnym problemem pozostaje jednak, na ile może być skuteczna pomoc dla najbardziej zdegradowanych uzależnionych, tj. bezdomnych alkoholików. Z przeglądu badań

wynika, że bezdomni alkoholicy uznawani są za grupę słabo rokującą. Cele oddziaływań terapeutycznych są często dość ograniczone: albo tylko do redukcji szkód (zmniejszenie interwencji służb społecznych i policji) bądź tylko do ograniczenia spożycia alkoholu i poprawy funkcjonowania społecznego. Z kolei badania IPZ wskazują, że przynajmniej niewielka część bezdomnych alkoholików może jednak uzyskać skuteczną pomoc w publicznych placówkach odwykowych i nauczyć się utrzymywać całkowitą abstynencję od alkoholu, pomimo, że większość z nich traktuje leczenie instrumentalnie (jako sposób na przetrwanie) i przerywa je przed ukończeniem.

Interesujące jest zatem, na ile skuteczne może być intensywne, stacjonarne leczenie odwykowe w placówce wyspecjalizowanej w leczeniu bezdomnych alkoholików zgodnie z określonym programem terapeutycznym, prowadzone przez wykwalifikowany zespół terapeutów, jeśli podstawowym celem terapii, obok poprawy zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego, jest utrzymywanie całkowitej abstynencji od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

## Rozdział II. Problematyka badań własnych

### 1. Problem badawczy i postawione hipotezy

**Czy i w jakim stopniu może być skuteczna terapia odwykowa bezdomnych alkoholików?**

Problemem niniejszej pracy jest próba uzyskania odpowiedzi na pytanie, na ile może być skuteczna terapia odwykowa osób bezdomnych uzależnionych od alkoholu, której cele mogą wydawać się maksymalistyczne: utrzymywanie całkowitej abstynencji od alkoholu, znalezienie pracy i miejsca zamieszkania. Jak wynika z przedstawionego wyżej przeglądu literatury, bezdomni alkoholicy uznawani są za grupę słabo rokującą, zaś część podejmowanych działań wobec nich służy tylko ograniczaniu powodowanych przez nich szkód zdrowotnych i społecznych.

Wskaźnikami skuteczności leczenia może być obniżenie objawów psychopatologicznych, poprawa w zakresie funkcjonowania psychologicznego i społecznego. Przede wszystkim jednak poprawa powinna przejawiać się utrzymywaniem abstynencji od alkoholu (bądź zmniejszeniem kontaktów z alkoholem), znalezieniem pracy i miejsca zamieszkania.

**Co zmienia się wskutek terapii?**

Interesujące jest, w jakim zakresie zachodzą ewentualne zmiany u alkoholików poddanych terapii. Na czym właściwie polega zmiana? W niniejszych badaniach wzięto pod uwagę poczucie kontroli, tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle, objawy psychopatologiczne, radzenie sobie ze stresem, radzenie sobie z emocjami, funkcjonowanie społeczne i uporządkowanie systemu wartości.

**Jakie zmiany zachodzące u bezdomnych alkoholików pod wpływem terapii mają największy wpływ na utrzymywanie abstynencji?**

Jeszcze bardziej interesującym zagadnieniem jest kwestia, w jaki sposób zmiany funkcjonowania osób uzależnionych, uzyskane wskutek terapii, przekładają się na utrzymywanie przez nich abstynencji. Odpowiedź na to pytanie mogłaby być ważną wskazówką o istotnym znaczeniu dla praktyki terapeutycznej. Ewentualna korelacja między utrzymywaniem abstynencji a zmianą w zakresie którejś ze zmiennych sugerowałaby, że właśnie tej zmiennej warto poświęcić najwięcej uwagi w pracy z pacjentami. Np. jeśli utrzymywanie abstynencji korelowałoby z poprawą w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem po ukończeniu terapii, to mogłoby to oznaczać, że nabycie w trakcie terapii umiejętności radzenia sobie ze stresem ułatwia utrzymywanie później abstynencji. Byłby to argument za tym, by zwiększyć liczbę zajęć poświęconych radzeniu sobie ze stresem, aby podnieść w ten sposób skuteczność terapii.

Postawiono następujące hipotezy:

**Hipoteza 1.**

**Terapia odwykowa osób bezdomnych może być efektywna**

Uzasadnieniem tej hipotezy mogą być też cytowane już wcześniej badania IPZ, które wykazały, że 17% bezdomnych absolwentów podstawowego programu terapii uzależnień utrzymuje abstynencję pół roku po terapii (Nikodemka 2000).

Wskaźnikiem efektywności terapii będzie odsetek absolwentów terapii, którzy pół roku po terapii:

- uzyskali poprawę w zakresie kontaktów z alkoholem (co oznacza przede wszystkim utrzymywanie całkowitej, nieprzerwanej abstynencji od chwili rozpoczęcia terapii, ale także sporadyczne kontakty z alkoholem oraz picie ciągami rzadszymi i krótszymi niż przed terapią);
- wyszli z bezdomności (co oznacza powrót do rodziny lub odzyskanie własnego mieszkania, wynajęcie mieszkania lub pokoju, znalezienie pracy z zakwaterowaniem; za częściowy postęp uważane będzie zamieszkiwanie w hostelu lub schronisku dla bezdomnych, z kolei zamieszkiwanie na dworcu, w kanałach, w namiocie, na działkach lub w pustostanach oznaczać będzie brak jakiegokolwiek poprawy w tym zakresie).
- znaleźli stałe źródło utrzymania (co oznacza znalezienie legalnej pracy, na etat lub umowę-zlecenie, ew. załatwienie renty lub zasiłku socjalnego; za istotny postęp będzie uznawana też praca bez ubezpieczenia ZUS; nieznacznym postępowaniem będzie praca w schronisku bez wynagrodzenia, za wyżywienie, nocleg i papierosy; natomiast brak poprawy to bezrobocie oraz utrzymywanie się ze zbierania złomu, butelek, zebrania bądź kradzieży).

Przegląd literatury przedmiotu pokazuje, że wśród badaczy nieznanym jest zjawisko spontanicznej remisji uzależnienia od alkoholu u bezdomnych alkoholików. Przeciwnie, badacze uznają na ogół, że jakakolwiek zmiana w tym zakresie jest bardzo trudna. Część badaczy ogranicza swoje oczekiwania wobec programów pomocy bezdomnym alkoholikom tylko do redukcji szkód zdrowotnych i społecznych. Praktyka kliniczna pokazuje także, że bezdomnym alkoholikom z reguły trudno jest spontanicznie utrzymywać abstynencję dłużej niż przez tydzień, piją natomiast wielotygodniowymi ciągami (słyszymy niekiedy: *jak zacząłem pić w marcu, to skończyłem we wrześniu*). Część pacjentów już w trakcie terapii deklaruje zadowolenie z pobicia swoich rekordów abstynencji, nie potrafiąc sobie przypomnieć, kiedy ostatnio utrzymywali abstynencję aż przez miesiąc lub dwa. Wobec powyższego każdy odsetek abstynentów pół roku po terapii (co łącznie z 3-miesięcznym okresem udziału w terapii daje aż 9 miesięcy utrzymywania nieprzerwanej abstynencji) można z wysokim prawdopodobieństwem uznać za efekt udziału w terapii odwykowej.

Oceniając skuteczność leku bierze się pod uwagę odsetek osób, które uzyskały poprawę, przyjmując systematycznie dany lek przez okres zalecony przez lekarza. Pomija się tych, którzy wprawdzie zostali zakwalifikowani do leczenia, ale nie wykupili recepty, tych, którzy wykupili lek, ale go nie przyjmowali, oraz tych, którzy wprawdzie przyjęli kilka pierwszych dawek leku, ale potem zrezygnowali z leczenia. Podobnie, oceniając efektywność terapii odwykowej, bierzemy pod uwagę tylko tych pacjentów, którzy ukończyli pełny, podstawowy program terapii uzależnień, pomijając tych, którzy terapię przerwali przed jej ukończeniem. Ma to szczególne znaczenie w przypadku bezdomnych alkoholików, wśród których istotny, choć trudny do oszacowania odsetek pacjentów deklaruje chęć leczenia odwykowego w złej wierze, traktując pobyt na oddziale odwykowym jako sposób na przezimowanie, znalezienie dachu nad głową, ubrania i wyżywienia, czy też podreperowania zdrowia, by móc dalej pić.



### **Hipoteza 2.**

#### **Udział terapii odwykowej prowadzi do zmniejszenia tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle u bezdomnych alkoholików**

Praca terapeutyczna nad rozbrajaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczania, nieustanne konfrontowanie pacjentów ich skłonnościami do okłamywania samych siebie w sprawie swojego picia i jego konsekwencji, powinna zaowocować zmniejszeniem się tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle. Także praca nad rozwijaniem pokory w ramach rozbrajania mechanizmu rozpraszenia i rozdławiania "Ja" powinna przynieść podobne rezultaty.

Efekt taki zaobserwowano we wcześniejszych badaniach autora (1997) nad alkoholikami zaawansowanymi w trzeźwieniu, biorącymi udział w Programie Rozwoju Osobistego (PRO). Uczestnicy PRO mieli bardzo niską tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle już w chwili rozpoczynania programu. Po terapii ich tendencja do pokazywania się w korzystnym świetle uległa dalszemu obniżeniu. Zmiana ta jednak nie była trwała i nie utrzymywała się pół roku później. Efekt ten wyjaśniano właśnie wcześniejszym udziałem uczestników w terapii odwykowej i ich skuteczną pracą nad mechanizmem iluzji i zaprzeczania (Włodawiec 1997).

Wskaźnikiem tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle będą wyniki w skali kłamstwa kwestionariusza "Delta" R. Drwala.

### **Hipoteza 3.**

#### **Udział w terapii odwykowej prowadzi do zwiększenia poczucia kontroli u bezdomnych alkoholików**

Z wcześniejszych badań Jakubika i wsp. (2002) wynikało, że osoby z uzależnieniem alkoholowym charakteryzuje m. in. zewnętrzne poczucie kontroli. Autorzy stwierdzają, że uzyskane przez nich wyniki, wykazujące występowanie znacznego poczucia bezsilności, potwierdzają pośrednio występowanie zewnętrznego poczucia kontroli u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Oznacza to, że alkoholicy nie dostrzegają związku między własnym zachowaniem a jego skutkami i są przekonani, iż ich los zależy wyłącznie lub głównie od warunków zewnętrznych, tj. osób bliskich, środowiska, otoczenia społecznego, okoliczności, szczęścia itp. Dlatego też wykazują silne zapotrzebowanie na wsparcie społeczne, co jest zgodne z wynikami prac innych badaczy (Jakubik, Kraszewska 2002).

Zbliżonym pojęciem do poczucia kontroli jest *poczucie własnej skuteczności*. Poczucie własnej skuteczności oznacza przekonanie, że jest się w stanie osiągnąć oczekiwany rezultat, czyli efektywnie przeprowadzić daną czynność. Wysokie poczucie własnej skuteczności podwyższa motywację do działania, wpływa na wybór bardziej ambitnych celów, zaangażowanie i wytrwałość w dążeniu do nich. W wielu badaniach wykazano, że poczucie własnej skuteczności wiąże się podejmowaniem i kontynuowaniem zachowań prozdrowotnych, takich jak zapobieganie niekontrolowanym zachowaniom seksualnym, podejmowanie regularnych ćwiczeń fizycznych, kontrolowanie wagi i zachowań związanych z jedzeniem, zapobieganie i porzucanie palenia tytoniu i innych uzależnień (Chodkiewicz 2006).

Rola poczucia własnej skuteczności w przewidywaniu nawrotu po terapii odwykowej została sprawdzona w badaniach przeprowadzonych po upływie 12 miesięcy od leczenia. Poczucie własnej skuteczności było mierzone w chwili rozpoczynania terapii oraz przy wypisie.

Kontakty z alkoholem alkoholików (płci męskiej), którzy ukończyli leczenie, były sprawdzane 6 razy w ciągu roku po leczeniu. Uzyskane rezultaty wskazywały na znaczący wzrost poczucia własnej skuteczności od chwili rozpoczęcia terapii do wypisu. Dodatkowe analizy wykazały, że niski poziom poczucia własnej skuteczności w chwili rozpoczęcia terapii był skorelowany z nawrotem picia w ciągu 6 bądź 12 miesięcy po terapii. Natomiast wyniki uzyskane przy wypisie w zakresie poczucia własnej skuteczności nie wykazywały związku z nawrotem. Uzyskane rezultaty ujawniły, że tylko pomiar poczucia własnej skuteczności w chwili rozpoczęcia terapii może być predyktorem nawrotu. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w zakresie poczucia własnej skuteczności okazują się być najbardziej odporne na nawrót choroby. Utrzymywanie później dalszego kontaktu z placówką odwykową w ramach opieki *aftercare* zmniejszało ryzyko nawrotu (Rychtarik 1992).

W trakcie terapii odwykowej pacjenci uczą się odróżniania spraw, na które nie mają wpływu (np. pragnienie picia kontrolowanego) od tych, na które mają wpływ (np. możliwość utrzymywania abstynencji). Zachęceni są też do godzenia się z tym, czego nie mogą zmienić (np. ze swoim alkoholizmem) i do koncentrowania się na tym, co mogą zmienić (np. na trzeźwym życiu). Powinno to zaowocować zwiększeniem u nich poczucia kontroli.

Wskaźnikiem poczucia kontroli będzie wynik w skali LOC (poczucia kontroli) kwestionariusza "Delta" R. Drwala.

#### **Hipoteza 4.**

#### **Udział w terapii odwykowej prowadzi do zmniejszenia objawów psychopatologicznych u bezdomnych alkoholików**

Cytowane już wcześniej badania IPZ przeprowadzone w ramach programu Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików (APETA) wykazały zmniejszenie się w trakcie terapii odwykowej występujących u pacjentów uzależnionych objawów psychopatologicznych, takich jak: somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne i psychotyczność, mierzonych kwestionariuszem SCL-90. Zmniejszenie się tych objawów, mierzone bezpośrednio po zakończeniu podstawowego programu terapii, nastąpiło zarówno u osób, które ukończyły podstawowy program terapii uzależnień i nadal utrzymywały abstynencję, jak też w grupie osób, które po ukończeniu terapii wróciły do picia alkoholu. Poziom nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów uzależnionych na koniec terapii nie miał zatem żadnego związku z tym, czy pacjenci wracali później do nałogu czy też nadal utrzymywali abstynencję.

Trzeba wziąć pod uwagę, że przez cały czas terapii wszyscy pacjenci zobowiązani są do utrzymywania pełnej abstynencji od alkoholu, a jej złamanie skutkuje natychmiastowym wypisem. Zdaniem autorów oznacza to, że samo odstawienie alkoholu przez okres kontaktu z placówką może być czynnikiem owocującym zmniejszeniem nasilenia objawów psychopatologicznych. Autorzy uważają, że przynajmniej część objawów psychopatologicznych może być nie tyle przyczyną picia, lecz jego skutkiem. Dlatego stwierdzili, że w przypadku zaburzeń będących następstwem długoletniego, nałogowego nadużywania alkoholu prawdopodobnie samo odstawienie alkoholu może zmniejszać ich poziom (Kucińska, Mellibruda 1997).

Wydaje się jednak, że autorzy badań byli nazbyt ostrożni w ocenie efektywności terapii. Nie należy raczej efektu zmniejszenia nasilenia objawów psychopatologicznych przypisywać wyłącznie odstawieniu alkoholu, pomijając oddziaływania terapeutyczne. Badania nad

uczestnikami zaawansowanego programu terapeutyczno-rozwojowego, funkcjonującego pod nazwą Programu Rozwoju Osobistego (trzeźwiejącymi alkoholikami, utrzymującymi abstynencję od co najmniej 2 lat, oraz osobami współuzależnionymi) wykazały, że po zakończeniu programu uczestnicy uzyskiwali istotnie niższe wyniki w zakresie większości objawów psychopatologicznych, mierzonych kwestionariuszem SCL-90, i zmiany te utrzymywały się jeszcze pół roku później (Włodawiec 1997). Ponieważ to badanie dotyczyło osób niepijących od co najmniej 2 lat, nie można zatem uzyskanych efektów wyjaśnić odstawieniem alkoholu. Oznaczałoby to, że zarówno terapia odwykowa, jak i program terapeutyczno-rozwojowy, może powodować zmniejszenie objawów psychopatologicznych, takich jak somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranooidalne i psychotyczność.

Wskaźnikiem poprawy w zakresie objawów psychopatologicznych będzie obniżenie wyników w poszczególnych skalach kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego, mierzącym somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalną, depresję, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranooidalne i psychotyczność.

### **Hipoteza 5.**

#### **Bezdomni alkoholicy wykazują obniżone umiejętności radzenia sobie ze stresem**

Działanie opisywanych wcześniej mechanizmów uzależnień wg J. Mellibrudy, zwłaszcza mechanizmu nałogowego regulowania uczuć, pozwala przypuszczać, że alkoholicy mają skłonność do unikania rozwiązywania problemów, koncentrując się na doraźnym poprawianiu swojego samopoczucia przy pomocy alkoholu. Podobne spostrzeżenia ma Gasiul, który uważa, że alkohol w sposób bezpośredni uwalnia od różnych napięć i wyzwala przyjemne stany emocjonalne (Gasiul 2002). Można zatem spodziewać się u nich niższych wyników w zakresie stylu skoncentrowanego na zadaniu, a wyższych – w zakresie stylu skoncentrowanego na emocjach i stylu skoncentrowanego na unikaniu (zwłaszcza w podskali "angażowanie się w czynności zastępcze").

Porównanie alkoholików i osób nieuzależnionych w ramach badań nad trafnością kwestionariusza CISS wykazało, że grupy te różnią się istotnie we wszystkich skalach kwestionariusza CISS, ale największa różnica dotyczy stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE). Okazało się, że alkoholicy w największym stopniu spośród badanych grup stosują styl skoncentrowany na emocjach, a jednocześnie charakteryzowało ich najsłabsze nasilenie stylu skoncentrowanego na zadaniu (Strelau 2005).

Wskaźnikiem umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem będą wyniki w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (*Coping Inventory for Stressful Situations – CISS*) Endlera i Parkera. Deficyty umiejętności radzenia sobie ze stresem będzie można rozpoznać poprzez niskie wyniki w skali mierzącej styl skoncentrowany na zadaniu, wysokie wyniki w skali mierzącej styl skoncentrowany na emocjach oraz wysokie wyniki w podskali "Angażowanie się w czynności zastępcze" stylu skoncentrowanego na unikaniu.

### **Hipoteza 6.**

#### **Udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie umiejętności radzenia sobie ze stresem u bezdomnych alkoholików**

Uzasadnieniem tej hipotezy mogą być dotychczasowe badania Mroziak i Chodkiewicza. Celem pracy Mroziak (2002) było określenie związku między poczuciem koherencji osób

uzależnionych od alkoholu a intensywnością stosowanych przez nie stylów radzenia sobie ze stresem, a także zmianami w tym zakresie bezpośrednio po terapii i po roku od jej zakończenia. 101 osób uzależnionych od alkoholu (77 mężczyzn i 24 kobiety, które w Ośrodku Terapii Uzależnień IPiN ukończyły 6-tygodniowy program psychoterapii opartej na podejściu 12 kroków, zbadano przed terapią, po terapii i po roku od jej zakończenia. Poczucie koherencji mierzono przy użyciu Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29 Antonovsky'ego, zaś styl radzenia sobie ze stresem - skalą CISS Endlera i Parkera.

Osoby o wyjściowo niskim SOC (grupa N-SOC, N=45) w porównaniu z osobami o początkowo wysokim SOC (W-SOC, N = 56) przed terapią miały istotnie wyższe wyniki w dwóch "nieprzystosowawczych" stylach radzenia sobie ze stresem (emocjonalnym i unikaniu przez odwracanie uwagi) oraz istotnie niższe w dwóch stylach "pozytywnych" (zadaniowym i poszukiwaniu kontaktów społecznych). W obu grupach po terapii stwierdzono istotny, trwały wzrost intensywności obu "pozytywnych" stylów zaradczych (zadaniowego i poszukiwania kontaktów społecznych). Tylko w grupie W-SOC wystąpił dalszy (również po roku) istotny spadek intensywności stylu emocjonalnego, zaś tylko w grupie N-SOC - stały istotny spadek intensywności unikania przez odwracanie uwagi. Po roku od zakończenia terapii grupa N-SOC osiągnęła wyjściowy (sprzed terapii) poziom osób W-SOC we wszystkich badanych stylach radzenia sobie ze stresem. Wynika z tego, że w psychoterapii uzależnienia od alkoholu można osiągnąć istotne, trwałe zmiany stylu radzenia sobie ze stresem. Wyjściowy poziom SOC ma związek z intensywnością poszczególnych stylów zaradczych, a także z rodzajem i stabilnością obserwowanych po terapii zmian w tym zakresie (Mroziak 2002).

Chodkiewicz badał, jakie są zależności między zasobami osobistymi (wewnętrznymi i zewnętrznymi) a utrzymywaniem abstynencji przez alkoholików po terapii odwykowej. Pacjenci byli badani dwukrotnie: na początku terapii i na końcu, a następnie na podstawie dodatkowej ankiety wyodrębniono dwie grupy: utrzymujących abstynencję rok po terapii i nieutrzymujących abstynencji. Okazało się, że różnice między obiema grupami występują już na początku leczenia. Alkoholicy, którzy później utrzymują abstynencję, różnią się od powracających do picia zarówno w zakresie zasobów zewnętrznych (pozostawanie w związku małżeńskim, posiadanie pracy), jak i wewnętrznych (preferują aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem, mają wyższe poczucie własnej wartości i skuteczności, większy optymizm, częściej poszukują rad, informacji, wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego oraz łatwiej akceptują swoje uzależnienie jako chorobę). Po leczeniu w obu grupach zaobserwowano szereg korzystnych zmian w zakresie badanych zmiennych. Zmiany te niejednokrotnie okazywały się bardziej istotne w grupie osób powracających potem do picia. Niemniej, pomimo istotnych postępów w terapii, osoby te i tak nie zdołały dorównać do początkowego poziomu badanych zmiennych w grupie późniejszych abstynentów. Zdaniem Chodkiewicza, z przeprowadzonych badań wynika, że oddziaływania terapeutyczne w stosunku do źle rokujących osób powinny koncentrować się na uczeniu aktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, podnoszeniu poziomu optymizmu, poczucia własnej wartości oraz akceptacji własnego uzależnienia (Chodkiewicz 2001).

W kolejnych badaniach poświęconych problematyce radzenia sobie ze stresem przez alkoholików Chodkiewicz próbował zidentyfikować czynniki prognostyczne dla ukończenia terapii. Badaniami na początku ambulatoryjnego leczenia odwykowego objęto 194 mężczyzn i 94 kobiety uzależnione od alkoholu. Badano natężenie odczuwanego stresu i strategie radzenia sobie z nim, związane z przekonaniami i oczekiwaniami (poczucie własnej skuteczności, wartości, dyspozycyjny optymizm, akceptacja uzależnienia jako choroby, poczucie satysfakcji życiowej, poczucie wartości przypisywanej własnemu zdrowiu) oraz

zmienne związane z przeżywanymi emocjami (kontrola emocji lęku, gniewu, depresji, poziom lęku jako stanu i cechy). Ustalono 9 czynników prognostycznych dla ukończenia terapii przez mężczyzn i 14 dla kobiet. Ukończenie terapii w obydwu grupach związane jest z rzadkim stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem polegającej na powstrzymaniu się od działania, częstym stosowaniem strategii pozytywnego przewartościowania oraz niskim poziomem lęku jako stanu i ujawnianiem tej emocji. W grupie kobiet potwierdzono znaczenie dyspozycyjnego optymizmu, poczucia satysfakcji życiowej i własnej skuteczności, a w grupie mężczyzn poczucia własnej wartości oraz natężenia odczuwanego stresu (Chodkiewicz 2005).

W trakcie terapii odwykowej w OTU "Monar" prowadzone są zajęcia na temat radzenia sobie ze stresem, stąd można spodziewać się, że ukończenie terapii będzie owocować poprawą w tym zakresie.

Wskaźnikiem poprawy w zakresie radzenia sobie ze stresem będą wyniki w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (*Coping Inventory for Stressful Situations – CISS*) Endlera i Parkera. Poprawę oznaczać będzie wzrost w skali mierzącej styl skoncentrowany na zadaniu, spadek w skali mierzącej styl skoncentrowany na emocjach oraz spadek w podskali "Angażowanie się w czynności zastępcze" stylu skoncentrowanego na unikaniu.

### **Hipoteza 7.**

#### **Bezdomni alkoholicy przejawiają niski poziom inteligencji emocjonalnej**

Ryś zauważa, że osoby żyjące w rodzinach dysfunkcyjnych tłumią emocje i zaprzeczają im. Autentyczne emocje nie są wyrażane, ani także dobrze rozpoznawane (Ryś, 2002). Dotychczasowe badania pokazują także, że umiejętność rozpoznawania własnych emocji przez osoby uzależnione ma duże znaczenie dla utrzymywania abstynencji. Celem badań Januszko i wsp. (2004) było określenie zależności między aleksytymią a uzależnieniem od alkoholu, a przede wszystkim zbadanie, czy aleksytymia może być czynnikiem prognostycznym w abstynencji od alkoholu. W badaniu udział wzięły 44 osoby uzależnione od alkoholu. Osoby zostały przebadane testami mierzącymi aleksytymię – *Toronto Alexithymia Scale (TAS-26)* oraz lęk – *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* przed i po terapii grupowej w oddziałach dziennych leczenia odwykowego. Grupa kontrolna była podobna pod względem wieku i płci – 33 osoby. Osoby uzależnione uzyskały wyższe średnie wyniki w skali TAS-26 i czynnikach emocjonalnych zarówno na początku, jak i pod koniec terapii w porównaniu z grupą kontrolną (we wszystkich przypadkach  $p < 0,01$ ). Średnie wyniki uzyskane w skali TAS-26 i poszczególnych czynnikach, przed i po terapii, nie różniły się istotnie. Aleksytymia okazała się zatem cechą trudno modyfikowalną pod wpływem terapii. Po 36 miesiącach od ukończenia terapii udało się ponownie skontaktować z 26 osobami badanymi i zebrano wywiad w kierunku ich abstynencji. Abstynencję utrzymywało 46,2% osób. Osoby, które przerwały abstynencję, uzyskały wyższe średnie wyniki w skali TAS-26 i czynniku "Niezdolność do identyfikacji uczuć i wykorzystania języka do opisu uczuć", w porównaniu do osób, które tę abstynencję utrzymywały ( $p < 0,05$ ). Na podstawie krokowej wieloczynnikowej regresji liniowej stwierdzono, że wyniki uzyskane w skali TAS-26 pod koniec terapii były najsilniejszym czynnikiem prognostycznym w abstynencji od alkoholu (Januszko i in. 2004).

Kruk, Jastrzębski, Ślaski, Woś i Jopkiewicz (2008) badali inteligencję emocjonalną podopiecznych ośrodków "Monar" (terapia uzależnionych) i "Markot" (pomoc bezdomnym). Badania, przeprowadzone przy użyciu Popularnego Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej (PKIE) Jaworowskiej i Matczak, wykazały, że przeważającą grupę

respondentów stanowiły osoby uzyskujące niskie lub przeciętne wyniki. Zdecydowana większość uczestników badania wykazywała istotne deficyty w zakresie inteligencji emocjonalnej, rozumianej jako zdolność do uświadamiania sobie, rozumienia, respektowania i wyrażania własnych emocji (Kruki i wsp. 2008).

Wskaźnikiem inteligencji emocjonalnej będzie wynik w Kwestionariuszu Inteligencji Emocjonalnej INTE w adaptacji Jaworowskiej i Matczak.

### **Hipoteza 8.**

#### **Udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie inteligencji emocjonalnej u bezdomnych alkoholików**

Umiejętność rozpoznawania, nazywania i wyrażania uczuć uważana jest za bardzo istotną w procesie trzeźwienia. W ramach terapii odwykowej poświęcany jest temu ważny blok zajęć. Pacjenci wykonują listę uczuć, uczą się rozpoznawania u siebie i u innych niewerbalnych przejawów emocji, uczą się także ich wyrażania. Systematycznie prowadzą dzienniczek uczuć. Codziennie na podsumowaniu dnia mówią o emocjach, z jakimi kończą zajęcia. Ponadto odrębne zajęcia poświęcone są problematyce poczucia winy, wstydu, lęku i złości. Stąd można się spodziewać, że udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie radzenia sobie z emocjami.

Wskaźnikiem poprawy w zakresie inteligencji emocjonalnej, będzie podwyższenie wyników w Kwestionariuszu Inteligencji Emocjonalnej INTE.

### **Hipoteza 9.**

#### **Bezdomni alkoholicy wykazują niski poziom kompetencji społecznych**

W potocznym przekonaniu, jak również w przekonaniu niektórych autorów, zarówno bezdomność jak i alkoholizm wiąże się z trudnościami w relacjach z ludźmi, z brakiem pewności siebie (wzrost pewności siebie po użyciu alkoholu mógł być w części przypadków czynnikiem zachęcającym do picia). Praktyka kliniczna pokazuje, że wielu alkoholików ma na początku terapii trudności z otwieraniem się w grupie, opowiadaniem osobistych szczegółów z własnego życia, zwierzaniem się, a także z zabieraniem publicznie głosu (zarówno w grupie terapeutycznej i na mityngach AA). Większość spośród bezdomnych alkoholików ma także trudności z asertywnym zachowaniem, oscylując między uległością a agresywnością.

Podobny pogląd wyrażają terapeuci uzależnień, pracujący z alkoholikami w więzieniu (Fudała, Głowik, Witek 1997). Uważają oni, że alkoholicy w więzieniu cechują się poważnymi deficytami podstawowych umiejętności życiowych – komunikacji, nawiązywania i utrzymywania relacji, podejmowania decyzji, planowania, systematycznej pracy, wyrażania swoich opinii i emocji, załatwiania spraw urzędowych, pełnienia podstawowych ról społecznych. Deficyty te, zdaniem autorów, wynikają nie tylko z wychowania w patologicznych środowiskach (czy też w instytucjach wychowawczych jak domy dziecka, zakłady wychowawcze lub poprawcze), bądź wieloletniego nadużywania alkoholu. Istotnym powodem jest długoletnia izolacja więzienna, kształtująca postawę wyuczonych bezradności (Fudała, Głowik, Witek 1997).

Jakubik i Kraszewska (2002) sprawdzili, czy u mężczyzn uzależnionych od alkoholu występują objawy zespołu alienacyjnego, przejawiającego się głównie w formie poczucia

anomalii, bezsensu, bezsilności, samowyobcowania i izolacji. Zbadali także, czy istnieje wzajemny związek między ogólnym poziomem poczucia alienacji a poczuciem sensu życia oraz potrzebą afiliacji, stopniem przystosowania i gotowością przyjmowania pomocy i porady innych ludzi.

Badania przeprowadzono w grupie 30 mężczyzn w wieku 30-45 lat. Wyniki uzyskane w grupie chorych porównano z rezultatami osiągniętymi w dobranej parami grupie kontrolnej złożonej z 30 osób zdrowych. Do pomiaru badanych zmiennych zastosowano Skalę Poczucia Alienacji K. Kmieciak-Baran, Test Przymiotników H. G. Gougha i A. B. Heilbruna oraz Skalę Sensu Życia J. C. Crumbaugh'a i L. T. Maholicka. Uzyskane wyniki wskazują, że pacjenci z chorobą alkoholową przejawiają istotnie częściej wysoki ogólny poziom poczucia alienacji, anomalii, bezsensu, bezradności, samowyobcowania i osamotnienia, natomiast istotnie słabsze poczucie celu i sensu życia, niższą ocenę wartości życia oraz bardzo niską samoocenę. Pacjenci wykazywali także niski stopień przystosowania oraz silną potrzebę wsparcia społecznego. Uzyskane wyniki sugerują, że mężczyzn uzależnionych od alkoholu charakteryzuje tzw. zespół alienacyjny. Badania te jednak nie rozstrzygają czy alienacja jest przyczyną uzależnienia, czy też występuje jako jego objaw (Jakubik, Kraszewska 2002).

Jastrzębski, Kruk, Ślaski, Woś i Jopkiewicz badali kompetencje społeczne 161 podopiecznych ośrodków "Monar" (terapia uzależnionych – 108 osób) i "Markot" (pomoc bezdomnym – 53 osoby). Badania, przeprowadzone przy użyciu Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS) Matczak, wykazały, że przeważającą grupę respondentów stanowiły osoby uzyskujące niskie lub przeciętne wyniki we wszystkich podskalach KKS. Zdecydowana większość uczestników badania wykazywała niski lub przeciętny poziom kompetencji społecznych w sytuacjach intymnych (deficyty w zakresie funkcjonowania w bliskich relacjach interpersonalnych). Badani wykazywali także niski lub przeciętny poziom kompetencji społecznych w sytuacjach wymagających asertywności (deficyty w zakresie umiejętności realizacji własnych celów czy potrzeb poprzez wywieranie wpływu na innych lub opieranie się wpływowi innych) oraz niski lub przeciętny poziom kompetencji ujawnianych w sytuacjach ekspozycji społecznej (deficyty w zakresie umiejętności funkcjonowania w sytuacjach wymagających poddania się ocenie ze strony innych, czy występowania publicznego) (Jastrzębski i wsp. 2008).

Wskaźnikiem kompetencji społecznych bezdomnych alkoholików będzie wynik w Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych Matczak.

### **Hipoteza 10.**

#### **Udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie kompetencji społecznych u bezdomnych alkoholików**

Kompetencje społeczne mają znaczny wpływ na to, czy jednostka jest w stanie mieć dobre kontakty z ludźmi, a co za tym idzie - zapewnić sobie wsparcie społeczne, co z kolei u alkoholików ma duże znaczenie dla utrzymywania abstynencji. Doświadczenie wspólnoty AA uczy, że poczucie przynależności do grupy osób niepijących i umiejętność przyjmowania pomocy od innych jest niezbędna dla trzeźwienia, zaś osamotnienie grozi powrotem do picia. Ilustruje to znane w AA powiedzenie: "alkoholik, który jest sam, jest w złym towarzystwie".

Jakubik i Kowaluk próbowali ustalić, w jakim stopniu wsparcie społeczne wpływa na utrzymywanie abstynencji przez alkoholików będących w trakcie leczenia, porównując dwie 30-osobowe grupy alkoholików, utrzymujących i nieutrzymujących abstynencji, w zakresie

korzystania przez nich ze wsparcia społecznego. Na podstawie uzyskanych wyników badań badacze stwierdzili, że wsparcie społeczne u mężczyzn uzależnionych od alkoholu wpływa pozytywnie na utrzymywanie długotrwałej abstynencji, zwłaszcza gdy:

- większa liczba osób go udziela,
- jest ono bardziej zróżnicowane,
- więcej osób spełnia poszczególne funkcje wspierające,
- udzielają wsparcia osoby z różnych obszarów systemu wspierania,
- osoby z najbliższego otoczenia społecznego podejmują się roli wspierających,
- osoba uzależniona docenia wartość wsparcia społecznego.

Okazało się, że ważne są zarówno wielkość i rodzaj okazywanej pomocy, jak i kto jej udziela oraz w jakim stopniu jest ona wykorzystywana i ceniona (Jakubik, Kowaluk).

Terapia odwykowa, w ramach której jest wiele okazji do wystąpień publicznych (np. odczytywanie przewodników samopoznania, wypowiadanie się na zajęciach grupowych), zwierzania się z osobistych problemów zarówno podczas terapii grupowej, wobec kolegów, jak i wobec terapeuty indywidualnego, a także wiele okazji do ćwiczenia asertywności (warsztat radzenia sobie ze złością, trening asertywnych zachowań abstynenckich) – powinna prowadzić do poprawy w zakresie kompetencji społecznych. Także zakaz agresji we wszelkich jej formach, kary za wulgaryzmy – powinny prowadzić do poprawy zachowania, a co za tym idzie, do poprawy w kontaktach z ludźmi.

Wskaźnikiem poprawy w zakresie kompetencji społecznych będzie podwyższenie wyników po terapii (w stosunku do wyników przed terapią) w Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych Matczak.

### **Hipoteza 11**

#### **Bezdomni alkoholicy mają nieuporządkowany system wartości**

Uważa się, że u osób uzależnionych hierarchia wartości jest w znacznym stopniu zaburzona. Występuje rozdziewiek między wartościami deklarowanymi a realizowanymi w rzeczywistości. Brak właściwej odpowiedzi na pytania dotyczące kim jest człowiek i po co żyje oraz na podstawie jakich wartości może zrealizować sens swojego życia uważane jest za jedną z przyczyn alkoholizmu (Ryś 2007, ss.30-31).

Także specjaliści pracujący na oddziałach odwykowych w więzieniu zwracają uwagę na to, że alkoholikom w więzieniu brakuje uporządkowanego systemu wartości. Fudała i wsp. (1997) zauważają, że częstą trudnością pracy z alkoholikami w więzieniu jest różnica w akceptowanych systemach wartości pacjentów i terapeutów. Akceptacja siły, agresji, krzywdy, przemocy, braku poszanowania praw innych ludzi to wartości, na których nie można budować procesu trzeźwienia. Trudno mówić o resocjalizacji (czyli powrocie do dawnego systemu wartości i norm), jeśli u pacjenta nigdy nie zdążył się ukształtować zdrowy, powszechnie aprobowany wzorzec wartości (Fudała, Głowik, Witek 1997).

Podobnie Witkiewicz (1997) zauważa, że pacjenci mają wizję świata opartego na sprycie, przemocy, braku szacunku, sprzeczną ze sprawiedliwością, uczciwością czy otwartością, stanowiącą jedną z podstaw pracy terapeutycznej. U wszystkich więźniów-alkoholików obserwuje się zubożenie sfery duchowej – nie tylko z powodu środowiska rodzinnego, ale też w wyniku obrony przestępczego stylu życia i chronienia się przed zetknięciem ze wstydem i poczuciem winy. Toteż odkrywanie duchowości i swojej Siły Wyższej dla wielu pacjentów



staje się inspiracją do poszukiwań w sobie odpowiedzi na pytania: jaki jestem, na czym mam budować swoją przyszłość, co jest dla mnie ważne? (Witkiewicz 1997).

Ponieważ wielu spośród bezdomnych alkoholików było karanych, można spodziewać się, że będą mieć podobnie nieuporządkowany system wartości, jak alkoholicy-więźniowie.

Wskaźnikiem stopnia nieuporządkowania systemu wartości będzie wynik w Kwestionariuszu Kryzysu w Wartościowaniu Olesia.

## **Hipoteza 12**

### **Terapia odwykowa prowadzi do poprawy w zakresie uporządkowania systemu wartości**

Uświadamianie konfliktu między sprzecznymi tendencjami i wartościami oraz porządkowanie systemu wartości bywa potrzebne zarówno w psychoterapii nerwic, jak i w terapii uzależnień. Dlatego jednym z celów kompleksowej terapii uzależnień powinno być doprowadzenie do zbudowania uporządkowanej, dojrzałej i stabilnej hierarchii wartości. Bronowski wykazał, że alkoholicy zaangażowani w ruch AA różnią się od alkoholików niezwiązanych z AA w zakresie systemu wartości: wyższą pozycję zajmują u nich wartości związane z samorealizacją, równowagą wewnętrzną, samokontrolą oraz wiarą we własne siły (Bronowski 2001).

Podobne spostrzeżenia mieli Brush i McGee (2000). Celem ich badań było opisanie podejścia do duchowości 100 bezdomnych mężczyzn, będących rezydentami wspólnoty w schronisku. Rezydenci, będący w trakcie zdrowienia z uzależnienia od substancji psychoaktywnych, byli proszeni o wypełnienie 10-cio itemowej Skali Perspektywy Duchowej (*Spiritual Perspective Scale – SPS*) Reeda na początku pobytu w schronisku. Ich odpowiedzi zostały opisane w kontekście ich udziału w 12-krokowym programie zdrowienia, charakterystyki demograficznej i postrzeganym stanie zdrowia. Uzyskane wyniki sugerują, że duchowość jest ważnym czynnikiem zdrowia w tej populacji (Brush, McGee 2000).

Część zajęć w terapii odwykowej poświęconych jest problematyce wartości i duchowości. W niektórych placówkach odwykowych współpracuje się z księdzem, który prowadzi wykłady na ten temat. Także wspólnota AA poświęca wiele uwagi duchowości i Sił Wyższej. W OTU "Monar" prowadzone są zajęcia nt. "W poszukiwaniu świata wartości" i "Duchowość". Ponadto pacjenci piszą prace w ramach przewodnika samopoznania poświęcone wpływowi picia na ich hierarchię wartości oraz przewodnik nt. duchowości. Problematyce duchowości poświęcona jest także zdecydowana większość spośród codziennych medytacji, prowadzonych w oparciu o popularne w AA książki "Medytacje. 24 godziny na dobę" i "Codzienne refleksje". Można stąd przypuszczać, że udział w terapii odwykowej spowoduje u bezdomnych alkoholików pożądane zmiany w stronę większego uporządkowania ich hierarchii wartości.

Wskaźnikiem poprawy w zakresie uporządkowania systemu wartości będzie poprawa wyników w Kwestionariuszu Kryzysu w Wartościowaniu Olesia.

## 2. Opis narzędzi badawczych

### 2.1. Kwestionariusz "Delta"

Kwestionariusz "Delta" R.Ł. Drwala, badający umiejscowienie poczucia kontroli, zawiera 14 zdań, które okazały się najbardziej trafne w badaniach pilotażowych, dobranych tak, by były względnie łatwe i zrozumiałe oraz by wskazywały na przekonanie o wewnętrznej albo zewnętrznej kontroli wzmocnień (tj. przekonanie o posiadaniu wpływu na swoje życie, bądź przekonanie, zależy ono od zewnętrznych okoliczności). Zdania te dotyczą przede wszystkim ogólnych przekonań o możliwości kontrolowania własnego losu w codziennych sytuacjach, a nie przekonań o możliwości wpływu na losy świata czy decyzje rządów. Ponadto, w celu kontrolowania tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle, dodano 10 zdań wzorowanych na pytaniach skal kontrolnych z inwentarzy osobowości, głównie skali kłamstwa "K" z MPI Eysencka.

Kolejność pytań ustalono losowo. Za odpowiedź zgodną z kluczem badany otrzymuje 1 punkt. Maksymalny wynik w skali poczucia kontroli to 14 punktów, a w skali kłamstwa - 10 punktów. Wysoki wynik w skali poczucia kontroli (LOC) wskazuje na poczucie kontroli zewnętrznej, a wysoki wynik w skali kłamstwa (KŁ) - na tendencję do przedstawiania się w nazbyt korzystnym świetle (Drwal 1979, ss. 69-70).

#### 2.1.1. Trafność i moc dyskryminacyjna pozycji

Przeprowadzono analizę mocy dyskryminacyjnej pozycji skal na wynikach 477 uczniów i uczennic starszych klas szkół średnich (techników), zbadanych anonimowo. Ze względu na wyniki skali LOC wyodrębniono 100 osób (ok. 21%) z najwyższymi i 100 osób z najniższymi wynikami. Podobnie, odpowiednie dwie skrajne grupy wyodrębniono ze względu na wyniki w skali KŁ. Korzystając z tablic Jurgensena dla każdej z 24 pozycji kwestionariusza uzyskano wartości dwóch współczynników korelacji ( $\phi$ ) - jeden wskazywał korelację danej pozycji z ogólnym wynikiem skali LOC, drugi - korelację z ogólnym wynikiem skali KŁ. Uzyskane rezultaty potwierdziły pierwotne przyporządkowanie pozycji do skal i wykazały zadowalającą moc dyskryminacyjną pozycji. Pozycje skali LOC korelowały z ogólnym wynikiem tej skali od +0,382 (nr 21) do +0,813 (nr 15), mediana wyniosła +0,61. Natomiast pozycje skali KŁ korelowały z ogólnym wynikiem skali KŁ od +0,274 (nr 8) do +0,690 (nr 3), mediana wyniosła +0,44. Ponadto wystąpiły pewne korelacje poszczególnych pozycji z wynikiem drugiej skali. Pozycje skali LOC korelowały z ogólnym wynikiem skali KŁ od -0,020 (nr 1), do -0,363, mediana wyniosła 0,11. Pozycje skali KŁ natomiast korelowały z ogólnym wynikiem skali LOC od -0,245 (nr 5) do +0,117 (nr 8), mediana wyniosła -0,12. W każdym przypadku większa była wartość współczynnika korelacji z tą skalą, do której pozycja miała należeć (Drwal 1979, s.70).

#### 2.1.2. Wyniki grup standaryzacyjnych

W poniższej tabeli podano średnie ( $X$ ), odchylenia standardowe ( $s$ ), uzyskane w różnych grupach badanych oraz liczebność tych grup ( $N$ ).

**Tabela 2.**  
**Wyniki badań kwestionariuszem Delta w grupach badanych przez Drwala**

Wyniki grup standaryzacyjnych							
Grupy	Płeć	Wiek	N	Skala LOC		Skala KŁ	
				średnia	odch. st.	średnia	odch. st.
Uczniowie szkół podst. (kl. VII - VIII)	M	13-16	146	5,01	2,48	3,97	1,97
	K		171	5,26	2,64	4,18	1,59
Uczniowie LO (kl. I)	M	14-17	86	3,98	2,36	2,05	1,35
	K		137	4,96	2,71	1,96	1,57
Uczniowie technikum (kl. I)	M	14-16	83	3,76	2,23	1,96	1,69
Uczniowie technikum (kl. starsze)	M	16-20	200	4,68	3,02	2,39	1,74
	K		170	6,50	2,96	2,21	1,47
Studenci (studia dzienne)	M	19-25	47	4,02	2,94	1,32	1,45
	K	18-23	236	5,29	3,03	1,81	1,33
Studenci (studia zaoczne)	M	20-38	18	3,83	2,38	1,44	0,98
	K	20-43	46	4,76	2,76	1,74	1,44
Wychowankowie zakładu poprawczego	M	15-19	50	4,98	2,80	4,56	2,05

Drwal zaznacza, że w większości wypadków rozkłady wyników, zwłaszcza w skali kłamstwa, były prawostronnie skośne, a w skali LOC niekiedy z tendencją do bimodalności (Drwal 1979, ss. 71-72). Zwraca uwagę fakt, że kobiety na ogół uzyskują wyższe wyniki w skali LOC i skali KŁ, co sugerowałoby, że mają nieco bardziej zewnętrzne poczucie kontroli oraz nieco większą tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle.

### 2.1.3. Rzetelność skal

Rzetelność skal oceniono w różnych grupach trzema metodami, obliczając następujące współczynniki: (1) stabilności bezwzględnej (test - retest) przy różnej długości przerw między badaniami; (2) równoważności międzypołówkowej według wzoru Spearmana-Browna na podstawie korelacji między parzystą i nieparzystą połową skali; (3) zgodności wewnętrznej według wzoru Kudara-Richardsona. Uzyskane współczynniki przedstawia poniższa tabela:

**Tabela 3.**  
**Rzetelność skal kwestionariusza "Delta"**

Rzetelność skal kwestionariusza "Delta" (Drwal 1979, s. 72)			
Metoda oceny		Współczynniki	
		skala LOC	skala KŁ
Test - retest po 1 tygodniu	N=65	0,78	0,80
- " - po 3 miesiącach	N=28	0,38	0,52
- " - po 7 miesiącach	N=37	0,51	0,59
Spearman-Brown	N=28	0,68	0,79
Spearman-Brown	N=50	0,64	0,66
Kudara-Richardson	N=50	0,69	0,54
Kudara-Richardson	N=314	0,83	0,60

Wyniki pokazują, zdaniem Drwala, że obie skale kwestionariusza "Delta" posiadają rzetelność zupełnie zadowalającą dla celów badań zbiorowych i porównań międzygrupowych.

Uzyskane współczynniki są podobne jak dla skali I-E Rottera i innych testów poczucia kontroli. Drwał zwraca ponadto uwagę, że również w badaniu specyficznej grupy wychowanków zakładu poprawczego (N=50), gdzie większość badanych odbiegała od normy intelektualnej (mediana I.I.=81), rzetelność skal jest dość wysoka. Wskazuje to, zdaniem Drwala, na szerokie możliwości stosowania kwestionariusza. Zważywszy, że kwestionariusz jest krótki, zdania zróżnicowane treściowo, a mierzone właściwości podatne na wpływy sytuacyjne, uznaje on oceny rzetelności za bardzo korzystne.

#### **2.1.4. Trafność skali poczucia kontroli (LOC)**

Trafność skali poczucia kontroli (LOC) sprawdzana była kilkoma metodami. Najpierw ustalono korelacje między skalą LOC a skalą I-E Rottera, badając kilka grup studentów jednocześnie tymi kwestionariuszami. Następnie sprawdzono, czy skala LOC różnicuje pewne grupy badanych tam, gdzie zgodnie z wiedzą o poczuciu kontroli należało się spodziewać wystąpienia istotnych różnic. Ponadto obliczono korelacje między skalą LOC a testami osobowości, sprawdzając, czy korelacje te są zgodne z oczekiwaniami.

Współczynniki korelacji między skalą LOC i skalą I-E dla kilku grup studenckich wyniosły od 0,58 do 0,83, mediana 0,76. Wszystkie korelacje były statystycznie istotne na poziomie istotności poniżej 0,001. Skala LOC koreluje ze skalą I-E Rottera porównywalnie do współczynników rzetelności samej skali I-E, czyli podobnie, jak skala I-E koreluje sama z sobą. Zdaniem Drwala, świadczy to o trafności diagnostycznej skali LOC.

Trafność skali LOC sprawdzono następnie na kilku grupach badanych, porównując wynik uzyskany w kwestionariuszu "Delta" z innymi danymi badanych osób, które mogły mieć związek z wynikami uzyskanymi w kwestionariuszu. Drwał oczekiwał, na podstawie badań nad poczuciem kontroli, że niższe wyniki (świadczące o wewnętrznym poczuciu kontroli) uzyskają:

- studenci aktywni, popularni, cieszący się autorytetem wśród kolegów;
- uczniowie o dobrych wynikach w nauce;
- uczniowie popularni, o dużej liczbie wyborów socjometrycznych;
- uczniowie o wyższych niż przeciętnie wynikach testu inteligencji;
- wychowankowie zakładu poprawczego będący aktywnymi i dominującymi uczestnikami podkultury zakładowej.

Hipotezy te zostały potwierdzone w badaniach Drwala (Drwał 1979, ss. 73-76).

Ponadto sprawdzono trafność skali LOC, obliczając korelacje z innymi testami, które mierzyły cechy wiążące się w jakiś sposób z poczuciem kontroli. Uzyskano m.in. istotne korelacje ze skalą neurotyzmu MPI Eysencka, które wyniosły w różnych grupach badanych od 0,16 do 0,41. Oznacza to, że im wyższy jest poziom neurotyzmu mierzony skalą MPI, tym poczucie kontroli okazuje się raczej zewnętrzne niż wewnętrzne. Obliczono także korelacje między skalą LOC a skalą niepokoju kwestionariusza "Jaki jesteś" E. Skrzypek i M. Choynowskiego, uzyskując współczynniki korelacji 0,18 (dla chłopców) i 0,38 (dla dziewcząt). Oznaczałoby to, że zewnętrzne poczucie kontroli wiąże się z wyższym poziomem niepokoju, i że związek ten jest silniejszy w przypadku dziewcząt niż chłopców (Drwał 1979, s. 76).

### 2.1.5. Trafność skali kłamstwa (KŁ)

Trafność skali kłamstwa została sprawdzona na podstawie korelacji z analogicznymi skalami z innych kwestionariuszy oraz porównania wyników uzyskanych przy instrukcji standardowej i przy instrukcji zalecającej kłamanie.

Wyniki w skali kłamstwa (KŁ) wysoko korelują z wynikami skali kłamstwa (K) z inwentarza MPI Eysencka. Uzyskano korelacje od 0,57 do 0,77. Korelacja między skalą KŁ a skalą kłamstwa kwestionariusza "Jaki jesteś" wyniosła 0,43.

Porównanie wyników badań testami MPI Eysencka, I-E Rottera, kwestionariuszem Smitha oraz kwestionariuszem "Delta" po instrukcji standardowej i po instrukcji zalecającej kłamanie wykazało, że największe różnice wystąpiły w skali KŁ i w skali kłamstwa K (MPI). Natomiast skala LOC okazała się najmniej podatna na celowe fałszowanie odpowiedzi. Zdaniem Drwała skalę kłamstwa KŁ cechuje duża trafność (Drwał 1979, ss. 78-79).

Na podstawie przeprowadzonych badań nad swoim testem Drwał uznaje, że kwestionariusz "Delta" jest rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru zgeneralizowanego poczucia kontroli, traktowanego jako wymiar osobowości. Uważa on, że kwestionariusz "Delta" może mieć szerokie zastosowanie, przede wszystkim do badań eksperymentalnych, gdzie poczucie kontroli jest jedną ze zmiennych. Rzetelna i trafna skala kłamstwa zwiększa możliwości stosowania Deltę. Uważa on, że skala LOC pozwala na badanie wielu problemów i jej wyniki korelują z zachowaniem w różnorodnych sytuacjach, co potwierdza znaczenie regulacyjnych funkcji poczucia kontroli. Zaleca jednak ostrożność w stosowaniu kwestionariusza "Delta" do celów indywidualnej diagnozy czy prognozy, wskazując przy tym, że pomiar tak szerokiego konstruktów, jak zgeneralizowane poczucie kontroli, może dawać jedynie względnie niski poziom trafności diagnostycznej czy prognostycznej w konkretnych sytuacjach (Drwał 1979, ss. 79-80).

### 2.2. Kwestionariusz SCL-90

Badacze, zajmujący się problematyką skuteczności psychoterapii, próbowali skonstruować kwestionariusze, które stanowiłyby standardowe narzędzia pomiaru efektywności psychoterapii, możliwe do stosowania w jak najszerszym zakresie, wobec różnych grup pacjentów i mierzące możliwie szerokie aspekty zmiany. Jednym z podstawowych obszarów, w którym pacjenci zazwyczaj oczekują poprawy, to (obok poprawy funkcjonowania społecznego), obniżenie poziomu objawów psychopatologicznych.

Jednym z pierwszych tego typu kwestionariuszy był 72-itemowy *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL) autorstwa Derogatisa, Lipmana i Covi'ego, wymieniany przez Bergina i Lamberta wśród narzędzi mających stanowić trzon ujednoczonych metod oceny wyników psychoterapii w badaniach na ten temat (Bergin i Lambert 1990, s. 287). Kwestionariusz ten, będący wcześniejszą wersją SCL-90, zaadaptowany został w Polsce przez M. Siwiak-Kobayashi i stosowany był pod nazwą "Kliniczna Lista Objawów" (Siwiak-Kobayashi 1974) w badaniach ewaluacyjnych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Kolejna wersja kwestionariusza została rozszerzona do 90 pozycji i znana jest jako *Symptom Checklist* (SCL-90). W Polsce używane były co najmniej trzy adaptacje tego kwestionariusza: adaptacja K. Jankowskiego, stosowana szeroko w leczeniu odwykowym w badaniach ewaluacyjnych Instytutu Psychologii Zdrowia, adaptacja B. Mroziak (używana w badaniach Instytutu Psychiatrii i Neurologii) oraz adaptacja A. Brodziaka (Brodziak 1981, ss. 44-59).

Kwestionariusz SCL-90 mierzy nasilenie objawów psychopatologicznych, na które często uskarżają się pacjenci poszukujący pomocy psychoterapeutycznej i psychiatrycznej. Narzędzie składa się z 90 pozycji, odnoszących się do dziewięciu podstawowych zespołów objawów, które tworzą 9 następujących skal:

1. **Somatyzacje**

Skala ta mierzy poczucie dyskomfortu spowodowane dolegliwościami cielesnymi, charakterystycznymi dla nerwic. Pytania obejmują objawy związane z mięśniem sercowym, żołądkiem, układem oddechowym oraz innymi narządami i układami. Uwzględnione zostały także bóle pleców, głowy i mięśni, jak również somatyczne objawy lęku.

2. **Natręctwa**

Skala ta mierzy myśli i zachowania charakterystyczne dla zespołu obsesyjno-kompulsywnego (czyli natręctwa i czynności przymusowe). Skala ta koncentruje się więc na myślach, impulsach i działaniach, których osoba badana doświadcza jako nie do powstrzymania i nieodpartych, choć niechcianych i nie swoich. W skali tej mieszczą się także ogólniejsze zaburzenia poznawcze (np. pustka w głowie, wspomnienia problemów, kłopotów).

3. **Nadwrażliwość interpersonalna**

Skala ta mierzy poczucie nieadekwatności interpersonalnej, niższości, szczególnie w porównaniu z innymi osobami. Osoby uzyskujące wysoki wynik w tej skali mają skłonność do autodeprecjacji, niskiego poczucia własnej wartości, niepokoju i dyskomfortu w kontaktach z ludźmi. Charakteryzuje je także poczucie wyczulonej samoświadomości i negatywne oczekiwania odnoszące się do komunikacji interpersonalnej.

4. **Depresja**

Skala ta uwzględnia szeroką grupę objawów wchodzących w skład zespołu depresyjnego. Reprezentowane są objawy dysforii, obniżonego nastroju, jak również utraty zainteresowania jakąkolwiek aktywnością, brak motywacji, brak energii życiowej. Skala ta odzwierciedla także uczucie beznadziejności i bezradności, poznawcze oraz somatyczne objawy depresji. Dwie pozycje odnoszą się do myśli samobójczych.

5. **Lęk**

Skala ta zawiera objawy i zachowania wiążące się z wysokim poziomem lęku. Zostały w niej uwzględnione ogólne wskaźniki, takie jak niepokój, nerwowość, napięcie, a także somatyczne objawy lęku, jak kołatanie lub przyspieszone bicie serca. Poszczególne punkty odnoszą się do uogólnionego lęku, ataków paniki oraz jeden dotyczy uczucia dysocjacji.

6. **Wrogość**

Skala mierząca poziom wrogości jest skonstruowana w oparciu o trzy kategorie: myśli, uczucia i zachowania. Punkty tej skali odnoszą się do uczuć rozdrażnienia, irytacji, impulsywnego niszczenia przedmiotów oraz częstych i niekontrolowanych wybuchów złości.

7. **Fobie**

Skala ta obejmuje epizody ostrych stanów lękowych lub agorafobii. W punktach tej

skali są reprezentowane lęki związane z podróżowaniem, otwartymi przestrzeniami, tłumem czy miejscami publicznymi i pojazdami. Dodatkowo dołączono kilka punktów przedstawiających zachowania związane z fobiami społecznymi.

#### 8. Myślenie paranoidalne

Skala ta mierzy objawy myślenia paranoidalnego. Punkty tej skali odnoszą się do myślenia projekcyjnego, wrogości, podejrzliwości, egocentryzmu, iluzji, braku autonomii i urojeń wielkościowych.

#### 9. Psychotyczność

Skala obejmuje zarówno zachowania typowo psychotyczne, jak i charakterystyczne dla rzekomego procesu psychotycznego. Cztery pozycje zawierają osiowe objawy schizofrenii wymieniane przez Schneidera: omamy słuchowe, transmitowanie myśli, kontrolowanie myśli z zewnątrz i nasyłanie myśli, jak również mniej znaczące psychotyczne zachowania, będące wskaźnikami schizoidalnego stylu życia (Derogatis, Lipman, Covi 1973, ss. 13-28).

Poniżej zestawiono wyniki badań prowadzonych przez Instytut Psychologii Zdrowia przy użyciu kwestionariusza SCL-90, uszeregowane w kolejności od najniższego do najwyższego poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych w badanej grupie:

- terapeuci z placówek odwykowych (kobiety i mężczyźni) (Golińska b.r.w., s.12);
- alkoholicy (mężczyźni) przed terapią (Monitorowanie... 1996, s.15);
- współzależnione kobiety w różnych fazach terapii (Charakterystyka... 1997, s.22);
- alkoholiczki (kobiety) przed terapią (Monitorowanie... 1996, s.15);
- dorosłe dzieci alkoholików (kobiety i mężczyźni) przed terapią (Golińska b.r.w. s.12).

**Tabela 4.**

**Zestawienie dotychczasowych badań z zastosowaniem SCL-90**

<b>Zestawienie dotychczasowych badań z zastosowaniem SCL-90</b>					
<b>średnie arytmetyczne w badanych grupach</b>					
Skale	Grupy				
	terapeuci	alkoholicy	kobiety współzależnione	alkoholiczki	DDA
somatyzacje	0,6	0,9	1,2	1,1	1,4
natręctwa	0,9	1,4	1,5	1,5	2,2
nadwrażliwość interpersonalna	1,0	1,3	1,3	1,5	1,8
depresja	0,9	1,3	1,5	1,6	1,9
lęk	0,9	1,3	1,4	1,5	1,9
wrogość	0,9	1,1	1,3	1,2	1,7
fobie	0,4	0,9	0,5	1,1	0,8
myślenie paranoidalne	0,7	1,4	1,3	1,5	1,8
psychotyczność	0,4	1,0	0,9	1,1	1,4

W dostępnej literaturze przedmiotu nie znaleziono badań nad trafnością i rzetelnością polskiej wersji kwestionariusza SCL-90.

## 2.3. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Styl radzenia sobie ze stresem można zdefiniować jako względnie stałą tendencję do stosowania specyficznych dla jednostki sposobów radzenia sobie, mających na celu usunięcie lub redukcję stresu, bądź jako zgeneralizowaną tendencję do określonych zachowań, przejawiającą się w różnych, spójnych z tą tendencją sytuacjach. Termin "styl" podkreśla tu względnie stałe różnice indywidualne w sposobie, w jaki określony proces, czynność czy działanie przebiega (Strelau i in. 2005, s. 9).

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (*Coping Inventory for Stressful Situations – CISS*) skonstruowany przez Endlera i Parkera, opiera się na założeniu, że na jego podstawie dokonujemy pomiaru stylu. Zdaniem autorów polskiej adaptacji testu, w porównaniu do innych, podobnych kwestionariuszy należy on do narzędzi o najlepszej charakterystyce psychometrycznej (Strelau i in. 2005, s. 13).

Kwestionariusz składa się z 48 prostych stwierdzeń, dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych. Stwierdzenia te należą do trzech skal:

### **Styl skoncentrowany na zadaniu**

Skala ta określa styl radzenia sobie ze stresem, polegający na podejmowaniu zadań. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali mają w sytuacjach stresowych tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.

### **Styl skoncentrowany na emocjach**

Skala ta dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentrowania się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te mają także tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania przez nie podejmowane mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. Czasami jednak mogą powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie.

### **Styl skoncentrowany na unikaniu**

Skala ta określa styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Styl ten może przybierać dwie formy, stąd skala ta zawiera dwie podskale:

- **angażowanie się w czynności zastępcze** – np. oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen;
- **poszukiwanie kontaktów towarzyskich** (Strelau i in. 2005, s. 17).

### 2.3.1. Własności psychometryczne polskiej wersji kwestionariusza CISS

Badając własności psychometryczne polskiej wersji kwestionariusza, zbadano trzy grupy osób: studentów, mężczyzn po zawale serca, uczniów ze średnich szkół zawodowych. Okazało się, że kobiety uzyskiwały istotnie wyższe wyniki w skali SSE, natomiast nie stwierdzono różnic związanych z płcią w pozostałych skalach.

Pod względem rzetelności mierzonej współczynnikiem alfa Cronbacha dane uzyskane na podstawie badania trzech grup okazały się bardzo spójne. Współczynniki przyjmowały wartości w granicach 0,82-0,88 dla skal SSZ i SSE oraz 0,74-0,78 dla skali SSU. Tylko dla



podskali PKT rzetelność wyniosła poniżej wartości krytycznej 0,70 (co częściowo tłumaczy, zdaniem autorów, mała liczebność pozycji w tej skali).

Stabilność skal także wypadła zadowalająco. Współczynniki korelacji między dwoma pomiarami wykonanymi w odstępie 2-3 tygodni w grupie 98-miu uczniów i uczennic LO wyniosły: dla skali SSZ – 0,75, SSE – 0,78, SSU – 0,80, ACZ – 0,79, i PKT – 0,73 (Strelau i in. 2005, s. 26).

Trafność polskiej wersji kwestionariusza CISS oceniano, m.in. porównując wyniki w nim uzyskane do wyników innego, popularnego narzędzia w dziedzinie radzenia sobie ze stresem, Kwestionariusza Sposobów Radzenia Sobie (WCQ) autorstwa Folkman i Lazarusa. Okazało się, że poszczególne skale CISS korelują z odpowiednimi, podobnymi pod względem teoretycznym skalami WCQ.

Ponadto, oceniano trafność kwestionariusza CISS, stosując kryterium zewnętrzne – badając grupy osób reprezentujących różne populacje, ze szczególnym uwzględnieniem osób wykazujących różne formy nieprzystosowania. Zakładano, że do osób, które mało skutecznie radzą sobie ze stresem, można zaliczyć osoby uzależnione od alkoholu, gdyż alkohol bywa traktowany jako sposób na odsunięcie od siebie problemów, z którymi człowiek nie chce się zmierzyć. Oczekiwano, że alkoholicy w znacznie mniejszym stopniu niż osoby nieuzależnione będą przejawiać zadaniowy sposób radzenia sobie ze stresem, a częściej będą koncentrować się na unikaniu stresu lub na własnych emocjach. Z kolei do grup, w których spodziewano się znaleźć osoby posiadające umiejętność kontrolowania swoich emocji, zaliczono lekarzy i policjantów. Natomiast do grup niekontrolujących własnych emocji zaliczono więźniów i agresywnych żołnierzy służby zasadniczej.

Porównanie alkoholików i osób nieuzależnionych wykazało, że grupy te różnią się istotnie we wszystkich skalach kwestionariusza CISS, ale największa różnica dotyczy stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE). Okazało się, że alkoholicy w największym stopniu spośród badanych grup stosują styl skoncentrowany na emocjach, a jednocześnie charakteryzowało ich najsłabsze nasilenie stylu skoncentrowanego na zadaniu.

Porównanie wyników różnych, wymienionych wyżej grup wykazało, że najbardziej diagnostyczna jest skala SSE. Niskie i przeciętne wyniki w tej skali charakteryzowały osoby, które z racji swojego zawodu powinny umieć radzić sobie ze stresem i kontrolować swoje emocje (lekarzy, policjantów, osoby starające się o pozwolenie na broń). Natomiast wysokie wyniki zdecydowanie częściej występowały o osób niekontrolujących swoich emocji (agresywnych żołnierzy, więźniów i alkoholików). Podsumowując uzyskane wyniki autorzy uznali styl skoncentrowany na zadaniu za najbardziej zalecany, styl skoncentrowany na emocjach za najbardziej nieefektywny, zaś styl skoncentrowany na unikaniu za pełniący pewne funkcje przystosowawcze (zwłaszcza w odniesieniu do poszukiwania kontaktów towarzyskich) (Strelau i in. 2005, s. 36-37).

Dalsze badania wykazały, że skala SSE koreluje dodatnio z lękiem jako cechą i jako stanem, mierzonym kwestionariuszem Spielberga, ujemnie z inteligencją, mierzoną WAIS-R, ujemnie z kompetencjami społecznymi mierzonymi KKS i ujemnie z inteligencją emocjonalną mierzoną kwestionariuszem INTE. Natomiast skala SSZ koreluje ujemnie z lękiem, dodatnio z inteligencją, kompetencjami społecznymi i inteligencją emocjonalną.

Dla stylu skoncentrowanego na unikaniu badacze nie zaobserwowali istotnych korelacji, jednak obraz zależności jawił się inaczej, gdy wzięli pod uwagę obie składowe tego stylu. Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), co nie jest związane z kontaktami z innymi, koreluje ujemnie z ogólnymi kompetencjami społecznymi, a zwłaszcza z kompetencjami w sytuacjach bliskich kontaktów interpersonalnych. Z kolei poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) wykazuje istotny dodatni związek z poziomem inteligencji emocjonalnej (Strelau i in. 2005, ss. 50-51).

Kwestionariusz CISS został znormalizowany w latach 2003-4 na ogólnopolskiej próbie osób dorosłych w wieku 16-79 lat. Badania normalizacyjne pozwoliły wykryć nowe, interesujące zależności. Okazało się, że kobiety uzyskują istotnie wyższe wyniki w skali SSE niż mężczyźni. Osoby z wyższym wykształceniem mają większą tendencję, by stosować styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), niż osoby z niższym poziomem wykształcenia. Ludzie młodzi mają z kolei wyższą skłonność do stosowania stylu skoncentrowanego na unikaniu (SSU) niż osoby starsze (Strelau i in. 2005, s. 57-59).

## 2.4. Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej

Inteligencję emocjonalną można najogólniej zdefiniować jako zbiór zdolności warunkujących wykorzystywanie emocji przy rozwiązywaniu problemów, zwłaszcza w sytuacjach społecznych. Można też uznać inteligencję emocjonalną za ogół zdolności warunkujących efektywność przetwarzania informacji emocjonalnych, zarówno własnych, jak i cudzych (Jaworowska, Matczak 2001, ss. 5-6).

Kwestionariusz INTE, autorstwa N.S. Schutte, J.M. Malouffa, L.E. Hall, D.J. Haggerty'ego, J.T. Cooper, C.J. Golden i L. Dornheim, opiera się na koncepcji Saloveya i Mayera. W koncepcji tej inteligencja emocjonalna uważana jest za podzakres inteligencji społecznej i zdefiniowana jako zdolność do śledzenia własnych i cudzych uczuć i emocji, różnicowania ich oraz wykorzystywania uzyskiwanych na tej drodze informacji w kierowaniu swoim myśleniem i postępowaniem. W strukturze inteligencji emocjonalnej Salovey i Mayer wyróżnili 4 główne grupy komponentów:

### 1. Zdolności do spostrzegania i wyrażania emocji

- rozpoznawania emocji we własnych stanach fizjologicznych, doznaniach i myślach;
- rozpoznawania emocji u innych ludzi na podstawie wyglądu, tonu głosu, zachowania i w dziełach sztuki;
- zdolność do wiernego wyrażania emocji i związanych z nimi potrzeb;
- zdolność do różnicowania między adekwatnymi i nieadekwatnymi oraz szczerymi i nieszczerymi wyrazami uczuć.

### 2. Zdolności do emocjonalnego wspomaganie myślenia (asymilowania emocji w przebieg procesów poznawczych)

- zdolność do emocjonalnego sterowania uwagą – ukierunkowywania jej na ważne informacje;
- zdolność do wywoływania w sobie określonych emocji w celu lepszego zrozumienia przeszłej, aktualnej lub przyszłej sytuacji;
- zdolność do przyjmowania różnych punktów widzenia – odpowiadających zmieniającym się nastrojom;
- zdolność do stosowania przy rozwiązywaniu problemów różnych sposobów podejścia – korespondujących z odmiennymi stanami emocjonalnymi.

### 3. Zdolności do rozumienia i analizowania emocji oraz wykorzystywania wiedzy emocjonalnej

- zdolność do nazywania emocji i rozumienia relacji między słowami a oznaczanymi przez nie treściami emocjonalnymi;
- zdolność do interpretowania znaczenia emocji – ich związku z określonymi relacjami między ludzkimi (np. związku smutku ze stratą);
- zdolność do rozumienia uczuć złożonych (np. miłości połączonej z nienawiścią), czy stanów będących kombinacją kilku prostszych emocji (np. strachu i zdziwienia);
- zdolność do rozumienia i przewidywania zmian w przebiegu emocji (np. przechodzenia od złości do wstydu).

#### **4. Zdolności do kontrolowania i regulowania emocji**

- zdolność do otwierania się na emocje, zarówno przyjemne, jak i nieprzyjemne;
- zdolność do świadomego angażowania się w emocje lub separowania się od nich, odpowiednio do ich wartości informacyjnej czy użyteczności;
- zdolność do śledzenia emocji i oceniania ich (pod względem wyrazności, typowości, adekwatności, siły wywieranego przez nie wpływu);
- zdolność do kierowania emocjami własnymi i cudzymi – łagodzenia emocji negatywnych i wzmacniania pozytywnych (bez jednoczesnego ignorowania lub wyolbrzymiania niesionych przez nie informacji) (Jaworowska, Matczak 2001, ss. 8-9).

Kwestionariusz INTE składa się 33 pozycji dotyczących zdolności lub umiejętności związanych z emocjami, preferencji bądź sposobów zachowania w pewnych sytuacjach emocjonalnych. Autorzy uznali, że charakter pozycji kwestionariusza INTE pozostaje w znacznym stopniu zgodny z założeniami leżącymi u podstaw konstrukcji kwestionariusza, tj. z koncepcją inteligencji emocjonalnej Saloveya i Mayera (Jaworowska, Matczak 2001, s. 24).

#### **2.4.1. Własności psychometryczne INTE**

Zgodność wewnętrzną kwestionariusza INTE jest w pełni zadowalająca i nie odbiega od zgodności wersji oryginalnej. Współczynniki alfa Cronbacha dla prób normalizacyjnych wyniosły 0,83-0,87, a więc osiągnęły wartości uprawniające do wykorzystywania kwestionariusza w diagnostyce indywidualnej.

Inteligencja emocjonalna uważana jest za stosunkowo stałą cechę człowieka. Stabilność bezwzględną kwestionariusz INTE mierzono, badając dwukrotnie grupy osób dorosłych i uczniów szkół średnich w odstępie 3-4 tygodni. Współczynniki korelacji między pierwszym a drugim pomiarem w różnych grupach wyniosły 0,81-0,88, są więc zadowalająco wysokie. Mniej więcej połowa badanych uzyskiwała wyższe wyniki w pierwszym badaniu, a połowa – w drugim. W efekcie średnie wyniki testu i retestu nie różniły się istotnie (Jaworowska, Matczak 2001, ss. 33-35).

Trafność INTE oszacowano, obliczając korelacje między wynikami uzyskanymi w kwestionariuszu INTE a innymi testami, m.in. badającymi cechy takie jak lęk (mierzony STAI Spielbergera), aleksytymię (ALEX40 Maruszewskiego i Ścigały), kompetencje społeczne (KKS Matczak) potrzebę aprobaty społecznej (KAS Drwala i Wilczyńskiej) oraz pięć podstawowych cech osobowości (Inwentarz Osobowości NEO-FFI). Ponadto porównywano wyniki w teście INTE różnych grup badanych, co do których można było spodziewać się określonego (niskiego lub wysokiego) wyniku. Porównywano wyniki grup osób, wykonujących różne zawody (księży, lekarzy, psychologów, pielęgniarek, policjantów, a także grup studentów różnych kierunków studiów, wśród których można było spodziewać się wysokiej inteligencji emocjonalnej (wydział aktorski AT, instrumentalny AM), bądź

niższej inteligencji emocjonalnej (wydział ekonomii UW, wydział elektryczny PW). Porównywano także wyniki pacjentów z depresją z grupą kontrolną zdrowych osób oraz wyniki nieszczęśliwych mężatek, pacjentek poradni małżeńskiej, z grupą kontrolną kobiet deklarujących zadowolenie z małżeństwa. Badano także związek między wynikami INTE a pozycją socjometryczną. Przeprowadzone badania walidacyjne wykazały, że wyniki w INTE:

- korelują z cechami osobowości:
  - dodatnio: z ekstrawersją, otwartością na doświadczenie, sumiennością i potrzebą aprobaty społecznej;
  - ujemnie: z lękiem, neurotycznością i aleksytymią
- korelują z cechami temperamentu:
  - dodatnio ze żwawością, aktywnością i w mniejszym stopniu z wrażliwością sensoryczną;
  - ujemnie z reaktywnością;
- korelują dodatnio z kompetencjami społecznymi
- korelują dodatnio z ciepłem emocjonalnym, przejawianym przez matki wobec dzieci
- różnicują osoby o odmiennej pozycji socjometrycznej (wyższe wyniki uzyskują osoby o wyższej pozycji);
- różnicują grupy zawodowe i kierunki studiów (wyższe wyniki w INTE uzyskują osoby wykonujące prace – a w przypadku uczniów i studentów – przygotowujące się do wykonywania prac – których istotnym elementem są kontakty z ludźmi);
- są obniżone u pacjentów depresyjnych;
- są podwyższone u kobiet szczęśliwych w małżeństwie;
- wiążą się z poziomem wykształcenia (wyższe wyniki uzyskują osoby z wyższym wykształceniem);
- wiążą się z płcią (kobiety uzyskują wyższe wyniki niż mężczyźni).

Nie stwierdzono natomiast wzrastania wyników w INTE wraz z wiekiem, ani ich związku z inteligencją. Dane na temat związku wyników w INTE z osiągnięciami szkolnymi okazały się niejednoznaczne. Zdaniem auterek polskiej adaptacji testu, uzyskane wyniki przemawiają za trafnością tego narzędzia (Jaworowska, Matczak 2001, ss. 37-55). Uznały one, że wyniki analiz czynnikowych, przeprowadzonych na grupach normalizacyjnych dowiodły zgodności testu z koncepcją Saloveya i Mayera, leżącą u podstaw jego konstrukcji. Autorki rekomendują wykorzystywanie testu zarówno do celów badawczych, jak i do indywidualnej diagnozy. Uważają także, że wyniki INTE w stosunkowo niewielkim stopniu obciążone są zmienną aprobaty społecznej, mimo czytelności i "otwartości" większości pytań dla osoby badanej (Jaworowska, Matczak 2001, s. 63).

## 2.5. Kwestionariusz Kompetencji Społecznych

Mierzona tradycyjnymi testami inteligencja "akademicka" nie wystarcza do przewidywania osiągnięć człowieka, a zwłaszcza sukcesów pozaszkolnych. Tworzone przez badaczy pojęcia, które miały wyjaśniać wyznaczniki efektywności funkcjonowania jednostki, to pojęcia takie jak *inteligencja społeczna*, *zdolności społeczne*, *zdolności interpersonalne*, *inteligencja emocjonalna*, *kompetencja emocjonalna* i *kompetencja społeczna*. Istota kompetencji społecznej polega, zdaniem Matczak, na umiejętności godzenia własnych interesów i interesami społecznymi i radzeniu sobie z rozbieżnością między indywidualnie i społecznie ważnymi celami (Matczak 2001, s. 5).

Matczak uważa, że istnieje wiele konkretnych, elementarnych i złożonych, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych, które nie tworzą hierarchicznej struktury, w

związku z czym należy mówić raczej o "kompetencjach społecznych" (używając liczby mnogiej). Kompetencje społeczne, mierzone skonstruowanym przez nią Kwestionariuszem Kompetencji Społecznych (KKS), rozumiane są jako **złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonego typu sytuacjach społecznych, nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego** (Maczak 2001, s. 7).

Skonstruowany przez Maczak kwestionariusz KKS jest narzędziem samoopisowym, w którym osoba badana ma ocenić, jak poradziłaby sobie w różnego rodzaju sytuacjach życiowych, wymagających określonych umiejętności społecznych. Wyodrębniono w nim 3 typy sytuacji:

- kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych (I), tj. w bliskich kontaktach interpersonalnych, związanych z daleko idącym ujawnianiem się partnerów, jak np. zwierzenie się z osobistych problemów czy wysłuchiwanie tego rodzaju zwierzeń;
- kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej (ES), tj. w sytuacjach związanych z byciem w centrum uwagi i potencjalnej oceny ze strony wielu osób;
- kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności (A), tj. wymagających umiejętności realizowania własnych celów czy potrzeb poprzez wywieranie wpływu na innych lub opieranie się wpływowi innych).

Wymienionym wyżej typom sytuacji odpowiadają trzy podskale KKS (Maczak 2001, s. 7).

### 2.5.1 Własności psychometryczne KKS

Zgodność wewnętrzną poszczególnych skal KKS, mierzona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, jest wysoka. W różnych grupach badanych współczynniki alfa Cronbacha na ogół przekraczały wartość 0,80. Wyjątek stanowiła skala I, u kobiet jej zgodność wynosiła 0,74-0,80, u mężczyzn w jednej z grup współczynnik alfa wyniósł poniżej 0,80. Natomiast zgodność wewnętrzną wyniku ogólnego KKS w badanych grupach wyniosła 0,93-0,95, a więc była wysoka (Maczak 2001, s. 16).

Stabilność bezwzględną kwestionariusza KKS badano stosując go dwukrotnie wobec tych samych grup osób po 3-4 tygodniach. Współczynniki korelacji między dwoma pomiarami wyniosły dla podskal KKS 0,71-0,90, a dla wyniku ogólnego 0,83-0,90, potwierdzając dobrą rzetelność narzędzia (Maczak 2001, ss. 16-17).

Trafność kwestionariusza KKS sprawdzono, przeprowadzając cały szereg badań wielu różnych grup, co do których można było spodziewać się, że będą różniły się od siebie w określony sposób w zakresie kompetencji społecznych, a także badając korelacje wyników uzyskanych w KKS z wynikami innych testów, mierzącymi właściwość i cechy, które teoretycznie powinny wykazywać pewne związki z kompetencjami społecznymi.

Większość uzyskanych wyników była zgodna z oczekiwaniami, sformułowanymi na podstawie przyjętej koncepcji kompetencji społecznych, co potwierdziło trafność narzędzia. Okazało się, że kompetencje społeczne mierzone KKS są związane z intensywnością treningu społecznego (zarówno naturalnego, jak i dostarczanego za pomocą specjalnych oddziaływań – np. szkoleń rozwijających określone umiejętności społeczne). Wystąpiła także dodatnia korelacja między wynikami w KKS a takimi cechami temperamentu, jak zapotrzebowanie na stymulację, wydolność, aktywność, żwawość i ruchliwość, oraz ujemna korelacja z reaktywnością emocjonalną.

Stwierdzono także związek wyników KKS z wewnętrznym poczuciem kontroli, zadaniowym stylem reagowania na stres, pragmatyzmem (rozumianym jako aspekt obserwacyjnej samokontroli) oraz dyrektywnością w kontaktach społecznych. KKS koreluje także dodatnio z inteligencją społeczną i inteligencją emocjonalną, zaś ujemnie – z aleksytymią, rozumianą jako niezdolność do wglądu we własne emocje i wynikające stąd trudności w kontaktach z ludźmi.

Uzyskane wyniki potwierdziły też częściowo przypuszczenia związane z zakładanymi funkcjami regulacyjnymi kompetencji społecznych. Stwierdzono oczekiwane związki między wynikami w KKS a preferowanymi i rzeczywistymi kierunkami kształcenia oraz wykonywanymi zawodami: osoby wykonujące zawody, polegające na pracy z ludźmi i oddziaływaniu na nich wykazywały wyższe kompetencje społeczne. Ponadto wykazano dodatni związek kompetencji mierzonych KKS z pozycją socjometryczną uczniów w szkole, a ujemny z trudnościami w przystosowaniu.

Nie stwierdzono natomiast związków między wynikami KKS a inteligencją.

Różnice między płciami w wynikach KKS okazały się zgodne z oczekiwaniami i dotychczasowymi danymi: kobiety uzyskiwały nieco wyższe wyniki w skali I (mierzącej kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych), a mężczyźni w skali A (mierzącej kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności) (Matczak 2001, ss. 43-44).

Autorka twierdzi, że dodatni związek wyników w KKS z potrzebą aprobaty społecznej jest niewielki i uważa, że można mieć zaufanie do wiarygodności uzyskiwanych danych, mimo, że oparte są na samoocenie osób badanych (Matczak 2001, s. 17).

## **2.6. Kwestionariusz do Badania Kryzysu w Wartościowaniu**

Wartości, które człowiek ceni, pozostają w związku z rozwojem osobowości, jej dojrzałością, a także – ze zdrowiem psychicznym. System wartości wpływa na spostrzeganie i zapamiętywanie, zachowanie, ma znaczącą rolę w motywacji człowieka, a także ma wpływ na wyznaczone cele (Oleś 1998, s. 7).

**Wartości** są tym, co człowiek uznaje za dobre i ocenia pozytywnie, odczuwa jako przyjemne, do czego chce dążyć lub uważa, że dążyć powinien, co wybiera. **Wartościowanie** z kolei obejmuje wszystkie procesy (poznawcze, afektywne i motywacyjne) związane z przeżywaniem wartości. Na wartościowanie składają się: (a) wolny wybór, (b) spośród alternatywnych możliwości, (c) po rozważeniu konsekwencji każdej z nich, (d) pozytywnie oceniany przez samego wybierającego, (e) akceptowany przez innych ludzi, (f) zgodne z wyborem działanie, czyli realizacja wartości, (g) utrwalenie wzorca postępowania (Raths, Harmin i Kimon, za: Oleś 1998, s. 8).

Na każdym etapie wartościowania mogą pojawiać się problemy. Zazwyczaj polegają one na tym, że indywidualna hierarchia wartości nie jest na tyle ukształtowana i ustabilizowana, by mogła efektywnie pełnić funkcję zbioru kryteriów wyboru i oceny. W niektórych wypadkach mamy do czynienia z zagubieniem się osoby w świecie wartości – osoba taka ma trudności w ustaleniu, co jest cenne i godne zaangażowania, albo ma poczucie, że nie realizuje wartości, które uznaje za ważne. Ponadto występują konflikty między różnymi wartościami, zmiany ich znaczenia. Tymczasem rola wartości polega na tym, że stanowią one źródło poczucia

stabilności i ciągłości wśród wielu zmian, jakie zachodzą w życiu, wpływają na poczucie tożsamości oraz na wyznaczane cele i dążenia, a także mogą stanowić podstawę sensu życia.

Z tych powodów każda trudność lub problem występujący w procesie wartościowania może być przyczyną kryzysu emocjonalnego, przejawiającego się napięciem i niepokojem, a w niektórych wypadkach może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych czy nerwicy (Oleś 1998, ss. 8-9).

Kwestionariusz do Badania Kryzysu w Wartościowaniu (KKW) ma służyć do badania znaczenia systemu wartości w osobowości. Jest przeznaczony do badania trudności i zaburzeń w procesie wartościowania u osób zdrowych psychicznie od 15 roku życia (Oleś 1998, s. 5).

KKW posiada wyodrębnione 4 podskale:

- **Trudność uporządkowania systemu wartości w hierarchię** – badająca ewentualne wątpliwości co do wartości życiowych, trudność w określeniu głównej wartości w życiu, nieumiejętność uporządkowania wartości w hierarchię na skutek konfliktu wartości lub niewystarczającej refleksji nad wartościami; poszukiwanie wartości.
- **Poczucie zagubienia wartości** – mierząca poczucie zagubienia, utraty wartości, braku cenionych wartości i ideałów oraz wzorów życia jako standardów do realizacji, poczucie utraty znaczenia wartości, zagubienia ich uzasadnień, z czym łączy się poczucie zawodu, przekonanie o niewłaściwości wybieranych celów życiowych, zmiany w systemie wartości, przewartościowania.
- **Dezintegracja wartościowania** – badająca motywację do realizacji wartości i celów; wysoki wynik w tej skali oznacza małą wytrwałość i obniżoną emocjonalną akceptację wartości, rozbieżność między wartościami uznawanymi, odczuwanymi i motywacją do ich realizacji, brak satysfakcji z posiadanego systemu wartości i dokonywanych ocen i wyborów; postępowanie spostrzegane jest subiektywnie jako przypadkowe i w małym stopniu związane z systemem wartości.
- **Poczucie niezrealizowania wartości** – mierząca stopień, w jakim jednostka czuje, że nie realizuje uznawanych przez siebie wartości; wysoki wynik wskazuje na postępowanie niezgodne z systemem wartości, moc regulacyjną wartości jest zbyt mała, występuje poczucie niespełnienia ważnych zadań życiowych, bycia nie na swoim miejscu, może występować poczucie winy i ocena własnego postępowania jako niewłaściwego.

Wynik ogólny w KKW informuje o obecności i stopniu nasilenia trudności lub zaburzeń w wartościowaniu. Osoby uzyskujące wysokie wyniki najczęściej odznaczają się podwyższonym poziomem niepokoju i pesymizmu, obniżoną samooceną i obniżonym poczuciem sensu życia oraz trudnościami w ustaleniu i realizacji celów życiowych. Wysoki wynik świadczy o tym, że system wartości jest mało uporządkowany, osoba badana przeżywa wątpliwości i konflikty dotyczące wartości, ma poczucie zagubienia lub odchodzenia od uznawanych wartości. Obniżona jest akceptacja wartości uprzednio cenionych. Występuje rozbieżność między wartościami uznawanymi a realizowanymi, obniżona motywacja do życia według systemu wartości, mała konsekwencja w realizacji celów życiowych, czemu towarzyszy niepokój i poczucie nieprzystosowania (Oleś 1998, ss. 48-49).

### 2.6.1. Własności psychometryczne KKW

Rzetelność KKW, obliczona metodą zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha) wynosi od 0,85 dla dorosłych mężczyzn i 0,86 dla młodzieży, 0,89 dla kobiet w średnim wieku i 0,91 dla

studentek. Rzetelność poszczególnych podskal jest niższa i wynosi, zależnie od grupy, od 0,57 do 0,81.

Stabilność KKW oszacowano, przeprowadzając dwa badania tej samej grupy osób w odstępie 2 tygodni. Współczynnik korelacji między dwoma pomiarami wyniósł 0,88, wykazując dobrą stabilność tego kwestionariusza (Oleś 1998, ss. 28-29).

Trafność kwestionariusza KKW oszacowano na podstawie korelacji wyników KKW z rezultatami badań za pomocą Skali Sensu Życia Crumbaugha i Maholicka, Skali Poczucia Beznadziejności Becka oraz wybranych czynników 16-Czynnikowego Kwestionariusza Osobowości Cattella. Badano także za pomocą KKW różne grupy osób, co do których można było spodziewać się, że w określony sposób będą różniły się wynikami: uczniów, studentów, dorosłych, pacjentów z nerwicą, studentki KUL oraz studentów psychologii, deklarujących, że aktualnie przeżywają (bądź nie przeżywają) kryzys wartości.

Wyniki okazały się zgodne z oczekiwaniami, jakie wynikały z teoretycznych podstaw konstrukcji KKW. Kryzys w wartościowaniu mierzony KKW korelował w wynikami w Skali Poczucia Sensu Życia, mierzącej poczucie sensu życia i frustrację egzystencjalną. Ponadto korelował także ze Skalą Poczucia Beznadziejności, mierzącą stosunek do przyszłości – pesymizm, a także z niepokojem i niską integracją osobowości, mierzoną kwestionariuszem Cattella.

Potwierdzeniem trafności KKW były też różnice wyników uzyskiwane przez różne grupy wiekowe. Zgodnie z oczekiwaniem, że trudności w wartościowaniu są charakterystyczne dla kryzysu adolescencyjnego, wyniki młodzieży okazały się wyższe od wyników osób dorosłych. Wyjątkiem od tej prawidłowości były jednak wyniki osób dorosłych leczących się z powodu nerwicy. Zgodnie z teoretycznymi przesłankami należało oczekiwać, że problemy nerwicowe obejmują również konflikty wartości, niespójność postaw wartościujących, czy trudności w realizacji wartości. Rezultaty empiryczne okazały się z tym zgodne: osoby z nerwicą uzyskiwały istotnie wyższy wynik od osób zdrowych, najwyższy wśród grup podawanych przez autora testu (Oleś 1998, ss. 18-20).

Ponadto studenci psychologii, którzy zostali zaznajomieni z pojęciem kryzysu w wartościowaniu, a następnie deklarowali, czy aktualnie przeżywają taki kryzys i wypełniali KKW, różnili się istotnie między sobą: ci, którzy deklarowali przeżywanie kryzysu w wartościowaniu uzyskiwali istotnie wyższe wyniki ( $p < 0,001$ ) od tych, którzy twierdzili, że takiego kryzysu nie przeżywają (Oleś 1998, s. 21).

Zdaniem autora, KKW jest przeznaczony do celów badawczych. Autor uważa, że stosując KKW w badaniach osób z zaburzeniami psychicznymi lub z zaburzeniami osobowości, można uzyskać informacje, w jakim stopniu problemy jednostki związane są ze sferą wartości (Oleś 1998, s. 5).

Kwestionariusz posiada normy stenowe i centylowe dla wyniku ogólnego oraz normy opisowe dla poszczególnych podskal. Normy opisowe dla podskal KKW obejmują 4 kategorie: wyniki bardzo wysokie, wysokie, średnie oraz niskie.



## **Rozdział III. Monitorowanie efektywności terapii odwykowej w OTU "Monar" w latach 2003-2011**

### **1. Organizacja i zakres monitorowania**

Monitorowanie efektywności terapii odwykowej w Oddziale Terapii Uzależnień "Monar" przy ul. Marywilskiej 44 A w Warszawie prowadzone jest od początku istnienia Oddziału, tj. od 1 października 2003 do chwili bieżącej. Na potrzeby niniejszej pracy przeanalizowano dane obejmujące pierwszy 1000 pacjentów, tj. od pierwszej grupy pacjentów, którzy rozpoczęli terapię w październiku 2003 roku do 1000-ej pacjentki, przyjętej do terapii 14 marca 2011 roku.

Wśród osób przyjętych do terapii w tym czasie znalazło się 932 mężczyzn i 68 kobiet.

Standardową procedurą w Oddziale jest dwukrotne badanie każdego pacjenta kwestionariuszem SCL-90, przy przyjęciu do terapii i przy jej zakończeniu. Wyniki badania wpisywane są do historii choroby.

Po zakończeniu terapii zbierane są informacje o losach absolwentów pół roku, 1 rok po i 2 lata po zakończeniu terapii. Zakres zbieranych informacji o każdym z absolwentów obejmuje kontakty z alkoholem, źródła utrzymania i miejsce zamieszkania. Informacje te uzyskiwane są podczas comiesięcznych zjazdów absolwentów, w trakcie których absolwenci podpisują listę obecności i wpisują dane o sobie w odpowiednich rubrykach. Udzielają także informacji o swoich kolegach, którzy powrócili do picia. Zebrane w ten sposób dane wpisywane są do komputerowej bazy danych, zaś listy obecności z kolejnych zjazdów przechowywane są w Oddziale.

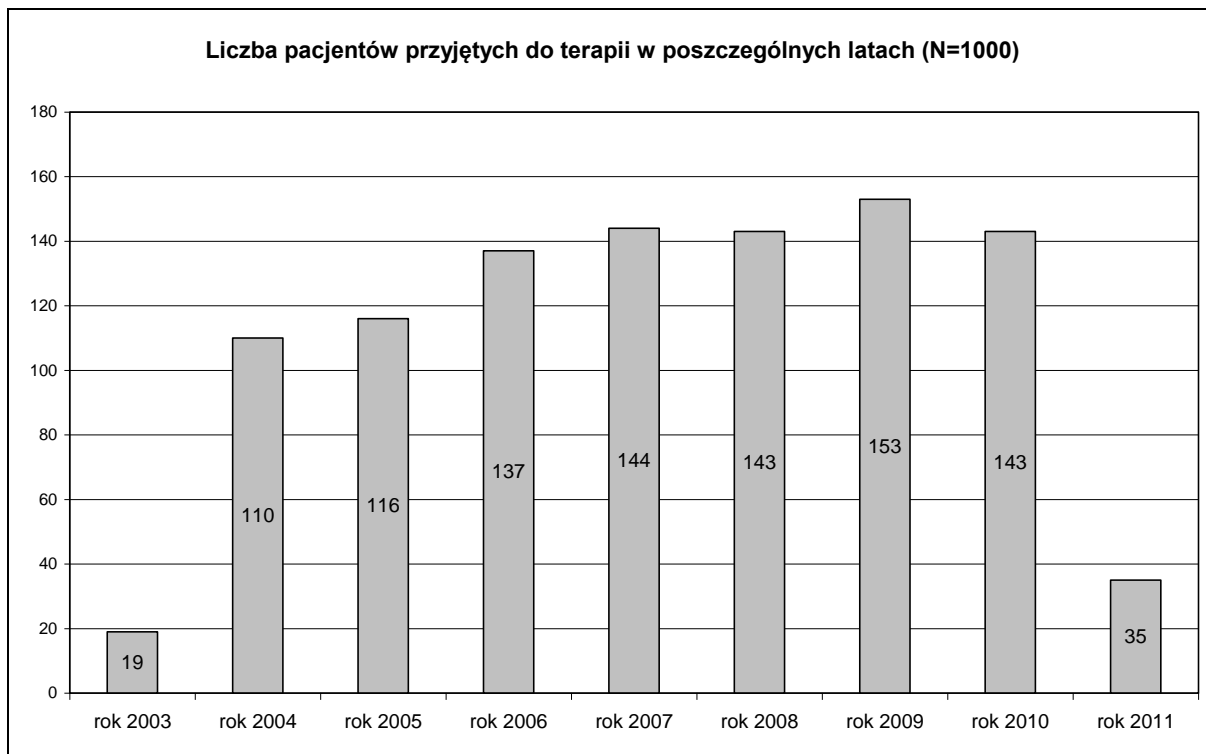
W trakcie zjazdów część absolwentów obchodzi uroczyste kolejne rocznice abstynencji, zgodnie z tradycją AA zdmuchując odpowiednią liczbę świeczek z okolicznościowych tortów. Niekiedy na zjazdach pojawiają się także absolwenci, którzy mają tyle lat abstynencji, ile lat istnieje Oddział, jednakże prowadzone w Oddziale i przedstawiane w niniejszej pracy statystyki obejmują tylko pierwsze 2 lata po ukończeniu terapii.

Przedstawione w niniejszej pracy wyniki obejmują dane o dalszych losach pacjentów, którzy ukończyli terapię, zebrane do dnia 10 października 2011 roku. W tym czasie, spośród 1000 przyjętych, ukończyły terapię 534 osoby i dla takiej samej liczby osób upłynęło przynajmniej pół roku od chwili ukończenia terapii. Dla 470 osób upłynął już co najmniej 1 rok od chwili ukończenia terapii, zaś dla 378 osób upłynęło co najmniej 2 lata od dnia ukończenia terapii.

## 2. Zestawienie liczby pacjentów przyjętych do terapii i kończących ją w kolejnych latach

Wykres 1.

Liczba pacjentów przyjętych do terapii w kolejnych latach (N=1000)

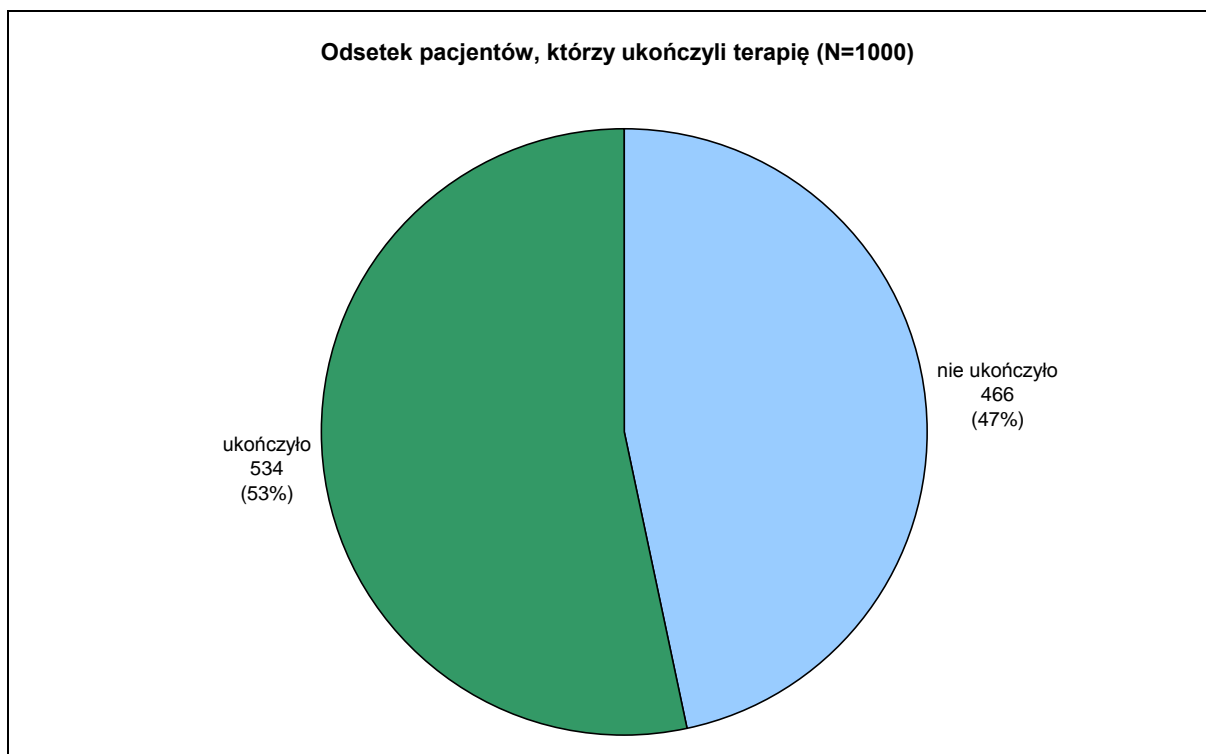


Jak widać na powyższym wykresie, najmniej pacjentów przyjęto w pierwszym roku funkcjonowania Oddziału, kiedy to pracowano ze stałą grupą pacjentów przez 4 miesiące. W kolejnych latach, gdy wprowadzono grupy rotacyjne, liczba przyjętych w każdym roku wahała się od 110 do 153.

Ponieważ prezentowane badania obejmują pierwszy 1000 pacjentów, w ostatnim, 2011 roku uwzględniono tylko 35 osób (do tysięcznej pacjentki, przyjętej w marcu 2011). Niemniej pełna liczba osób przyjętych do terapii całym roku 2011 jest oczywiście wyższa.

## Wykres 2.

### Odsetek pacjentów, którzy ukończyli terapię (N=1000)



Jak widać na powyższym wykresie, 53% bezdomnych osób uzależnionych od alkoholu ukończyło program leczenia. Pozostałe osoby przerwały leczenie przed jego ukończeniem.

Z badań przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, których celem była ocena systemu leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych w Polsce, wynika, że już na początku leczenia z programów wypada około 20% pacjentów, a kończy program mniej niż 50% pacjentów (Moskalewicz, Sierosławski, Dąbrowska 2006).

Z danych zebranych przez PARPA wynika, że w latach 2005-2006 niespełna co trzeci zarejestrowany pacjent uzależniony od alkoholu rozpoczął podstawowy program terapii uzależnienia (71% w całodobowych oddziałach terapeutycznych, 67% w dziennych oddziałach terapii, 24% w poradniach odwykowych). Podstawowy program terapii ukończyło 60% pacjentów, którzy go rozpoczęli (18% wszystkich zarejestrowanych), przy czym w poradniach i oddziałach dziennych odsetek pacjentów kończących podstawowy program terapii był niższy (ok. 51%), niż w całodobowych oddziałach terapii (blisko 82%) (Fudała 2007, s. 42).

Wśród placówek objętych programem badawczym Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików (APETA), prowadzonego przez Instytut Psychologii Zdrowia, podstawowy program terapii kończyło 62% pacjentów. Odsetek ten obejmuje łącznie placówki stacjonarne (oddziały) i ambulatoryjne (poradnie), jednakże w poradniach odsetek osób, które dotrwały do końca terapii był nieco niższy i wynosił 55%. Natomiast na stacjonarnych oddziałach odwykowych do końca terapii utrzymywało się 69% pacjentów (Kucińska., Mellibruda 1997, s. 374).

Jednakże, gdy z danych programu badawczego APETA wyodrębniono podgrupę bezdomnych alkoholików i porównano ją do pozostałych pacjentów lecznictwa odwykowego, okazało się, że 60% bezdomnych pacjentów trafia do leczenia późną jesienią i zimą, a także, że bezdomni pacjenci częściej niż pozostali alkoholicy przerywają terapię przed jej ukończeniem (Nikodemka, 2000).

W porównaniu z typowymi oddziałami odwykowymi dla alkoholików, posiadającymi domy i objętymi ubezpieczeniem NFZ, wypadalność bezdomnych alkoholików z terapii na oddziale OTU "Monar" jest więc stosunkowo wyższa.

Podobna wypadalność jak OTU "Monar" w Warszawie charakteryzuje natomiast monarowski oddział terapii uzależnień dla bezdomnych alkoholików w Krakowie. W roku 2005 terapię uzależnienia podjęło tam 117 pacjentów (w tym 5 kobiet), zaś ukończyło ją 49 pacjentów (w tym 2 kobiety). Oznacza to, że terapię ukończyło 42% pacjentów (Sprawozdanie merytoryczne Stowarzyszenia "Monar" za rok 2005, s. 17). Może to oznaczać, że wypadalność z oddziału leczenia uzależnień na poziomie 50-60% jest typowa dla bezdomnych alkoholików.

Zjawisko to można wyjaśnić kilkoma przyczynami. Po pierwsze, do OTU "Monar" trafiają nieubezpieczeni, najbardziej zdegradowani i zaburzeni pacjenci, w porównaniu do innych oddziałów, gdzie leczą się osoby ubezpieczone w NFZ. Po drugie, do OTU "Monar" pacjenci przyjmowani są niemal natychmiast, często bezpośrednio z oddziału detoksykacyjnego, gdzie byli motywowani do terapii odwykowej. Jest to zgodne z teoretycznym założeniem, że alkoholik, który zdecydował się na podjęcie leczenia, powinien być przyjmowany na leczenie niezwłocznie, zanim jego motywacja osłabnie. Tymczasem czas oczekiwania na przyjęcie do wielu oddziałów odwykowych wynosi niejednokrotnie aż kilka miesięcy. Sprawia to, że w praktyce na inne oddziały odwykowe trafiają najbardziej zmotywowani pacjenci, którzy potrafią przez kilka miesięcy wytrwać w postanowieniu podjęcia leczenia i w dodatku niejednokrotnie potrafią w tym czasie sami utrzymywać abstynencję. Takie zadanie najprawdopodobniej przerosłoby możliwości zdecydowanej większości pacjentów OTU "Monar", pijących wielomiesięcznymi ciągami, z krótkimi przerwami na podreperowanie zdrowia. Dla wielu z nich nawet jeden miesiąc abstynencji niejednokrotnie bywa wydarzeniem, którego nie pamiętają już od lat. Po trzecie – dyscyplina panująca na Oddziale, poważne traktowanie regulaminu Oddziału przez personel i karanie za jego naruszanie, częste sprawdzanie stanu trzeźwości alkomatem i zadawanie wielu prac domowych, wymusza decyzję o zaangażowaniu się w terapię – lub przeciwnie, rezygnację z terapii. W efekcie te osoby, które chciały jedynie przeczekać bez podejmowania wysiłku pracy nad sobą częściej rezygnowały z leczenia przed jego ukończeniem – chyba, że w trakcie terapii nabrały motywacji do zmiany. Po czwarte – program odwykowy w OTU "Monar" należał do najdłuższych w Polsce (17 tygodni do końca roku 2008), podczas gdy w zwykłych oddziałach odwykowych czas leczenia wynosił zaledwie 6-8 tygodni. Im dłużej zaś trwa program leczenia, tym trudniej jest udawać zaangażowanie w pracę nad sobą przed terapeutami, grupą terapeutyczną i przed samym sobą; trzeba wówczas albo na serio zaangażować się w leczenie, albo z niego zrezygnować.

Adameczyk, opisując motywację do terapii odwykowej uzależnionych bezdomnych, podopiecznych Schroniska im Św. Brata Alberta w Szczodrem stwierdza:

*(...) "Motywacja" do leczenia może wynikać z chęci przetrwania w Schronisku trudnego okresu zimowego. (...) Zetknąłem się wielokrotnie z komentarzem, że ten czy*

*ów pojechał na leczenie, bo tam przez sześć tygodni będzie mieszkał w ciepłe, będzie miał wyżywienie i opiekę lekarską, zlecone przez terapeutów prace do pisania (w ramach Osobistego Planu Terapii) nie są wcale takie trudne, zawsze można liczyć na pomoc innego pacjenta. Życiorysy są podobne, można więc kogoś naśladować (Adamczyk 2007).*

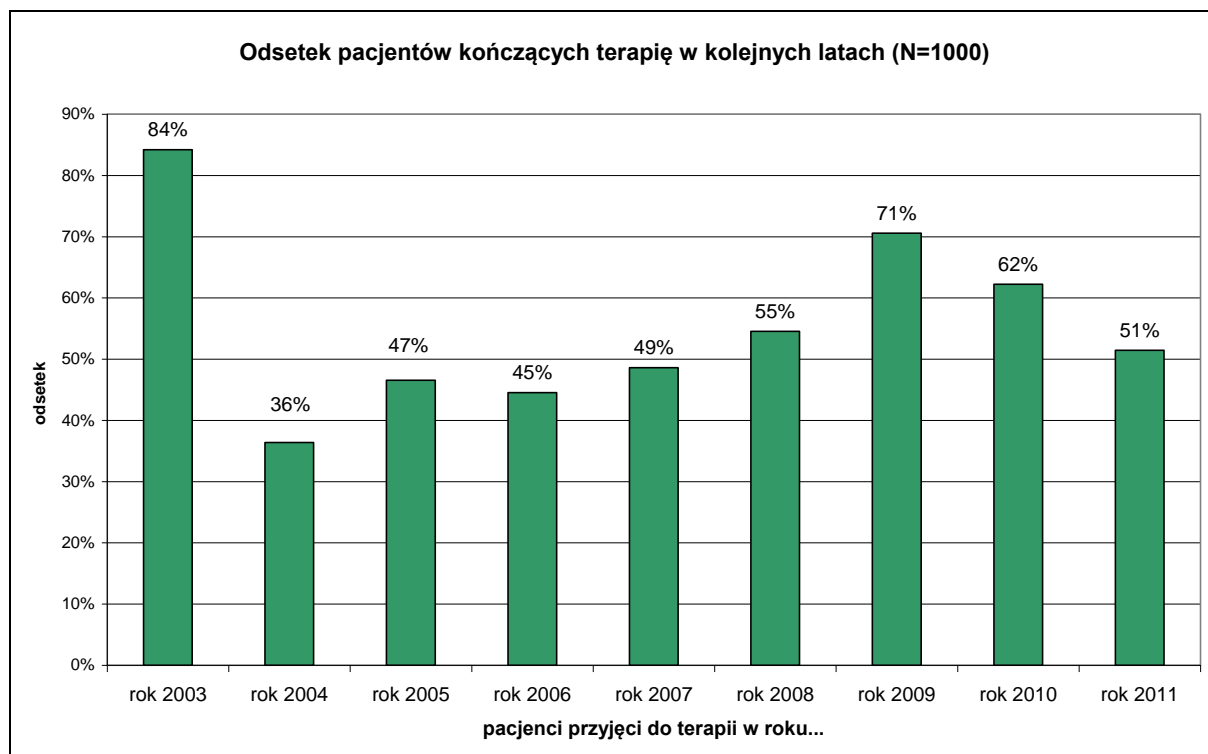
Bardzo podobne spostrzeżenia mieli Fudała, Głowik i Witek co do motywacji pacjentów więziennych oddziałów odwykowych, podejmujących terapię uzależnienia od alkoholu w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności:

*Podejmują leczenie z chęci poprawienia sobie warunków odbywania kary, w nadziei na uzyskanie wcześniejszego warunkowego zwolnienia. Czasami zgłaszają się w wyniku nacisku rodziny lub administracji więziennej, uzależniającej decyzje penitencjarne – na przykład o udzieleniu przepustki – od ukończenia leczenia odwykowego. Czasami potrzeba leczenia wynika z innych pobudek: ponieważ piją, są odsuwani przez swoje środowisko od poważnych planów przestępczych, nie można na nich liczyć, są nieprzewidywalni w swoich zachowaniach, zatem zbyt ryzykowni. Czują się odrzuceni i mniej sprawni w przestępczym "zawodzie". Koniecznym kierunkiem pracy staje się w tej sytuacji przebudowa motywacji pacjentów z "nie pić, żeby być bardziej sprawnym przestępcą" na "nie pić, żeby zmienić swoje dotychczasowe życie". Zdarzają się również pacjenci (przeważnie starsi) z głębokim przekonaniem, że zmarnowali swoje dotychczasowe życie, że nie mają w nikim oparcia, nie mają w życiu żadnych realnych osiągnięć, oczekujący pomocy i gotowi do zmiany (Fudała, Głowik, Witek 1997).*

Wypadanie z terapii przed jej ukończeniem nie jest jednak zjawiskiem dotyczącym wyłącznie alkoholików. Jak pisze Cooper (2010), powołując się na badania Wierzbickiego i Pekarnika, mniej więcej połowa wszystkich klientów psychoterapii (a więc także zgłaszających się z powodu nerwic, depresji i innych problemów) rezygnuje z leczenia przed jego ukończeniem, przy czym aż 20-57% pacjentów ambulatoryjnych wycofuje się po pierwszej sesji. Powodem rezygnacji może być niezadowolenie z terapeuty i czynionych postępów, ale także brak pieniędzy lub czasu, bądź uznanie przez klienta, że jego problemy złagodniały (Cooper 2010).

### Wykres 3.

#### Odsetek pacjentów kończących terapię w kolejnych latach (N=1000)



Jak widać na powyższym wykresie, największy odsetek osób kończących terapię odnotowano w roku 2003. W tym roku przyjęto do terapii 19 osób, które tworzyły grupę terapeutyczną o stałym składzie, tj. spotykały się w tym samym gronie od początku do końca terapii (za wyjątkiem 3 osób, które przerwały terapię przed jej ukończeniem). W kolejnych latach grupa terapeutyczna miała już jednak charakter rotacyjny – niemal każdego tygodnia do grupy wchodziłi nowi pacjenci, zaś żegnali się z grupą ci, którzy przeszli cały cykl zajęć. Może to oznaczać, że stały skład grupy terapeutycznej sprzyja wytworzeniu większego poczucia przynależności do grupy wśród jej uczestników, a w rezultacie – mniejszej skłonności do przerywania terapii przed jej ukończeniem. Jeśli to zjawisko zostałoby potwierdzone w innych badaniach, należałoby tam, gdzie jest to możliwe – organizować grupy terapeutyczne o stałym składzie.

Do roku 2008 włącznie program leczenia trwał 4 miesiące. W roku 2009 (z powodów formalnych leżących po stronie NFZ) skrócono program do 3 miesięcy. Zrezygnowano wówczas z części zajęć, uznanych przez zespół terapeutyczny za mniej ważne dla procesu leczenia, inne zaś prowadzono w krótszym czasie. Zwiększono wymagania od pacjentów, którzy mieli odtąd mniej czasu na napisanie licznych prac pisemnych (liczba wymaganych prac do napisania nie zmieniła się istotnie).

### 3. Porównanie nasilenia objawów psychopatologicznych pacjentów, którzy ukończyli terapię, z tymi, którzy ją przerwali

Tabela 5.  
Nasilenie objawów psychopatologicznych pacjentów kończących terapię (N=534) vs przerywających terapię (N=441)

Porównanie nasilenia objawów psychopatologicznych na początku terapii dwóch podgrup pacjentów: tych, którzy ukończyli terapię (N=534) i tych, którzy ją przerwali (N=441)				
Skale SCL-90	Średnia ukończył	Średnia nie ukończył	N ważnych ukończył	N ważnych nie ukończył
somatyzacje	1,2	1,2	534	441
natręctwa	1,7	1,8	534	441
nadwrażliwość interpersonalna	1,5	1,5	534	441
depresja	1,7	1,7	534	440
lęk	1,5	1,6	534	441
wrogość	0,9	1,1	534	441
fobie	0,9	1,0	533	441
myślenie paranoidalne	1,6	1,7	534	440
psychotyczność	1,3	1,4	534	441

Jak widać w powyższej tabeli, pacjenci, którzy przerwali terapię, uzyskują wyższe wyniki pod względem nasilenia objawów psychopatologicznych przy przyjęciu do terapii, w porównaniu do tych pacjentów, którzy terapię ukończyli.

Ponieważ rozkłady wyników w badanych grupach nie były normalne, do porównania istotności różnic między dwoma podgrupami pacjentów (tych, którzy ukończyli terapię z tymi, którzy jej nie ukończyli) zastosowano test U-Manna-Whitneya.

Test U jest najmocniejszą, nieparametryczną alternatywą dla testu t dla prób niezależnych. W niektórych przypadkach może nawet wykazywać większą moc przy odrzucaniu hipotezy zerowej niż test t-Studenta (Poradnik statystyczny *Statistica*).

Uzyskane wyniki obrazuje poniższa tabela:

**Tabela 6.**  
**Oszacowanie istotności różnic testem U-Manna-Whitneya między pacjentami, którzy ukończyli terapię, a tymi, którzy ją przzerwali**

Oszacowanie istotności różnic testem U-Manna-Whitneya między pacjentami, którzy ukończyli terapię, a tymi, którzy ją przzerwali							
Skale SCL-90	Suma rang ukończył	Suma rang nie ukończył	U	Z	poziom p	N ważn. Ukoń.	N ważn. Nie uk.
Somatyzacje	257896,0	217904,0	115051,0	-0,61602	0,537881	534	441
<b>natręctwa<sup>6</sup></b>	251529,5	224270,5	108684,5	-2,07073	<b>0,038385</b>	534	441
nadwrażliwość interpersonalna	255034,5	220765,5	112189,5	-1,26986	0,204136	534	441
depresja	257184,5	217640,5	114339,5	-0,71877	0,472283	534	440
lęk	253596,0	222204,0	110751,0	-1,59855	0,109922	534	441
<b>wrogość</b>	242274,0	233526,0	99429,0	-4,18556	<b>0,000028</b>	534	441
fobie	254790,0	220035,0	112479,0	-1,15500	0,248092	533	441
<b>myślenie paranoidalne</b>	251402,5	223422,5	108557,5	-2,04210	<b>0,041142</b>	534	440
psychotyczność	257888,0	217912,0	115043,0	-0,61785	0,536675	534	441

Oszacowanie istotności statystycznej różnic między obiema podgrupami pacjentów pokazało, że pacjenci przerywający terapię przed jej ukończeniem wykazują na początku terapii istotnie wyższy poziom wrogości ( $p=0,000028$ ), a także, choć w mniejszym stopniu – natręctw ( $p=0,04$ ) i myślenia paranoidalnego ( $p=0,04$ ), w porównaniu do pacjentów, którzy terapię ukończyli.

<sup>6</sup> Kolorem czerwonym oznaczono różnice istotne statystycznie na poziomie istotności  $p<0,05$ .



#### **4. Efekty terapii odwykowej obserwowane bezpośrednio po jej zakończeniu**

Porównano wyniki 534 pacjentów, którzy ukończyli terapię, uzyskane przez nich na początku terapii i po jej zakończeniu. Zmiany zaobserwowane w tej grupie przedstawia poniższa tabela.

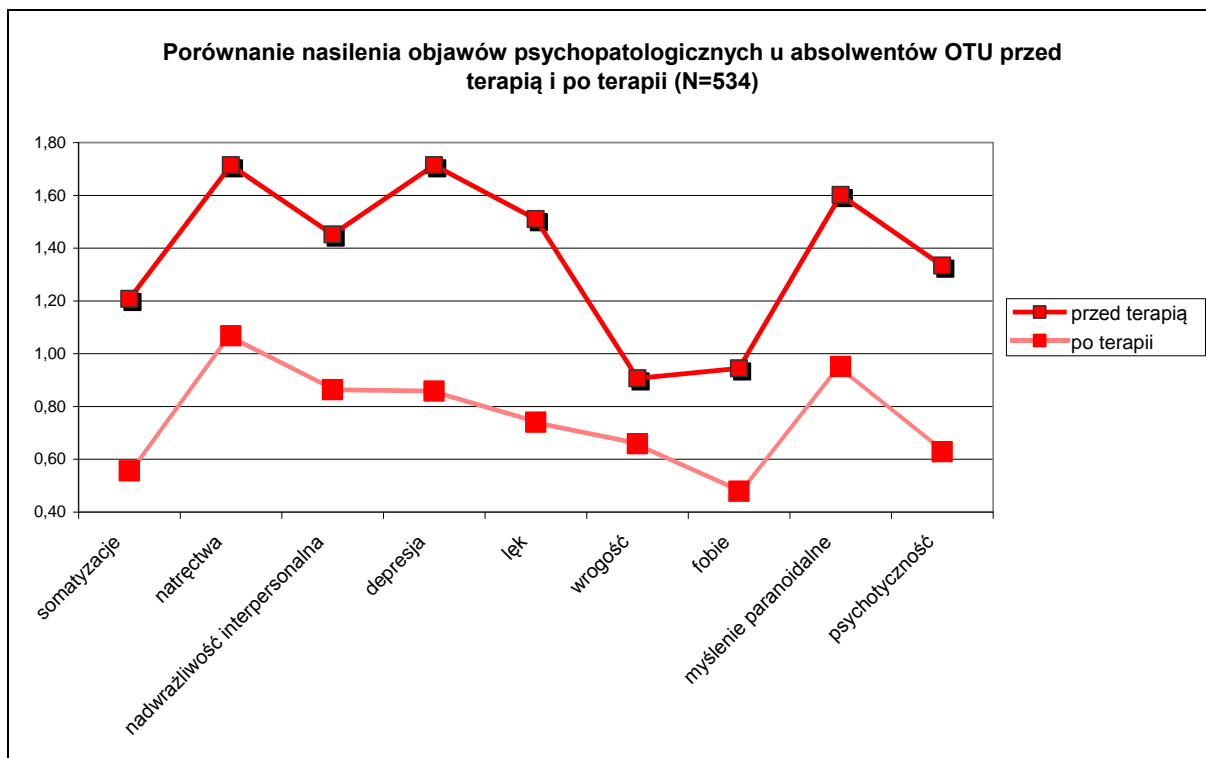
**Tabela 7.**  
**Zmiany w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych (N=534)**

<b>Porównanie dwóch pomiarów nasilenia objawów psychopatologicznych: na początku terapii i po jej zakończeniu, u pacjentów, którzy ukończyli terapię (N=534)</b>		
Skale SCL-90	Średnia przed terapią	Średnia po terapii
somatyzacje	1,2	0,6
natręctwa	1,7	1,1
nadwrażliwość interpersonalna	1,5	0,9
depresja	1,7	0,9
lęk	1,5	0,7
wrogość	0,9	0,7
fobie	1,0	0,5
myślenie paranoidalne	1,6	1,0
psychotyczność	1,3	0,6

Jak widać w powyższej tabeli, pacjenci, którzy ukończyli terapię, na koniec terapii przejawiali niższy poziom objawów psychopatologicznych w porównaniu do stanu na początku terapii. Zakres zmian obrazuje poniższy wykres:

**Wykres 4.**

**Porównanie nasilenia objawów psychopatologicznych u absolwentów OTU przed terapią i po terapii (N=534)**



Rozkłady wyników w poszczególnych skalach SCL-90 często nie były normalne. Wprawdzie zdarzało się niekiedy, że były normalne w jednym z pomiarów, lecz nie były już normalne w drugim. Z tego powodu, porównując oba uzyskane wyniki, z reguły nie można było zastosować parametrycznego testu t-Studenta.

W związku z powyższym, do oszacowania istotności różnic między pierwszym a drugim pomiarem badanych zmiennych, zastosowano nieparametryczny test kolejności par Wilcoxon. Za statystycznie istotne uznawano różnice na poziomie istotności  $p < 0,05$ . (Brzeziński 1996, ss. 267-278). W sytuacji, gdy spełnione są założenia dla parametrycznego testu t-Studenta dla prób zależnych, wówczas test Wilcoxon posiada moc zbliżoną do testu t (Poradnik statystyczny *Statistica*).

Poziom istotności różnicy między oboma pomiarami oszacowany za pomocą testu Wilcoxon obrazuje poniższa tabela:

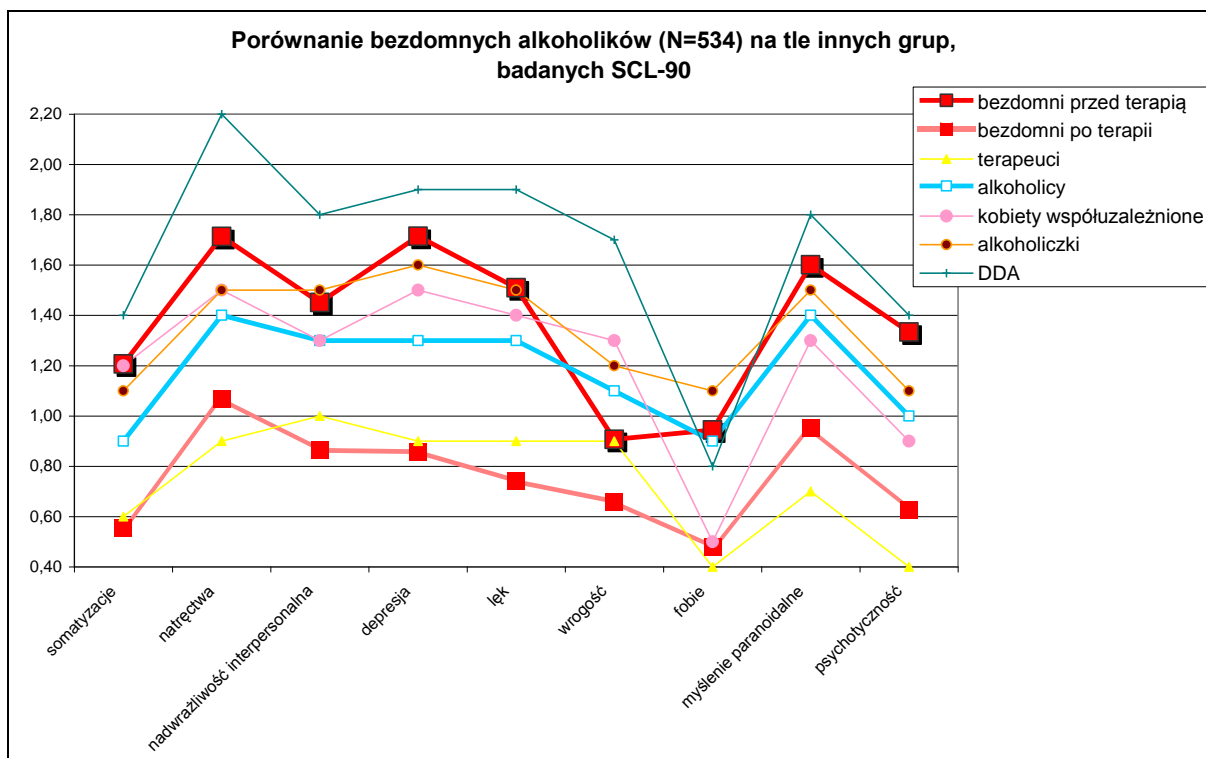
**Tabela 8.**  
**Oszacowanie istotności różnicy między dwoma pomiarami nasilenia objawów psychopatologicznych: przed terapią i po terapii**

Oszacowanie istotności różnicy między dwoma pomiarami nasilenia objawów psychopatologicznych: na początku terapii i po jej zakończeniu, za pomocą testu kolejności par Wilcozona				
Skale SCL-90	N ważnych	T	Z	poziom p
somatyzacje <sup>7</sup>	524	10103,00	16,01704	0,0000000000000000
natręctwa	524	13479,50	15,39404	0,0000000000000000
nadwrażliwość interpersonalna	524	16370,50	14,20594	0,0000000000000000
depresja	524	6015,000	17,78515	0,0000000000000000
lęk	524	7475,000	17,27060	0,0000000000000000
wrogość	524	32276,50	7,608082	0,00000000000002789
fobie	523	17444,00	12,97990	0,0000000000000000
myślenie paranoidalne	524	14582,00	14,73108	0,0000000000000000
psychotyczność	522	7224,500	17,13951	0,0000000000000000

Ponieważ braki danych usuwano przypadkami (z powodu błędnie wypełnionych kwestionariuszy na którymś z etapów badań), liczebność porównywanej grupy zmniejszyła się do 524, a w niektórych skalach do 523 lub 522 osób. W każdej skali SCL-90 różnica między dwoma pomiarami (przed terapią i po terapii) była statystycznie istotna na poziomie istotności  $p < 0,0000000000000000$ . Jest zatem nieprawdopodobne, by obserwowane zmiany były dziełem przypadku. **Można zatem przyjąć postawioną wcześniej hipotezę, że udział w terapii odwykowej prowadzi do znaczącego obniżenia poziomu objawów psychopatologicznych.**

<sup>7</sup> Kolorem czerwonym oznaczono różnice istotne statystycznie na poziomie istotności  $p < 0,05$ .

**Wykres 5.**  
**Porównanie bezdomnych alkoholików (N=534) do innych grup, badanych SCL-90**



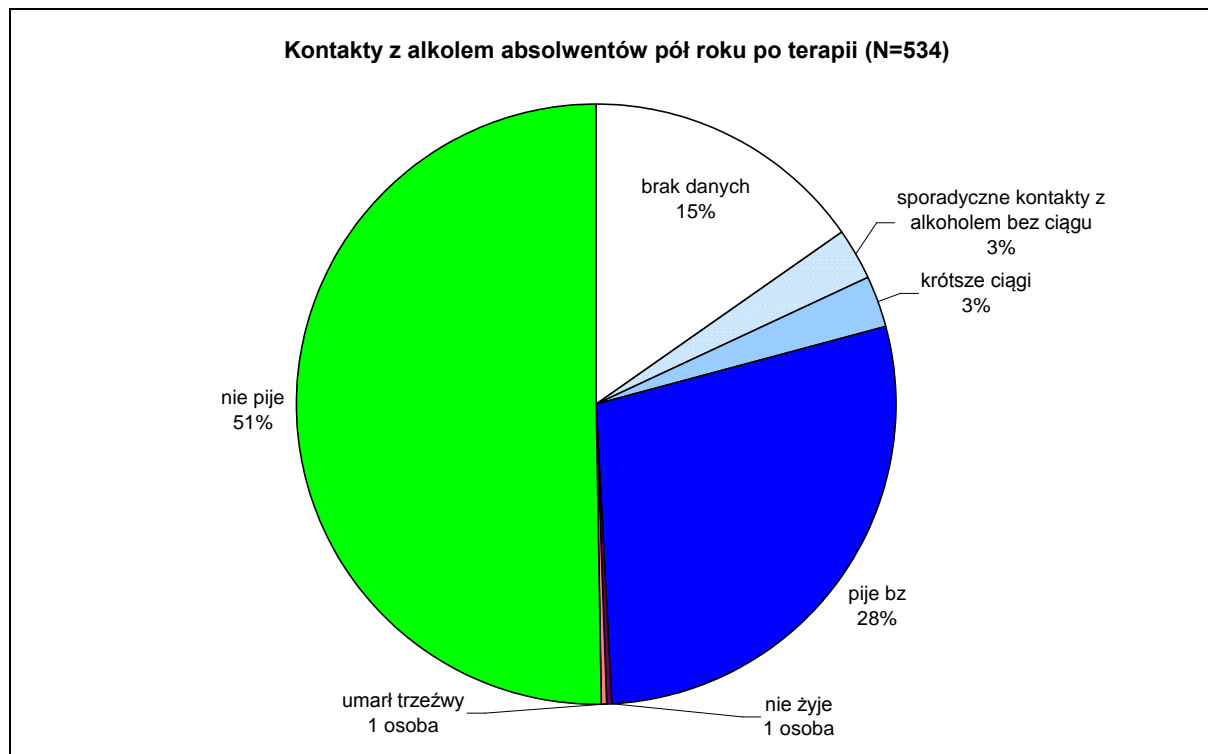
Powyższy wykres przedstawia zmiany nasilenia objawów psychopatologicznych pacjentów OTU na tle innych grup, badanych dotychczas kwestionariuszem SCL-90, w tym na tle alkoholików i alkoholiczek z innych placówek odwykowych (dokładniejszy opis przedstawionych na wykresie innych grup badanych, znajduje się w rozdziale II., podrozdziale 2.2.).

Jak widać na powyższym wykresie, wydaje się, że pacjenci OTU mieli przed terapią stosunkowo wysokie nasilenie objawów psychopatologicznych, w porównaniu do innych, badanych grup. Po terapii natomiast uzyskali stosunkowo niskie wyniki. Brak polskich norm dla kwestionariusza SCL-90 uniemożliwia jednak bardziej precyzyjne określenie, na ile wysokie są wyniki przed terapią oraz na ile niskie – po terapii.

## 5. Efekty terapii odwykowej obserwowane z odroczeniem

Wykres 6.

Kontakty z alkoholem absolwentów terapii pół roku po terapii (N=534)

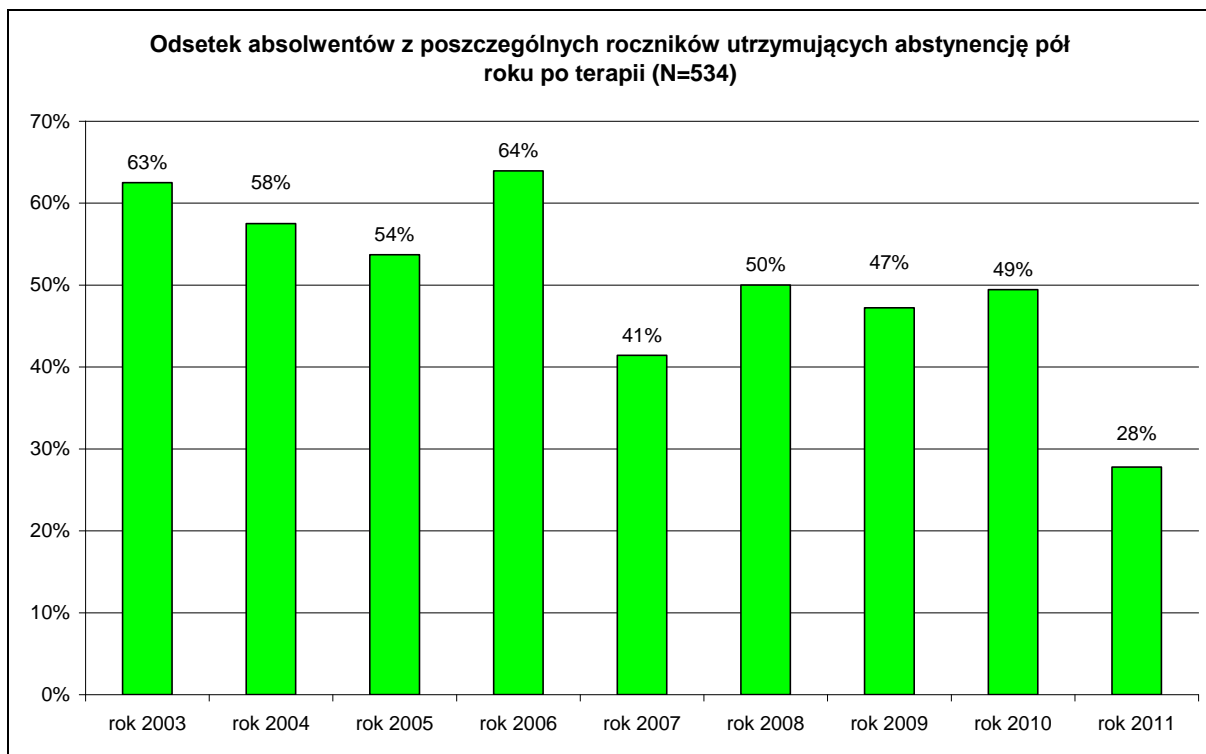


Jak widać na powyższym wykresie, aż 51% absolwentów terapii utrzymywało abstynencję pół roku po terapii (nieprzerwanie, od chwili zakończenia terapii). O 28% wiadomo, że wrócili do picia w sposób podobny lub gorszy niż przed terapią. W przypadku 3% ustalono, że mieli sporadyczne kontakty z alkoholem, bez ciągu, zaś w przypadku kolejnych 3% - że pili ciągami rzadszymi i krótszymi niż przed terapią. O jednej osobie wiadomo, że zmarła bez złamania abstynencji, zaś o innej – że zmarła po powrocie do picia.

W przypadku 15% absolwentów brak o nich jakichkolwiek danych. Zapewne wielu z nich wróciło do picia. Można spodziewać się jednak, że przynajmniej część spośród nich utrzymuje abstynencję.

### Wykres 7

#### Odsetek absolwentów z poszczególnych roczników, utrzymujących abstynencję pół roku po terapii (N=534)

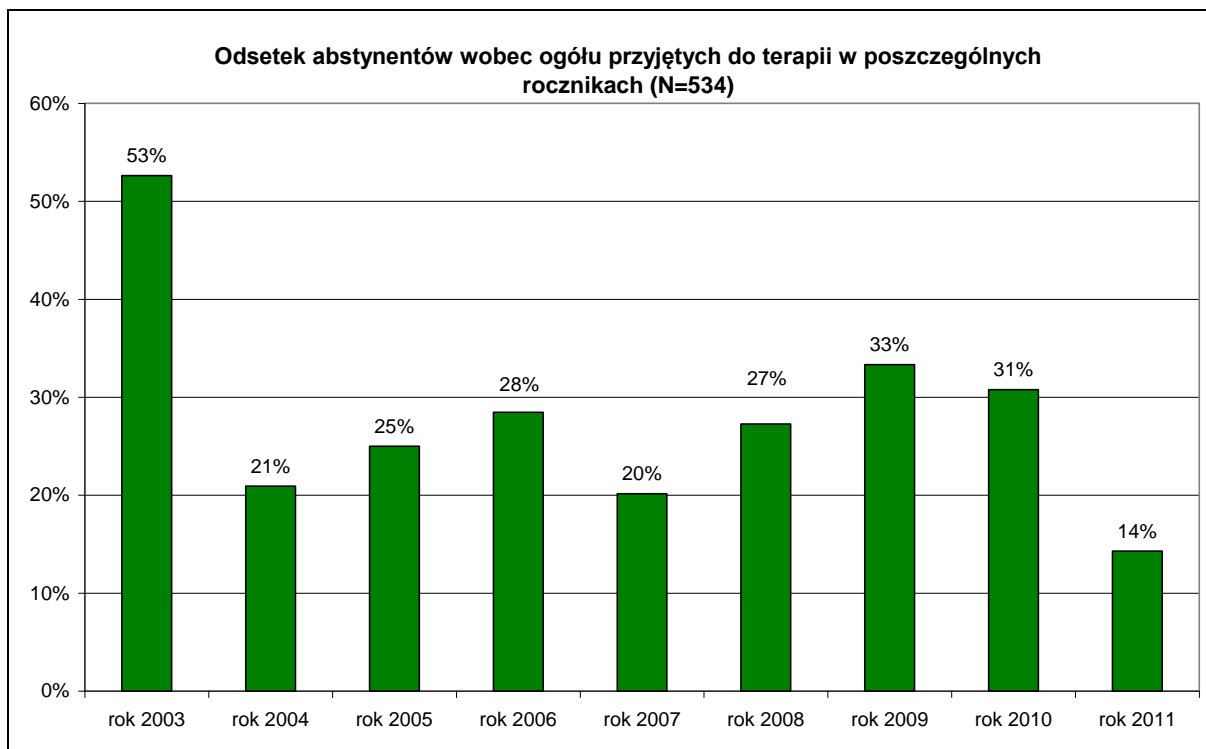


Powyższy wykres obrazuje odsetek abstynentów pół roku po terapii z kolejnych roczników. Najwyższy odsetek abstynentów odnotowano w roku 2006 i 2003, gdy odsetek abstynentów wśród absolwentów wyniósł odpowiednio 64 i 63%. Jednakże wniosek, że w tych latach Oddział pracował najbardziej skutecznie, okazuje się pochopny, jeśli weźmiemy pod uwagę wypadalność z terapii w poszczególnych latach (uwidocznioną na wykresie 3). Łatwiej bowiem uzyskać wysoki odsetek abstynentów wśród absolwentów terapii, jeśli w danym roczniku wypada z terapii większość pacjentów, a wśród nich przede wszystkim ci, którzy rokują najslabiej.

Obraz efektywności leczenia w poszczególnych latach jednak zmienia się nieco, jeśli weźmiemy pod uwagę wypadalność i sprawdzimy, jaki odsetek absolwentów utrzymuje abstynencję pół roku po terapii w stosunku do ogółu pacjentów przyjętych do leczenia w danym roku, co obrazuje wykres 8.

### Wykres 8.

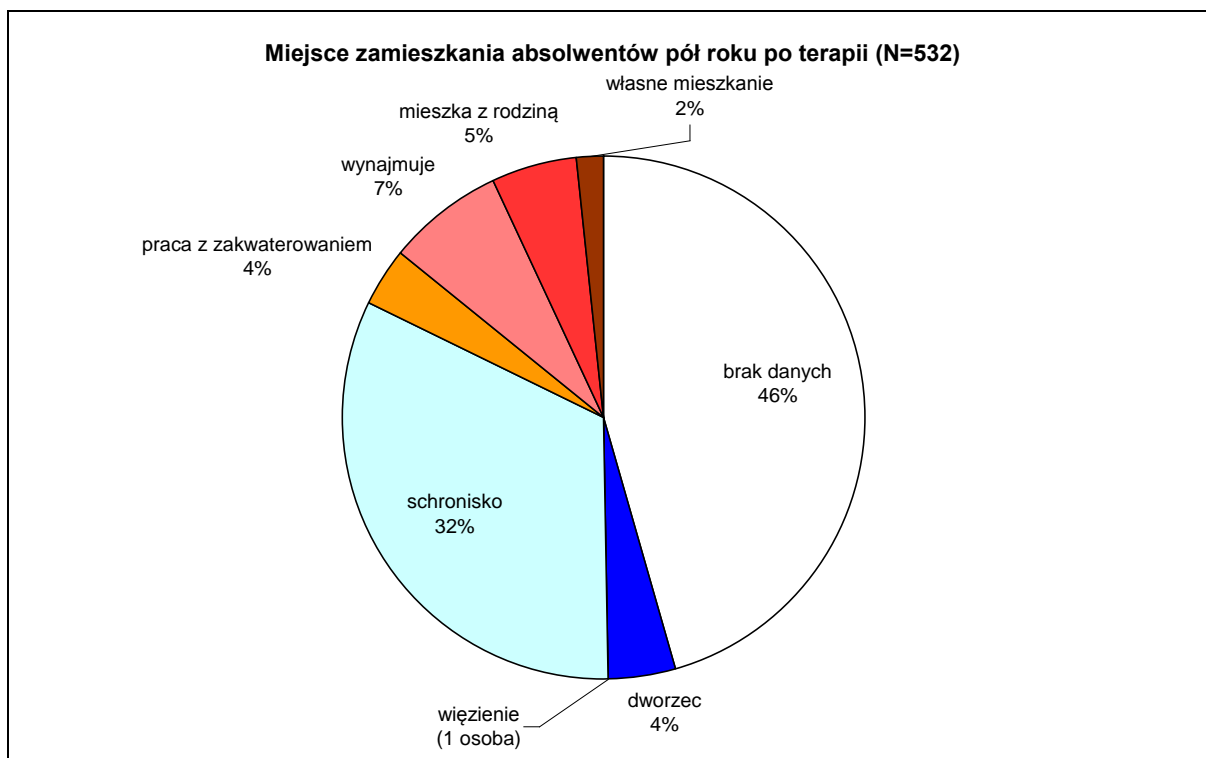
**Odsetek absolwentów utrzymujących abstynencję pół roku po terapii wobec ogółu pacjentów przyjętych do terapii w poszczególnych rocznikach (N=534)**



Jak widać na powyższym wykresie, najlepszy okazuje się rok 2003, w którym pacjenci spotykali się w stałym składzie przez cały okres leczenia. W kolejnych latach, gdy wprowadzono grupy rotacyjne, najlepszy okazał się rok 2009, w którym była mała wypadalność (aż 71% pacjentów ukończyło terapię) oraz przeciętny odsetek abstynentów wśród absolwentów pół roku po terapii (47%). W rezultacie odsetek utrzymujących abstynencję pół roku po terapii wobec ogółu przyjętych do terapii w roku 2009 wyniósł 33%.

### Wykres 9.

#### Miejsce zamieszkania absolwentów terapii pół roku po terapii (N=532)

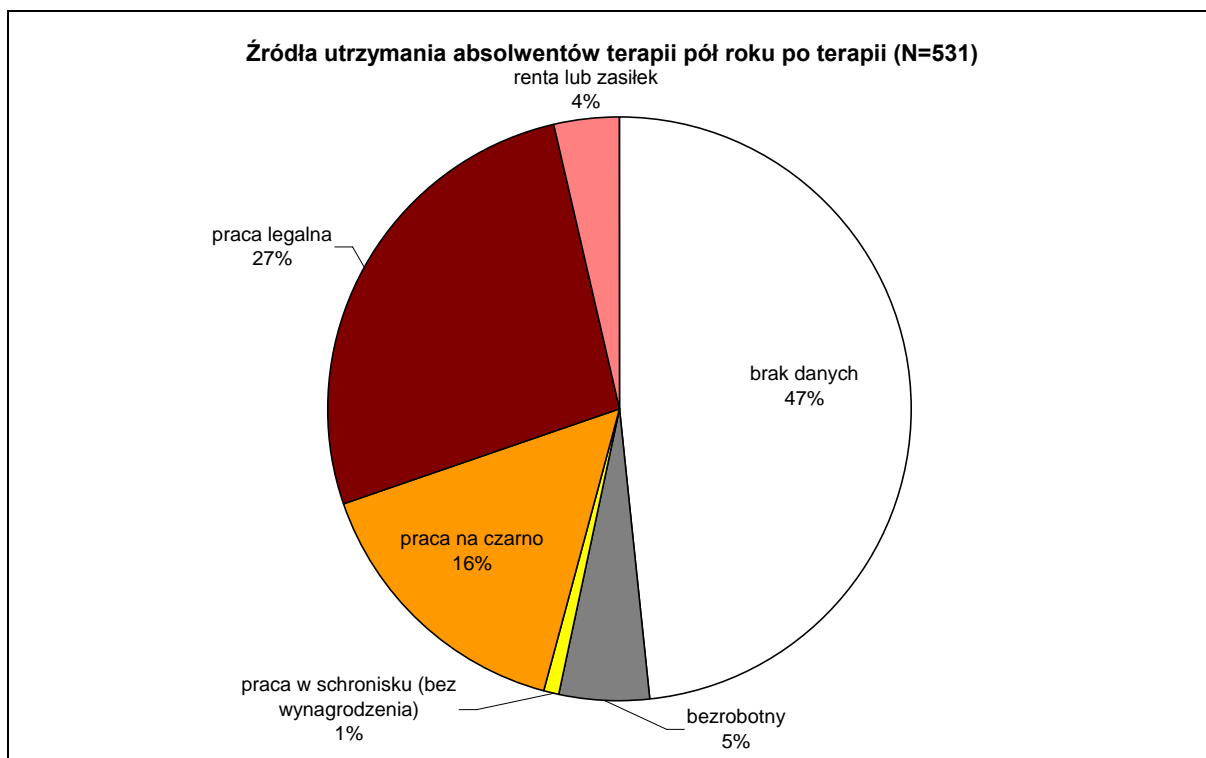


Jak widać na powyższym wykresie, o 18% absolwentów można powiedzieć, że wyszli z bezdomności w ciągu pół roku po terapii. Niektórzy z nich wrócili do własnego mieszkania, bądź je uzyskali (2%), 5% wróciło do rodziny, 7% wynajmowało pokój na mieście, zaś 4% znalazło pracę wraz z zakwaterowaniem. Z kolei 32% mieszkało w hostelu dla absolwentów terapii lub w innym schronisku dla bezdomnych. Nie można o tych osobach powiedzieć, że wyszły z bezdomności, niemniej jest to dla nich lepsze rozwiązanie, niż mieszkanie na dworcu, w kanałach ciepłowniczych, czy w pustostanach. Jedna osoba przebywała w więzieniu za przestępstwo popełnione przed terapią. Niestety, o 4% wiadomo, że wróciły do bezdomności – do mieszkania na dworcu, w kanałach, na działkach lub pustostanach. O 46% nie zebrano informacji. W tej grupie jest duża część osób, o których wiadomo, że wróciły do picia, lecz nie ustalono, gdzie mieszkają, jak również te osoby, o których picie lub abstynencji nie ma żadnych wiadomości.



### Wykres 10.

#### Źródła utrzymania absolwentów terapii pół roku po terapii (N=531)



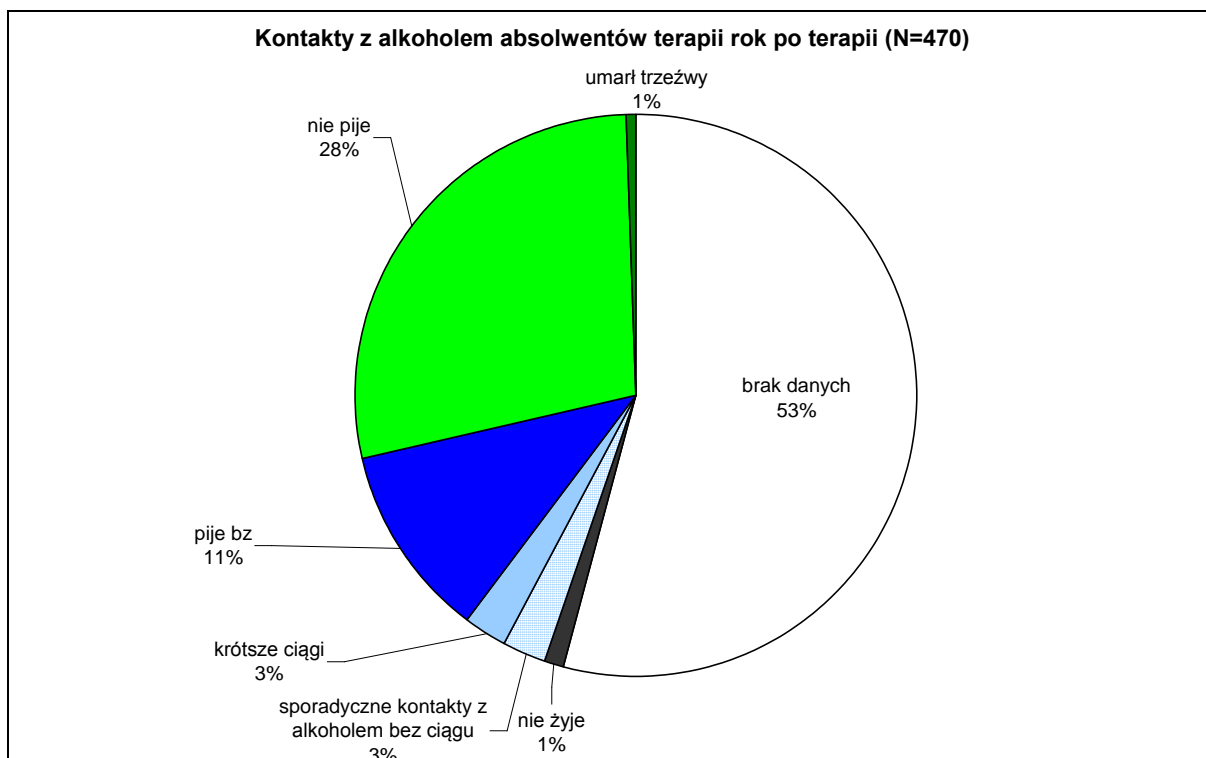
Aż 31% absolwentów utrzymuje się z legalnej pracy (na etat lub umowę zlecenie) bądź załatwiło sobie rentę, zasiłek socjalny lub emeryturę. O 16% wiadomo, że pracują na czarno (bez ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego) – głównie w budownictwie, gdzie taki tryb pracy jest niestety dość powszechny. Dla części absolwentów jest to wygodne z powodu zadłużenia alimentacyjnego bądź z powodu innych długów, zaciągniętych w okresie picia. Wówczas praca na czarno jest sposobem na uniknięcie zajęcia większej części wynagrodzenia przez komornika.

Tylko 1% pracuje w schroniskach dla bezdomnych, bez wynagrodzenia, jedynie za dach nad głową, wyżywienie, ubranie i papierosy. Z kolei o 5% absolwentów wiadomo, że są bezrobotni.

O 47% absolwentów nie mamy żadnych informacji o ich źródłach utrzymania. W tej grupie są przede wszystkim ci, którzy wrócili do picia (a więc najprawdopodobniej utrzymują się z żebrania, zbierania złomu i kradzieży), jak również ci, o których nie mamy żadnych danych.

### Wykres 11.

#### Kontakty z alkoholem absolwentów terapii rok po terapii (N=470)



Rok po terapii utrzymuje abstynencję przynajmniej 28% absolwentów. Prawie wszyscy z nich utrzymują abstynencję nieprzerwanie od chwili podjęcia terapii. Niemniej, do tej kategorii zaliczono także te nieliczne osoby, które złamały abstynencję w ciągu 6 miesięcy od chwili zakończenia terapii, lecz następnie utrzymywały abstynencję co najmniej w ciągu kolejnych 6 miesięcy.

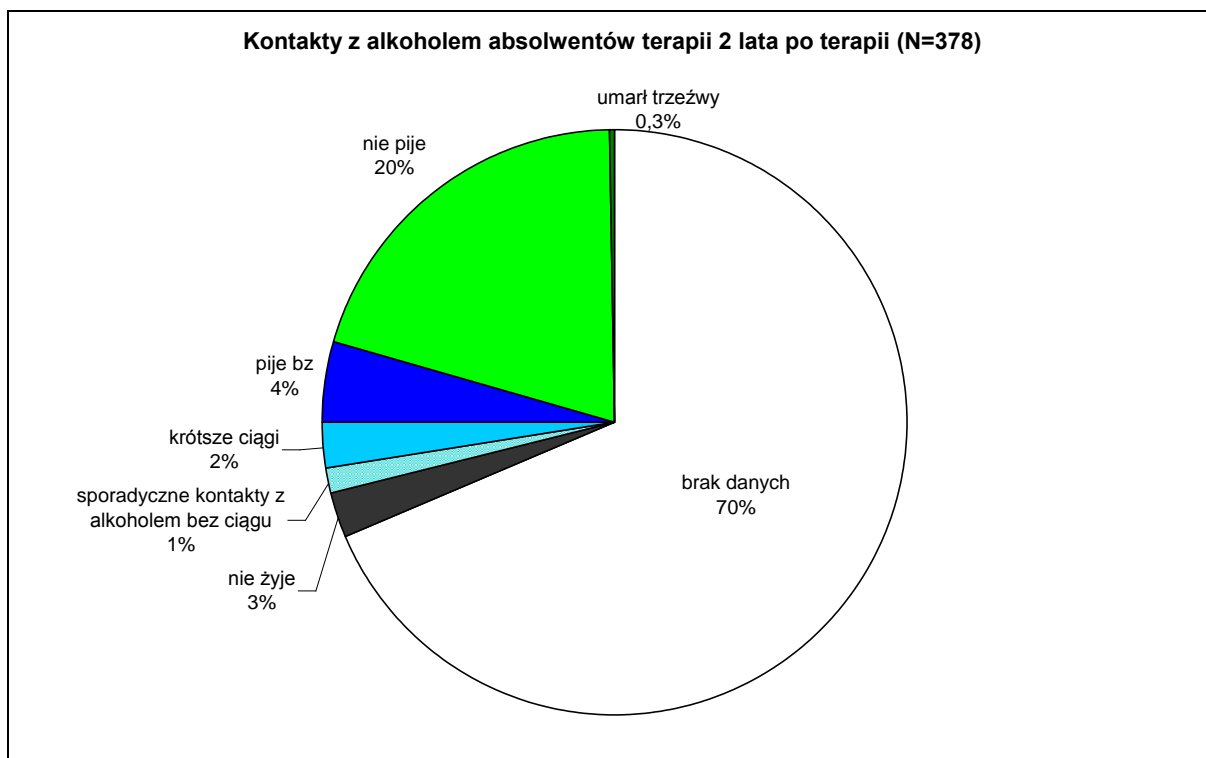
O 3% wiadomo, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy miały sporadyczne kontakty z alkoholem, bez ciągu, zaś o kolejnych 3% - że piły ciągami rzadszymi i krótszymi, niż przed terapią. Z kolei 11% piło w sposób podobny lub gorszy jak przed terapią.

O 1% absolwentów wiadomo, że stracili życie po powrocie do picia, zaś dalszy 1% nie żyje bez złamania abstynencji – zmarli, utrzymując trzeźwość do końca swojego życia.

Niestety, rok po terapii braki danych sięgają już 53%. Wydaje się bardzo prawdopodobne, że wśród tych osób jakaś część utrzymuje abstynencję. Nie ma jednak prostego sposobu, by do nich dotrzeć i zweryfikować to przypuszczenie, gdyż już nie utrzymują kontaktów z Oddziałem.

## Wykres 12.

### Kontakty z alkoholem absolwentów terapii 2 lata po terapii (N=378)



Jak widać na powyższym wykresie, 2 lata po terapii abstynencję utrzymuje 20% absolwentów. Do tej grupy zaliczamy przede wszystkim tych, którzy nieprzerwanie utrzymywali abstynencję od chwili rozpoczęcia terapii. Jednakże w tej grupie znalazły się też nieliczne osoby, które złamały abstynencję w trakcie pierwszego roku po terapii, a następnie utrzymywały abstynencję przez cały, drugi rok po terapii (a więc przynajmniej 12 ostatnich miesięcy).

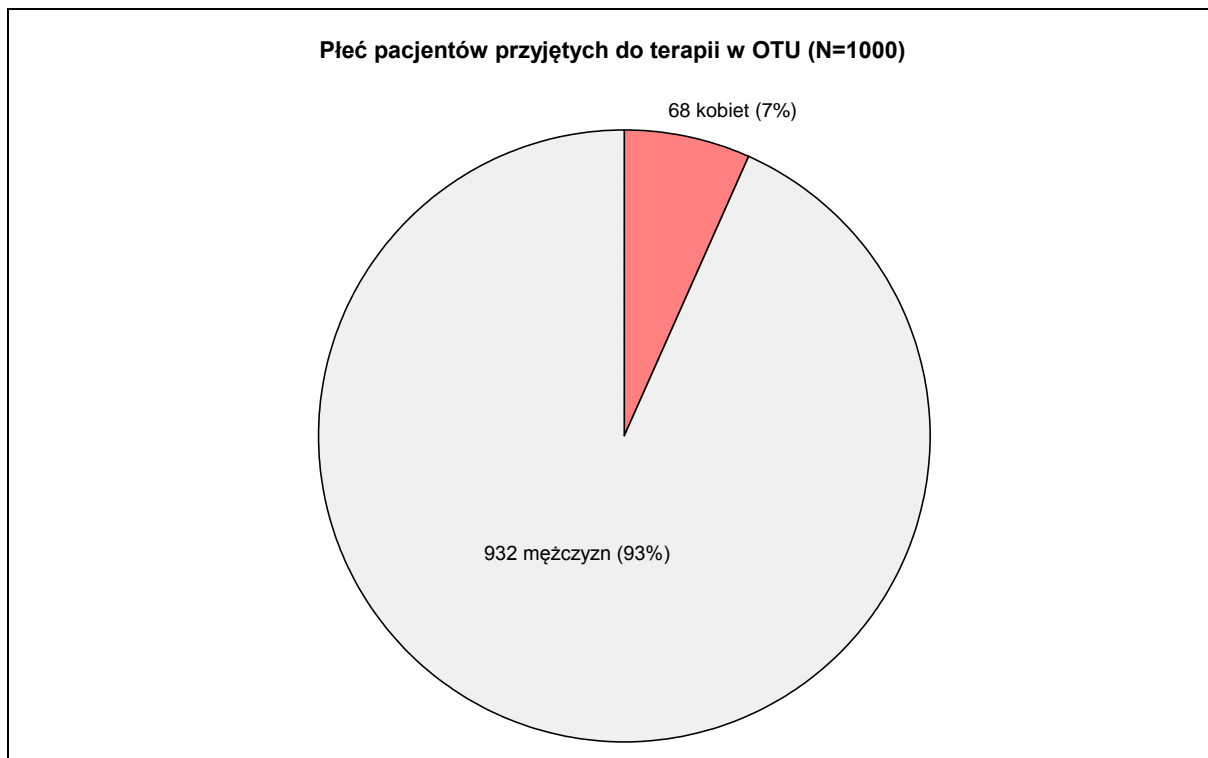
Wzrasta odsetek osób, które poniosły śmierć po powrocie do picia i wynosi już 3%. Dla porównania – tylko 0,3% absolwentów zmarło na trzeźwo (tj. do końca życia utrzymując abstynencję od alkoholu).

Dwa lata po terapii odsetek braków danych wynosi aż 70%. Wydaje się niemożliwe, by w tej grupie nie było jakiejś części osób, utrzymujących abstynencję, lecz nie kontaktujących się z Oddziałem ani nie przyjeżdżających na zjazdy absolwentów.

## 6. Różnice między kobietami a mężczyznami w badanej grupie

Wykres 13.

Płeć pacjentów przyjętych do terapii w OTU (N=1000)



Podobnie wyglądałby wykres przedstawiający płeć absolwentów OTU. Wśród osób, które ukończyły terapię, odsetek kobiet jest taki sam, jak na początku terapii. W grupie 534 absolwentów terapii jest 37 kobiet i 497 mężczyzn, co także daje 7% kobiet i 93% mężczyzn. Nie ma zatem istotnych różnic między kobietami a mężczyznami, jeśli chodzi o wypadalność z terapii. Terapię ukończyło 53% mężczyzn i 54% kobiet.

**Tabela 9.**  
**Różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych**

Oszacowanie istotności różnic w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych między bezdomnymi, uzależnionymi od alkoholu kobietami a mężczyznami, za pomocą testu U-Manna-Whitneya							
Skale SCL-90	Średnia kobiet	Średnia mężczyzn	p	N ważn.	N ważn.	Odch.std. kobiet	Odch.std. mężczyzn
<b>Przed terapią</b>							
somatyzacje	1,6	1,2	0,003532	67	908	0,98	0,83
natręctwa	1,9	1,7	0,067397	67	908	0,80	0,76
nadwrażliwość interpersonalna	1,9	1,5	0,000235	67	908	0,87	0,83
depresja	2,0	1,7	0,003020	67	907	0,79	0,74
lęk	1,9	1,5	0,000134	67	908	0,87	0,81
wrogość	1,3	1,0	0,009919	67	908	1,00	0,81
fobie	1,3	1,0	0,001255	67	907	0,97	0,80
myślenie paranoidalne	2,0	1,6	0,000389	67	907	0,85	0,78
psychotyczność	1,4	1,3	0,612400	67	908	0,77	0,70
<b>Po terapii</b>							
somatyzacje	0,6	0,6	0,110756	37	487	0,46	0,54
natręctwa	1,0	1,1	0,706786	37	487	0,62	0,61
nadwrażliwość interpersonalna	0,9	0,9	0,551309	37	487	0,58	0,57
depresja	0,9	0,9	0,579877	37	487	0,54	0,53
lęk	0,9	0,7	0,252034	37	487	0,60	0,52
wrogość	0,8	0,6	0,414185	37	487	0,83	0,55
fobie	0,5	0,5	0,973495	37	487	0,53	0,41
myślenie paranoidalne	1,0	0,9	0,774821	37	487	0,67	0,61
psychotyczność	0,6	0,6	0,392941	36	486	0,49	0,49

Jak widać w powyższej tabeli, bezdomne alkoholiczki wykazują przed terapią wyższy poziom nasilenia objawów psychopatologicznych, w porównaniu do bezdomnych alkoholików. Statystycznie istotne różnice są widoczne prawie we wszystkich skalach SCL-90 (oprócz skal natręctw i psychotyczności, gdzie kobiety wprawdzie też uzyskują wyższe wyniki, lecz istniejące różnice nie osiągają wymaganego poziomu istotności statystycznej).

Jednakże po terapii różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych zacierają się i stają się statystycznie nieistotne.

Może to oznaczać, że kobiety bardziej niż mężczyźni korzystają z terapii w tym zakresie, bądź, że rozpoczynając terapię bardziej krytycznie oceniają u siebie występowanie objawów psychopatologicznych, w porównaniu do mężczyzn.

Jeśli chodzi o utrzymywanie abstynencji pół roku po terapii, różnice między kobietami i mężczyznami okazały się nieistotne statystycznie. Wprawdzie wśród absolwentów terapii abstynencję pół roku po ukończeniu terapii utrzymuje 51% mężczyzn i 46% kobiet, (a więc nieco wyższy odsetek mężczyzn niż kobiet), jednakże test Chi-kwadrat nie wykazał, aby różnica ta była statystycznie istotna. Spotykany wśród terapeutów odwykowych pogląd, że trzeźwienie kobiet-alkoholiczek przebiega trudniej niż mężczyzn-alkoholików, na razie nie znajduje potwierdzenia w statystykach, w populacji bezdomnych alkoholików, pacjentów OTU "Monar".

## **7. Podsumowanie i interpretacja wyników**

Spośród 1000 pacjentów, przyjętych do terapii, terapię ukończyło nieco ponad połowa. Jak już wspomniano wcześniej, w świetle literatury przedmiotu wynik ten wydaje się przeciętny, porównywalny do odsetka bezdomnych alkoholików przerywających terapię, odnotowanego w innych badaniach.

W poszczególnych rocznikach odsetki osób kończących terapię były różne i wynosiły od 36% do 71% dla grupy rotacyjnej. Tylko w roku 2003, gdy pacjenci pracowali w grupie o stałym składzie, wypadalność z terapii była bardzo mała – ukończyło wówczas terapię 84% pacjentów.

Zagadnienie niskiej wypadalności pacjentów z grupy terapeutycznej o stałym składzie wydaje się warte dalszych badań. Być może okazałoby się, że warto rekomendować tworzenie grup terapeutycznych o stałym składzie – jeśli tylko względy organizacyjne pozwoliłyby na takie rozwiązanie. Rozwiązanie takie miałoby bowiem sens tylko wtedy, jeśli czas oczekiwania na przyjęcie do terapii byłby stosunkowo krótki. Jeśli jednak czas oczekiwania na zebranie się bądź na uruchomienie grupy terapeutycznej wynosiłby np. 3 miesiące lub dłużej, rozwiązanie takie traciłoby sens, a wykazywana w statystykach wysoka efektywność leczenia byłaby tylko pozorna. Do terapii przyjmowani byłiby bowiem głównie ci pacjenci, którzy potrafią bez alkoholu wytrwać tak długi okres oczekiwania na leczenie. Tacy pacjenci z natury rzeczy rokują lepiej: łatwiej wytrwaliby do końca terapii i częściej utrzymywaliby abstynencję pół roku później, skoro potrafiliby sami, bez pomocy terapeutycznej, długo utrzymywać abstynencję w oczekiwaniu na terapię. Sukces terapeutyczny osiągnięty z takimi pacjentami byłby zatem dużo łatwiejszy.

Tymczasem należałoby pomagać wszystkim, którzy oczekują pomocy, a nie tylko tym, którzy najlepiej rokują. W praktyce klinicznej zaleca się przeciw natychmiastowe przyjmowanie do terapii alkoholika, który deklaruje chęć zaprzestania picia, tak, aby uniknąć długiego okresu oczekiwania na przyjęcie (alkoholik może wtedy bowiem łatwo zmienić zdanie, wrócić do picia i nie podjąć terapii). Jeśli przestrzega się tej zasady, wówczas częściej przyjmuje się do terapii także pacjentów gorzej rokujących. Większy odsetek trudniejszych i gorzej rokujących pacjentów może z kolei odbić się w statystykach wzrostem wypadalności i spadkiem efektywności terapii, mierzonej odsetkiem osób utrzymujących abstynencję po terapii. Niemniej, właśnie dla takich właśnie pacjentów, którzy raczej nie potrafiliby utrzymywać abstynencji w leczeniu ambulatoryjnym (tj. w poradniach odwykowych), powinny być przeznaczone całodobowe oddziały odwykowe.

Pacjenci, którzy przerwali terapię, uzyskują wyższe wyniki przy przyjęciu do terapii w porównaniu do tych pacjentów, którzy terapię ukończyli, w zakresie niektórych objawów psychopatologicznych, mierzonych kwestionariuszem SCL-90. Mają istotnie wyższy poziom wrogości, natręctw i myślenia paranoidalnego. Zwłaszcza wrogość (objawiająca się rozdrażnieniem, impulsywnością, irytacją, skłonnością do częstych i niekontrolowanych wybuchów złości) oraz myślenie paranoidalne (myślenie projekcyjne, podejrzliwość egocentryczną, skłonność do ulegania iluzjom, i urojenia wielkościowe) mogą utrudniać podporządkowanie się wymogom regulaminu i wytrwanie w terapii.

Wśród tych, którzy ukończyli terapię, zaobserwowano istotny statystycznie spadek wszystkich objawów psychopatologicznych, mierzonych kwestionariuszem SCL-90, w porównaniu do wyników przed terapią. Można zatem uznać, że udział w terapii odwykowej prowadzi do obniżenia poziomu somatyzacji, natręctw, nadwrażliwości interpersonalnej, depresji, lęku, wrogości, fobii, myślenia paranoidalnego i psychotyczności. Wyraźne obniżenie objawów psychopatologicznych należy też uznać za ważny wskaźnik efektywności terapii odwykowej.

Pół roku po terapii abstynencję od alkoholu utrzymywała nieco ponad połowa (51%) absolwentów terapii. O 28% wiadomo, że wrócili do picia w sposób podobny lub gorszy niż przed terapią. W przypadku 3% ustalono, że mieli sporadyczne kontakty z alkoholem, bez ciągu, zaś w przypadku kolejnych 3% - że pili ciągami rzadszymi i krótszymi niż przed terapią. Można zatem uznać, że dla 51% pacjentów, którzy ukończyli terapię, terapia odwykowa okazała się efektywna, zaś dalszym 6% absolwentów terapia przyniosła dość ograniczone korzyści. Natomiast dla 28% absolwentów terapia odwykowa okazała się nieskuteczna.

Dla porównania – badania IPZ dotyczące bezdomnych alkoholików, leczących się w publicznych placówkach odwykowych (przeznaczonych dla osób ubezpieczonych w NFZ) wykazały, że pół roku po terapii utrzymuje abstynencję zaledwie 17% bezdomnych (Nikodemaska 2000). Jest to ważny argument za istnieniem oddziałów, specjalizujących się w leczeniu uzależnionych osób bezdomnych, oferujących dostosowany do nich, dłuższy program terapii.

O 18% absolwentów można powiedzieć, że pół roku po terapii wyszli z bezdomności, opuszczając środowiska osób bezdomnych i wracając do normalnego życia. Byłby to kolejny wskaźnik efektywności terapii. Dalsze 32% mieszkało w schroniskach dla bezdomnych lub hotelu dla absolwentów terapii, co jest pewnym postępem w stosunku do mieszkania na dworcu lub w kanałach. Mieszkanie w schronisku może być etapem przejściowym na drodze

do wyjścia z bezdomności. Niestety, dla niektórych osób ów etap przejściowy może też stać się sposobem na życie – zakorzeniają się one bowiem w schroniskach dla bezdomnych na stałe i, nawet, jeśli nie piją, nie próbują powrócić do normalnego życia, na własny rachunek.

Aż 31% absolwentów terapii utrzymuje się z legalnych źródeł pół roku po terapii – mając pracę z ubezpieczeniem ZUS bądź rentę, emeryturę lub zasiłek. Można uznać to za sukces terapeutyczny. Dalsze 16% pracuje na czarno (głównie w budownictwie), a 1% - w schronisku, bez wynagrodzenia. Jest to krok naprzód w stosunku do utrzymywania się z żebrania, zbierania złomu lub kradzieży.

**Uzyskane rezultaty** (znaczący spadek nasilenia objawów psychopatologicznych u absolwentów terapii w porównaniu do stanu przed terapią, 51% absolwentów utrzymujących abstynencję, 18% wychodzących z bezdomności oraz 31% posiadających legalne źródło utrzymania pół roku po terapii) **pozwalają przyjąć postawioną wcześniej hipotezę, że terapia odwykowa bezdomnych alkoholików może być efektywna.**

Rok i dwa lata po terapii wiadomo, że nadal utrzymuje abstynencję odpowiednio 28% i 20% absolwentów terapii. Jednakże bardzo duże braki danych sugerują, by ostrożnie podchodzić do tych liczb, wydaje się bowiem, że rzeczywisty odsetek abstynentów może być wyższy. Wiadomo także, że dwa lata po terapii nie żyje już 3% absolwentów (którzy zmarli po powrocie do picia) a dalsze 0,3% zmarło, utrzymując przed śmiercią abstynencję. Stanowi to jeszcze jedno potwierdzenie powszechnego w literaturze przedmiotu poglądu, iż alkoholizm jest chorobą śmiertelną, a powrót do picia przyspiesza śmierć osoby uzależnionej.

Tylko 7% pacjentów przyjętych do terapii stanowiły kobiety. Analogicznie, wśród osób, które ukończyły terapię, kobiety także stanowiły 7%. Przed terapią kobiety uzyskiwały wyższe wyniki w zakresie większości objawów psychopatologicznych niż mężczyźni, ale po terapii różnice te zacierały się i wyniki kobiet nie różniły się już istotnie od wyników mężczyzn. Także jeśli chodzi o utrzymywanie abstynencji pół roku po terapii, różnice między kobietami i mężczyznami okazały się nieistotne statystycznie. Spotykanym wśród terapeutów odwykowych poglądem, że trzeźwienie kobiet-alkoholiczek przebiega trudniej niż mężczyzn-alkoholików, w tych badaniach nie został potwierdzony.



## **Rozdział IV. Wyniki szczegółowych badań bezdomnych mężczyzn, uzależnionych od alkoholu**

### **1. Organizacja i przebieg badań**

Szczegółowe badania objęły początkowo 65 osób, przyjmowanych kolejno do terapii w OTU między 3 października 2005 a 28 lutego 2006 (numery historii chorób od 82/05 do 28/06). Badani byli więc przyjmowani do terapii na krótko przed zimą, bądź w okresie zimowym, co mogło mieć wpływ na motywację do leczenia u części bezdomnych alkoholików – niektórzy z nich zapewne zamierzali potraktować leczenie odwykowe jako sposób na przezimowanie. Uwzględniając to zastrzeżenie, wydaje się, że grupa ta może być dość reprezentatywna wobec ogółu bezdomnych mężczyzn, uzależnionych od alkoholu, trafiających do leczenia w Oddziale.

Wśród osób przyjętych do terapii w tym czasie znalazły się 3 kobiety. Ich wyniki wyłączono z analiz, pozostawiając 62 mężczyzn.

Dane demograficzne pacjentów oraz ich objawy uzależnienia spisano z historii chorób, wypełnianych podczas rozmowy kwalifikacyjnej, prowadzonej przez kierownik Oddziału, certyfikowanego specjalistę psychoterapii uzależnień.

Plan badań przewidywał dwukrotne badania kwestionariuszowe: w tygodniu rozpoczynania terapii i w ostatnim tygodniu leczenia.

W pierwszym etapie badań nie udało się zebrać kompletnych wyników wszystkich 62 osób. Niestety, nie wszyscy spośród 62 mężczyzn poprawnie wypełnili wszystkie kwestionariusze przy przyjęciu do terapii. Trzech z nich przerwało terapię w już pierwszych dniach leczenia, zanim zdążyli wypełnić bądź oddać prawidłowo wypełnione kwestionariusze. Dalsze 4 osoby niektóre kwestionariusze wypełniły poprawnie, inne zaś błędnie (np. pomijając jedną stronę), dlatego, w zależności od kwestionariusza, liczba osób badanych w pierwszym etapie badań wyniosła od 57 do 59.

Drugi etap badań polegał na powtórnym wypełnieniu tego samego zestawu kwestionariuszy w ostatnim tygodniu leczenia. Badania kwestionariuszowe prowadzono zatem do 30 czerwca 2006, kiedy to zbadano ostatniego pacjenta kończącego terapię. Ten etap badań objął już tylko 28 pacjentów – pozostałe osoby bowiem przerwały leczenie przed jego ukończeniem.

Trzeci etap badań polegał na uzyskaniu informacji o losach absolwentów terapii pół roku po jej ukończeniu. Podczas comiesięcznych spotkań absolwentów odnotowywano sytuację absolwentów pół roku po ukończeniu terapii, pytając o ich kontakty z alkoholem, źródło utrzymania i miejsce zamieszkania.

Zbieranie informacji o losach absolwentów zakończono 31 grudnia 2006, po upływie pół roku od ukończenia terapii przez ostatniego pacjenta objętego badaniami. W zakresie kontaktów z alkoholem udało się uzyskać informacje o 26-ciu spośród 28-miu absolwentów terapii.

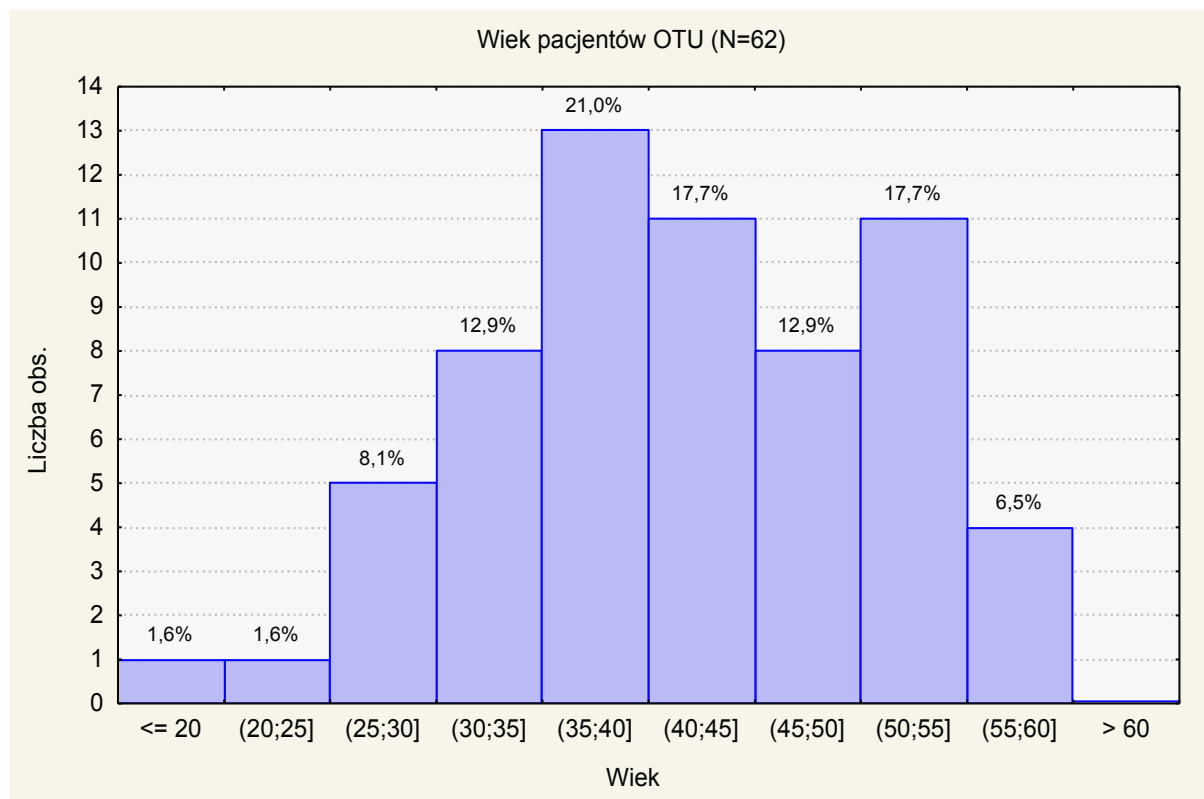
Idealny metodologicznie schemat badań powinien obejmować także analogiczną grupę kontrolną, o podobnej liczebności, złożoną z bezdomnych alkoholików (np. oczekujących na leczenie), wobec których nie podejmuje się żadnych działań zmierzających do poprawy ich losu, bądź poddaje się pseudoterapii (oddziaływaniom quasi-psychologicznym, których oczekiwana skuteczność byłaby porównywalna z efektem placebo). W tym wypadku nie było to jednak możliwe ze względów etycznych i organizacyjnych. Nie byłoby etyczne, by przez 10 miesięcy kazać czekać na leczenie grupie bezdomnych alkoholików – część z nich bowiem najprawdopodobniej straciłaby w tym czasie zdrowie, a niektórzy zapewne także życie. Nie byłoby to możliwe także ze względów organizacyjnych. O ile można sobie wyobrazić jednorazowe badanie kwestionariuszowe dużej grupy bezdomnych alkoholików, to jednak trudno byłoby stworzyć warunki, pozwalające na ponowienie takich badań. Np. by po określonym czasie (4 miesiące) ponowić badania kwestionariuszowe, a po kolejnym okresie czasu (6 miesięcy) zapytać o kontakty z alkoholem w okresie ostatnich 6 miesięcy, źródła utrzymania i miejsce zamieszkania. Bardzo trudno byłoby bowiem zatrzymać bezdomnych alkoholików w jednym miejscu przez tak długi okres czasu. Najprawdopodobniej po pierwszym badaniu z większością z nich niemożliwe byłoby nawiązanie jakiegokolwiek ponownego kontaktu, gdyż nie byłoby wiadomo, gdzie ich szukać. Nikt, łącznie z samymi bezdomnymi, nie byłby bowiem w stanie przewidzieć, w jakiej części Polski będą przebywać za kilka miesięcy.

## 2. Charakterystyka badanej populacji

### 2.1. Wiek

#### Wykres 14.

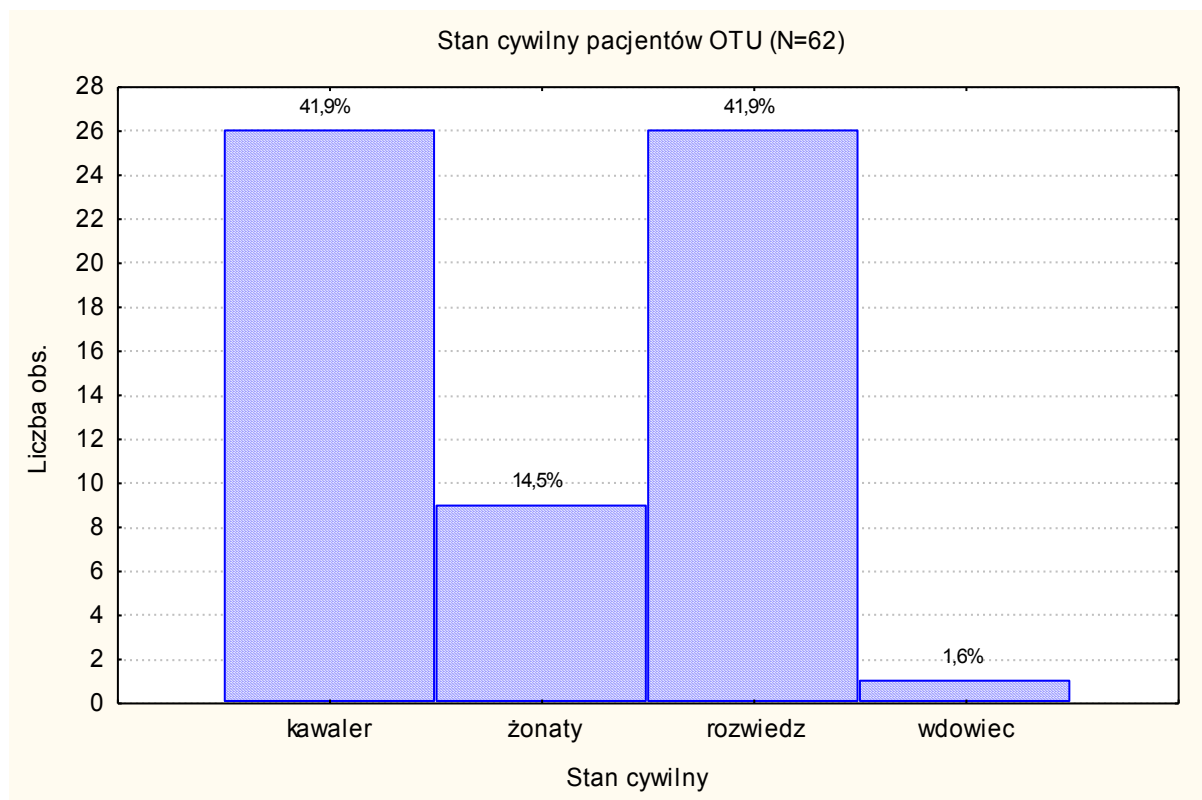
#### Wiek pacjentów OTU (N=62)



Średnia wieku badanej grupy wyniosła 42 lata. Najmłodszy pacjent miał 20 lat, najstarszy – 58 lat.

## 2.2. Stan cywilny

Wykres 15.  
Stan cywilny pacjentów OTU (N=62)

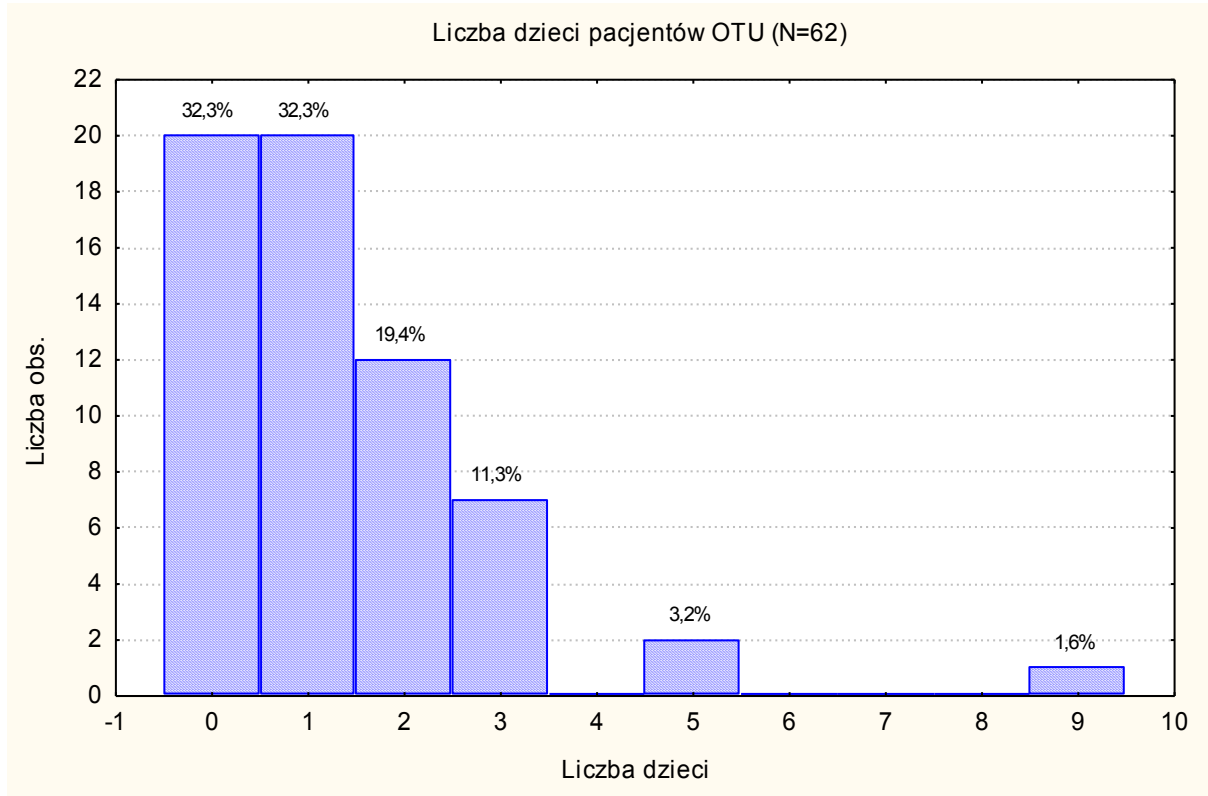


Zdecydowana większość pacjentów była stanu wolnego – dominowali kawalerowie i osoby rozwiedzione.

Warto zwrócić uwagę na odsetek osób rozwiedzionych. W ogólnej populacji mężczyzn powyżej 15 roku życia odsetek osób rozwiedzionych w roku 2006 wynosił 3% (Rocznik demograficzny 2007), zaś wśród pacjentów placówek odwykowych w całym kraju w latach 1995-96 był on wyższy i wynosił 17% (Włodawiec 1997). W badanej grupie bezdomnych alkoholików, pacjentów OTU "Monar" - odsetek osób rozwiedzionych jest bardzo wysoki i wynosi blisko 42%. Wskazywałoby to na większą degradację społeczną, spowodowaną piciem alkoholu, bądź większe trudności bezdomnych alkoholików z nawiązywaniem trwałych więzi z osobami przeciwnej płci oraz brak umiejętności radzenia sobie w roli męża i ojca.

## 2.3. Liczba dzieci

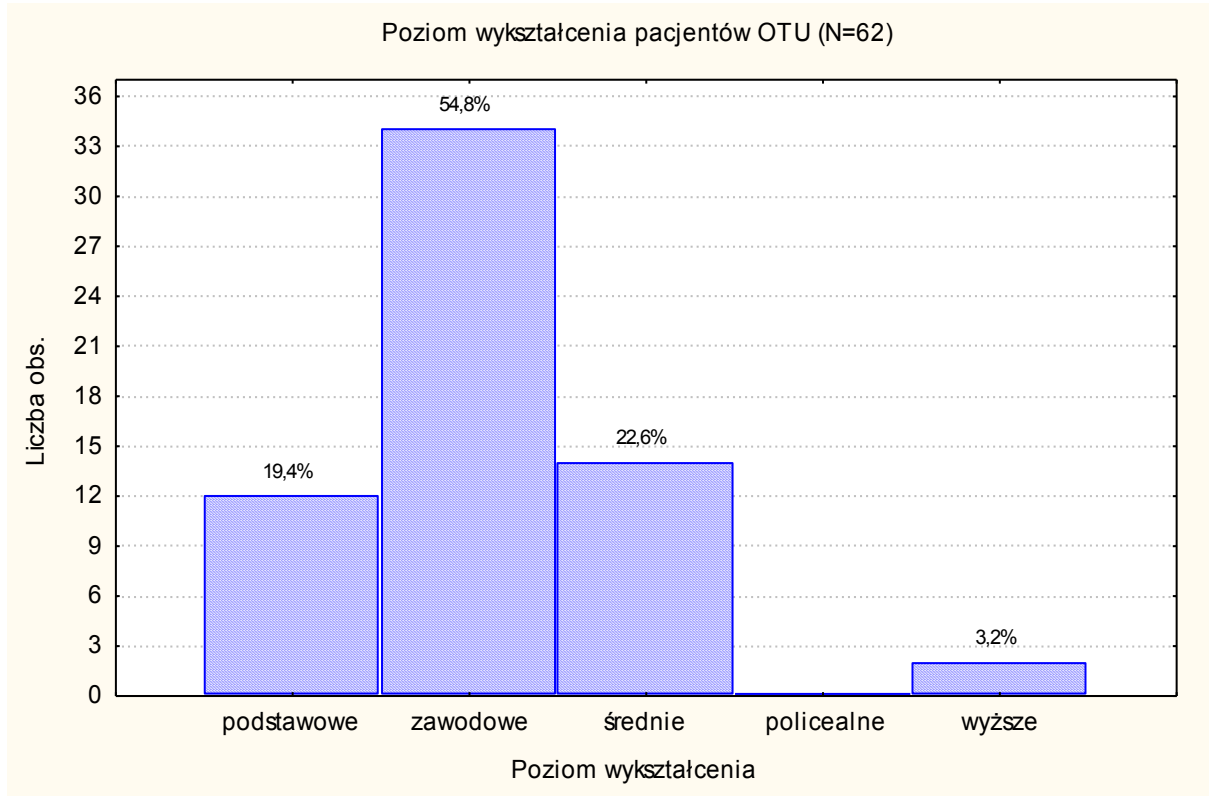
Wykres 16.  
Liczba dzieci pacjentów OTU (N=62)



Większość pacjentów z badanej grupy pacjentów posiada dzieci, najczęściej jedno, rzadziej dwoje lub troje. Z kolei 32% pacjentów jest bezdzietnych.

## 2.4. Wykształcenie

Wykres 17.  
Poziom wykształcenia pacjentów OTU (N=62)

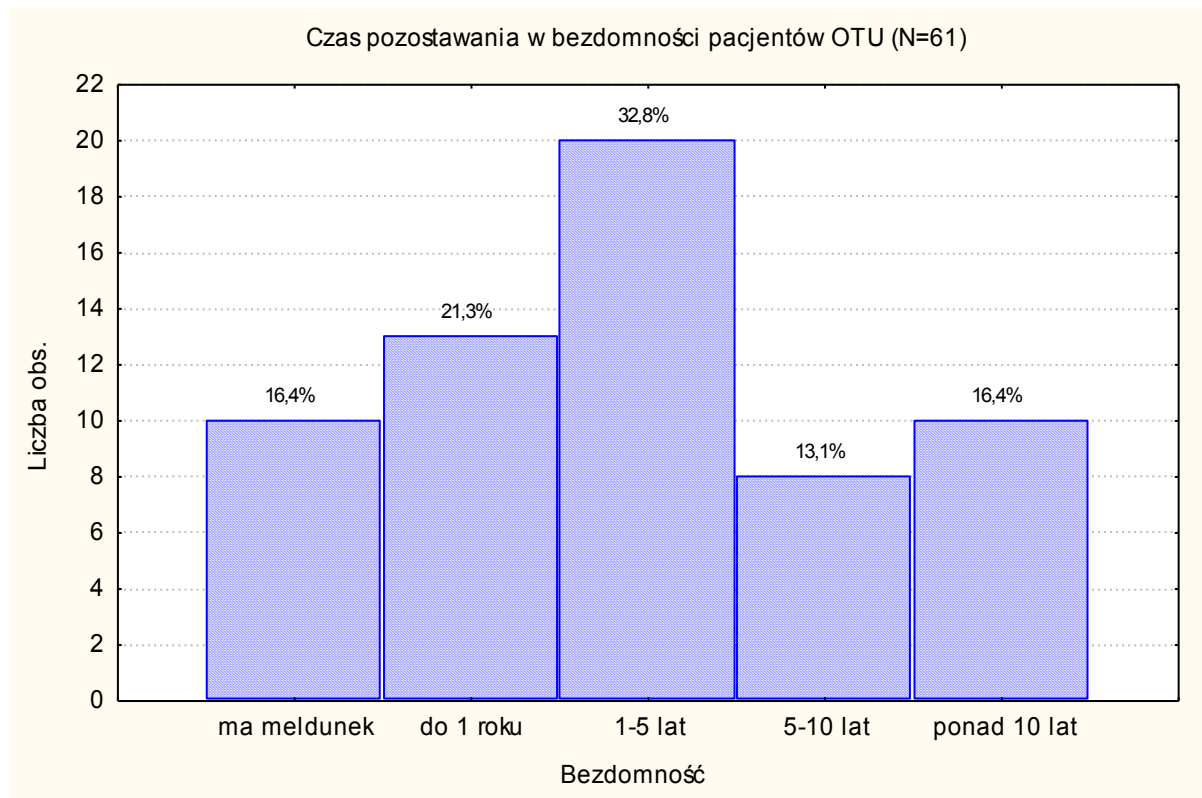


Pacjenci z badanej grupy na ogół mieli wykształcenie zawodowe (55%), średnie (22%) lub podstawowe (19%). Jedna osoba (3,2%) miała wykształcenie wyższe (AWF).

## 2.5. Bezdomność

Wykres 18.

Czas pozostawania w bezdomności przez pacjentów OTU (N=61)



Najliczniejsza grupa pacjentów pozostaje bezdomna od roku do 5 lat. Aż 16% jest bezdomna już ponad 10 lat. Także 16% formalnie nadal ma meldunek (a więc teoretycznie mogliby powrócić do dawnego miejsca zamieszkania), lecz faktycznie przed terapią zamieszkiwali na dworcach, kanałach, pustostanach lub w noclegowniach dla bezdomnych.

Wydaje się, że bezdomność pacjentów OTU jest konsekwencją ich uzależnienia. W ramach zajęć z tzw. "litrażu" pacjenci obliczają, ile alkoholu wypili w ciągu całego swojego życia i ile wydali nań pieniędzy. Z reguły wydana kwota mieściła się w granicach 100-500 tys. zł. Gdyby nie wydali tych pieniędzy na alkohol, wystarczyłyby im na zaspokojenie ich potrzeb mieszkaniowych. Jak wynika z wywiadów, przeznaczali na alkohol większość zarobionych pieniędzy. Niektórzy sprzedali dom, by przeznaczyć pieniądze na alkohol, część została eksmitowana z mieszkań za niepłacenie czynszu. W wielu wypadkach przyczyną bezdomności było poszukiwanie "komfortu picia": rodzina nie chciała tolerować ich picia, dlatego opuścili dom, by nikt nie przeszkadzał im w piciu alkoholu. W niektórych przypadkach bezdomność była formą ukrywania się przed policją, komornikiem i wierzycielami.

W ramach cyklu zajęć nt. wychodzenia z bezdomności pacjenci biorą udział w zajęciach pt. "Zyski i straty z bezdomności", gdzie opowiadają m.in. o korzyściach z bycia bezdomnym. Wśród zysków wymieniają brak odpowiedzialności, poczucie wolności, brak nadzoru, ucieczka od problemów, komfort picia alkoholu (nikt nie ma o to pretensji), dużo wolnego czasu. Nie trzeba płacić rachunków, grzywien, mandatów, alimentów, ani długów. Łatwiej

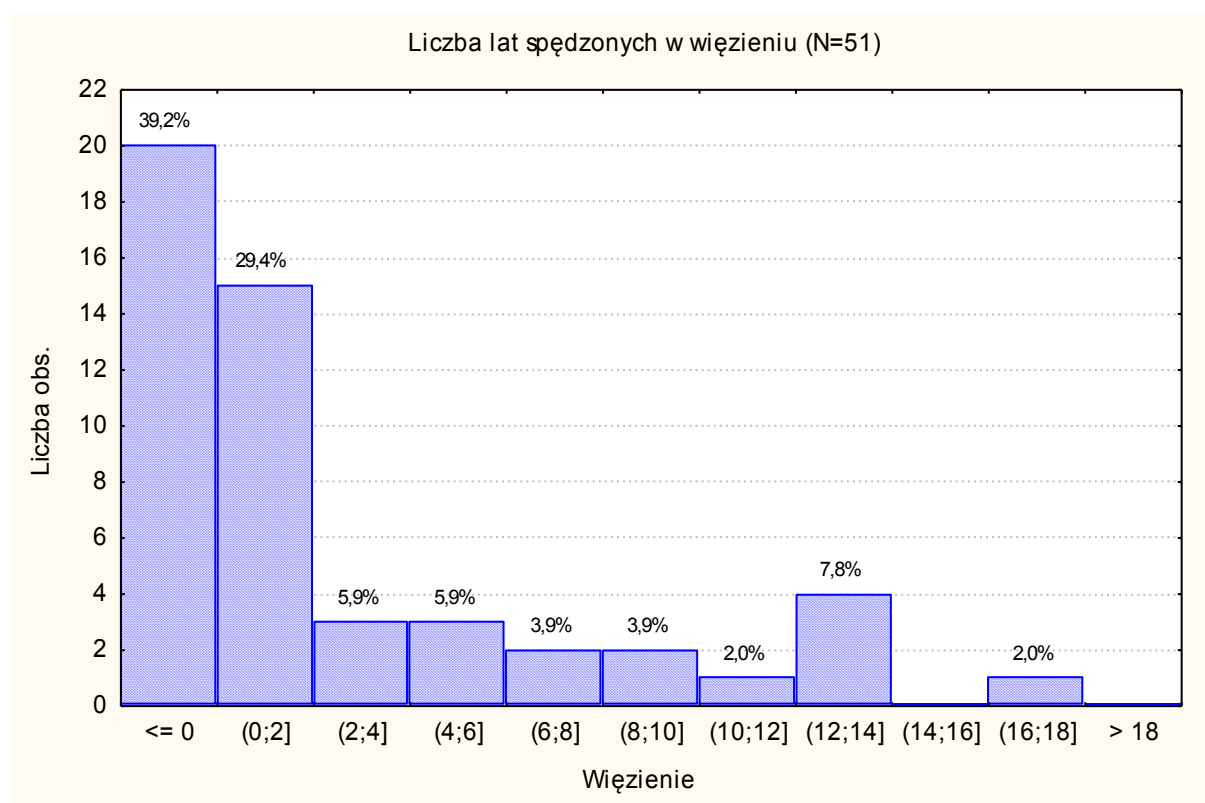
jest kraść – policji jest trudniej ustalić miejsce pobytu i złapać bezdomnego. Nikt w Polsce nie umiera z głodu - bezdomni wiele rzeczy niezbędnych do życia otrzymują za darmo: darmowe posiłki i noclegi, darmową odzież z magazynów PCK i magazynów ośrodków dla bezdomnych, środki czystości, darmową komunikację (zaświadczenie z ośrodka sprawia, że kontrolerzy rezygnują z wystawiania rachunku za przejazd bez biletu), a nawet darmowy dostęp do internetu w sali komputerowej ośrodka. Do korzyści z bezdomności pacjenci zaliczają też swobodę seksualną (np. w kontaktach z kobietami z domów samotnej matki) i możliwość zwiedzania kraju (część z nich krąży po wielu ośrodkach dla bezdomnych na terenie całej Polski).

Wśród strat związanych z bezdomnością pacjenci wymieniają brak miejsca, gdzie można czuć się u siebie (mieszkanie w pustostanach, kanałach i klatkach schodowych), utrata godności, prestiżu społecznego i wstyd (niejednokrotnie trudniej im przyznać się do bezdomności, niż do alkoholizmu), samotność, narażenie na pobicie i okradzenie przez kolegów od kieliszka, utrata niepijących znajomych i więzi z rodziną, zaniedbywanie higieny i zdrowia, brak pełnej opieki lekarskiej (z powodu braku ubezpieczenia), wysokie ryzyko śmierci (wielu bezdomnych staje się ofiarami mrozów, napaści, podpaień, zatrucia alkoholem, marskości wątroby i innych chorób spowodowanych alkoholizmem), niemożność znalezienia stałej pracy (z powodu braku dowodu osobistego i meldunku), przeterminowane jedzenie (z reguły tylko takie jest serwowane w schroniskach) i konieczność świadczenia pracy na rzecz ośrodka bez wynagrodzenia (tj. za dach nad głową, wyżywienie, ubranie i papierosy).

## 2.6. Czas przebywania w więzieniu

### Wykres 19.

#### Liczba lat spędzonych w więzieniu przez pacjentów OTU (N=51)



Wśród 51 osób, które udzieliły odpowiedzi na pytanie dotyczące pobytu w więzieniu, prawie 40% z nich odpowiedziało, że nigdy w nim nie przebywało. Nie oznacza to jednak, że osoby te nie miały żadnych konfliktów z prawem – część z tych osób przebywała w areszcie śledczym, lecz nie została skazana. Inni z kolei otrzymali wyroki w zawieszeniu i tylko dlatego nie trafili do więzienia. Jeszcze inne osoby z tej grupy przyznały w trakcie terapii, że popełniały przestępstwa zagrożone karą więzienia, lecz nigdy nie zostały ujęte przez policję i w rezultacie w ogóle nie były karane, choć powinny. Wydaje się, że tylko pewna, bliżej nieokreślona, lecz raczej niewielka część tej grupy miała tylko nieznaczne konflikty z prawem (tj. ograniczone do naruszeń prawa ujętych w kodeksie wykroczeń). Niestety, precyzyjne ustalenie, jak duży (czy może raczej – jak mały) jest odsetek osób w miarę uczciwych w badanej grupie – nie było możliwe.

Ponad 60% osób, które udzieliły odpowiedzi na pytanie o pobyt w więzieniu, odpowiedziało twierdząco. Osoby te spędziły w więzieniu od kilku miesięcy do 17 lat, w większości wypadków za kradzież, rozboje i pobicia (w trzech wypadkach – za zabójstwo bądź pobicie ze skutkiem śmiertelnym). Połowa z nich (30% spośród 51 osób) przebywała w więzieniu stosunkowo krótko, bo od kilku miesięcy do dwóch lat. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że także w tej grupie badanych część popełnionych przez nich przestępstw nigdy nie została ujawniona. Osoby te w trakcie terapii niejednokrotnie mówiły, że gdyby wszystkie ich przestępstwa wyszły na jaw, spędziłyby w więzieniu znacznie więcej czasu.

W przypadku 11 pacjentów nie udało się zebrać danych na ten temat.

## 2.7. Objawy uzależnienia

Tabela 10.

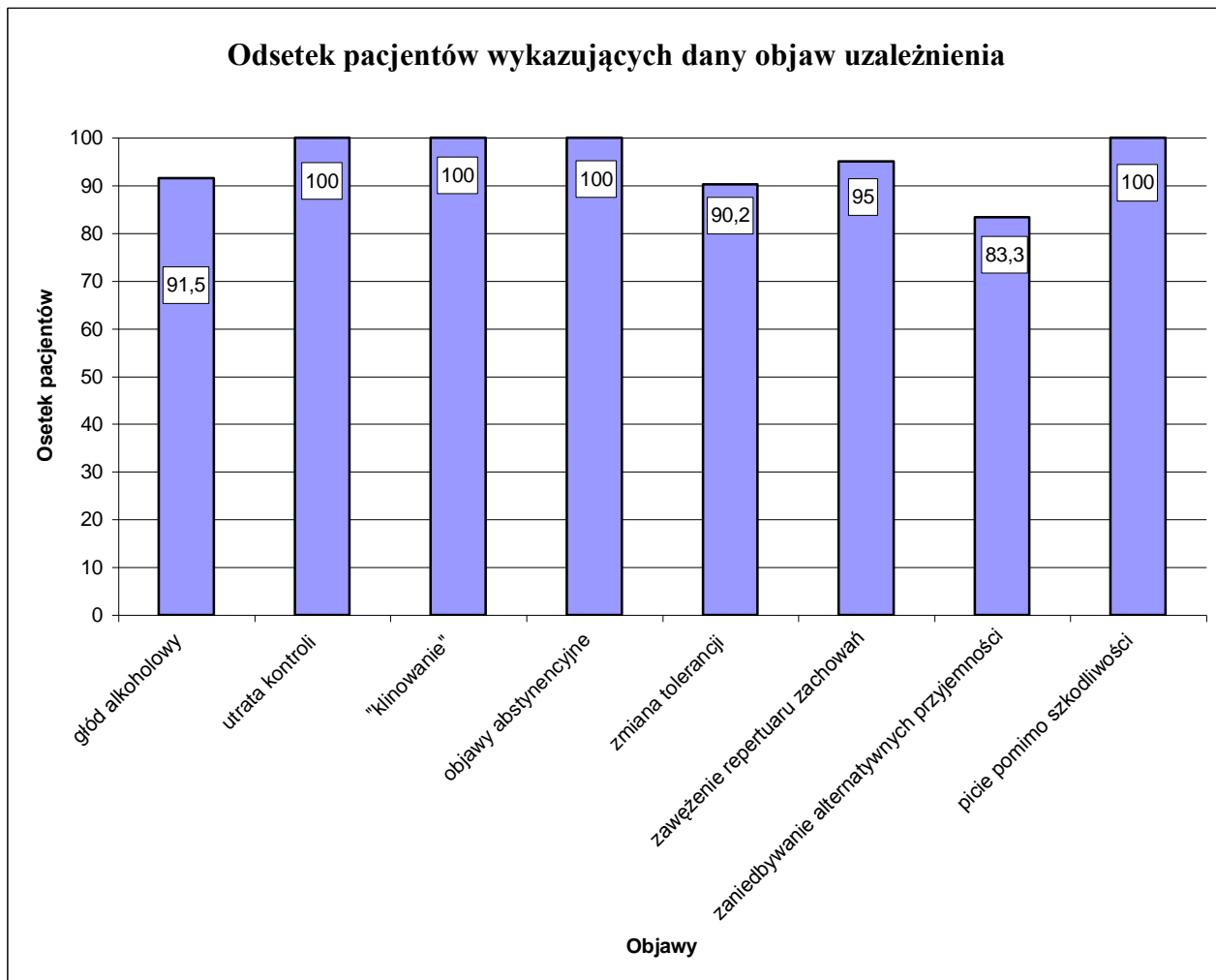
Odsetek pacjentów, wykazujących poszczególne objawy uzależnienia

Objawy uzależnienia	Odsetek ważnych
Silna, natrętna potrzeba spożywania alkoholu (głód alkoholowy)	91,5
Upośledzona zdolność kontrolowania picia	100
Picie w celu zapobieżenia alkoholowemu zespołowi abstynencyjnemu	100
Objawy abstynencyjne	100
Zmiana tolerancji na alkohol	90,2
Zawężenie repertuaru zachowań związanych z pićciem	95
Postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności i zainteresowań	83,3
Picie alkoholu pomimo wiedzy o jego szczególnej szkodliwości dla zdrowia pijącego	100



**Wykres 20.**

**Odsetek pacjentów, wykazujących poszczególne objawy uzależnienia (N=62)**



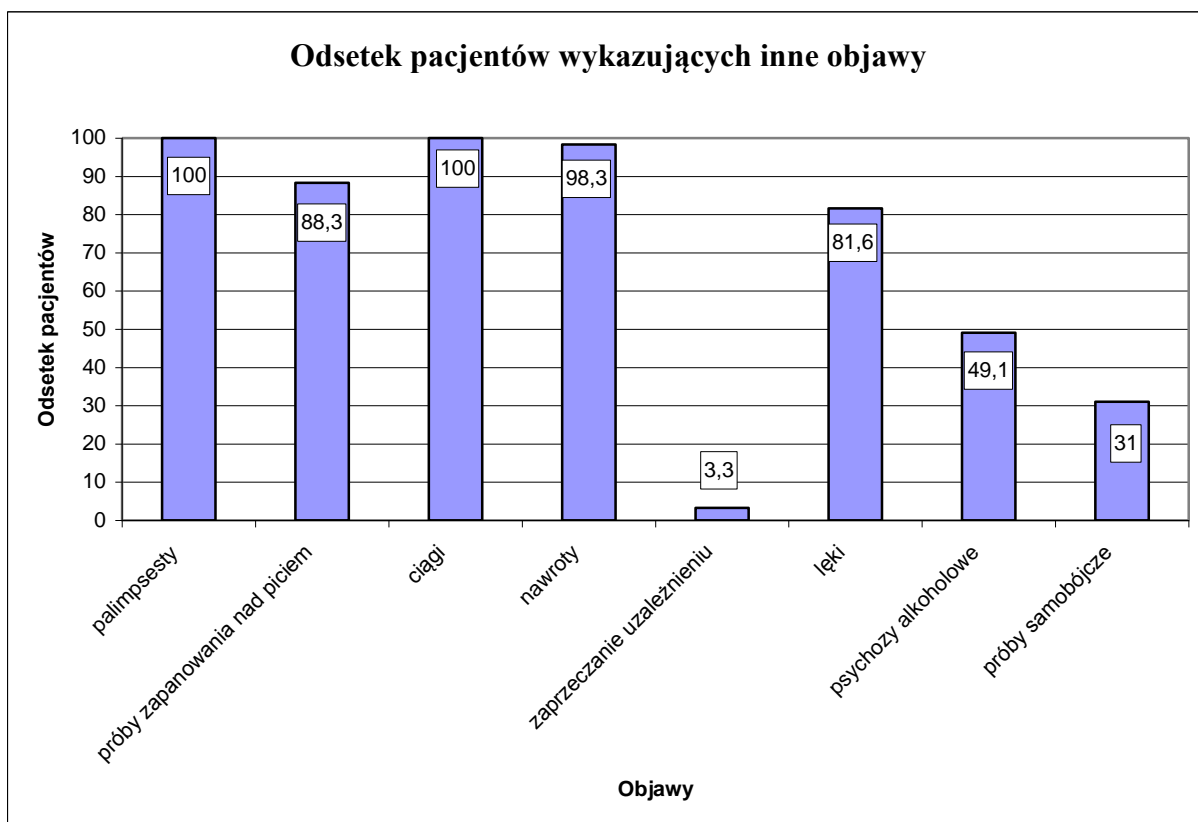
**Tabela 11.**

**Odsetek pacjentów, wykazujących inne objawy, zwykle towarzyszące uzależnieniu**

Inne objawy zwykle towarzyszące uzależnieniu	Odsetek ważnych
Palimpsesty alkoholowe (luki w pamięci)	100
Próby zapanowania nad piciem	88,3
Ciągi picia	100
Nawroty picia po okresach abstynencji	98,3
Zaprzeczanie uzależnieniu	3,3
Nasilone lęki, ataki paniki bez powodu	81,6
Psychozy alkoholowe	49,1
Próby samobójcze	31

**Wykres 21.**

**Odsetek pacjentów, wykazujących inne objawy, zwykle towarzyszące uzależnieniu (N=62)**



W badaniach Brodniaka i Zwolińskiego nad rozpowszechnieniem myśli i zachowań samobójczych wśród pacjentów lecznictwa odwykowego okazało się, że co piąty pacjent leczący się placówkach odwykowych albo często myśli o samobójstwie, albo je planuje, a ok. 14% pacjentów miało co najmniej jedną próbę samobójczą w swoim życiu (Brodniak, Zwoliński 2006, s. 33). Wśród badanej grupy bezdomnych alkoholików odsetek ten był wyższy i wynosił 31%.

### **3. Zastosowane metody statystyczne**

Dane demograficzne pacjentów oraz odsetek osób wykazujących określone objawy uzależnienia przedstawiono dalej w formie tabel i wykresów. Obliczono także średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe wyników badań kwestionariuszowych. Próbując ocenić, czy uzyskane wyniki są wysokie, przeciętne czy niskie, średnią arytmetyczną badanej grupy przeliczano na steny, korzystając z tabel normalizacyjnych. W przypadku tych narzędzi, które nie zostały znormalizowane (jak np. kwestionariusz SCL-90), porównywano uzyskane wyniki do wyników innych grup badanych przy użyciu tych samych narzędzi.

Porównano także wyniki osób, które ukończyły terapię z tymi, które ją przerwały, za pomocą statystycznych testów istotności.

Dalsze analizy dotyczyły tylko 28 osób, które ukończyły terapię. Porównano wyniki tej grupy uzyskane przed terapią i po terapii, obliczając poziom istotności statystycznej różnic między oboma pomiarami. Ponadto różnice między oboma pomiarami zobrazowano na wykresach, pozwalających porównać mediany, rozstępy międzykwartylowe (różnice między górnym i dolnym kwartyłem) oraz wartości minimalne i maksymalne.

Rozkłady wyników w badanych grupach często nie były normalne. Wprawdzie zdarzało się niekiedy, że były normalne w jednym z pomiarów, lecz nie były już normalne w drugim. Z tego powodu, porównując oba uzyskane wyniki, z reguły nie można było zastosować parametrycznego testu t-Studenta.

W związku z powyższym, do oszacowania istotności różnic między pierwszym a drugim pomiarem badanych zmiennych, zastosowano nieparametryczny test Wilcoxon. Za statystycznie istotne uznawano różnice na poziomie istotności  $p < 0,05$ . (Brzeziński 1996, ss. 267-278). W sytuacji, gdy spełnione są założenia dla parametrycznego testu t-Studenta dla prób zależnych, wówczas test Wilcoxon posiada moc zbliżoną do testu t (Poradnik statystyczny *Statistica*).

Z kolei do porównywania istotności różnic między podgrupami pacjentów (np. tych, którzy ukończyli terapię z tymi, którzy jej nie ukończyli, bądź tych, którzy wrócili do picia pół roku po terapii, z tymi, którzy zachowywali abstynencję) stosowano test U-Manna-Whitneya.

Test U jest najmocniejszą, nieparametryczną alternatywą dla testu t dla prób niezależnych. W niektórych przypadkach może nawet wykazywać większą moc przy odrzucaniu hipotezy zerowej niż test t-Studenta (Poradnik statystyczny *Statistica*).

## **4. Wyniki badań kwestionariuszowych przy przyjęciu do terapii**

### **4.1. Poczucie kontroli i tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle**

Tabela 12.

**Poczucie kontroli i tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle przy przyjęciu do terapii (N=59)**

<b>Poczucie kontroli i tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle przy przyjęciu do terapii (N=59)</b>		
Skala	Średnia	Odch. Std
Poczucie kontroli	3,95	2,89
Tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle	1,54	1,47

Porównując uzyskane wyniki pacjentów OTU z wynikami innych grup, badanych przez Drwala wydaje się, że bezdomni alkoholicy uzyskują przeciętne wyniki w zakresie poczucia

kontroli oraz stosunkowo niskie w zakresie tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle.

## 4.2. Objawy psychopatologiczne

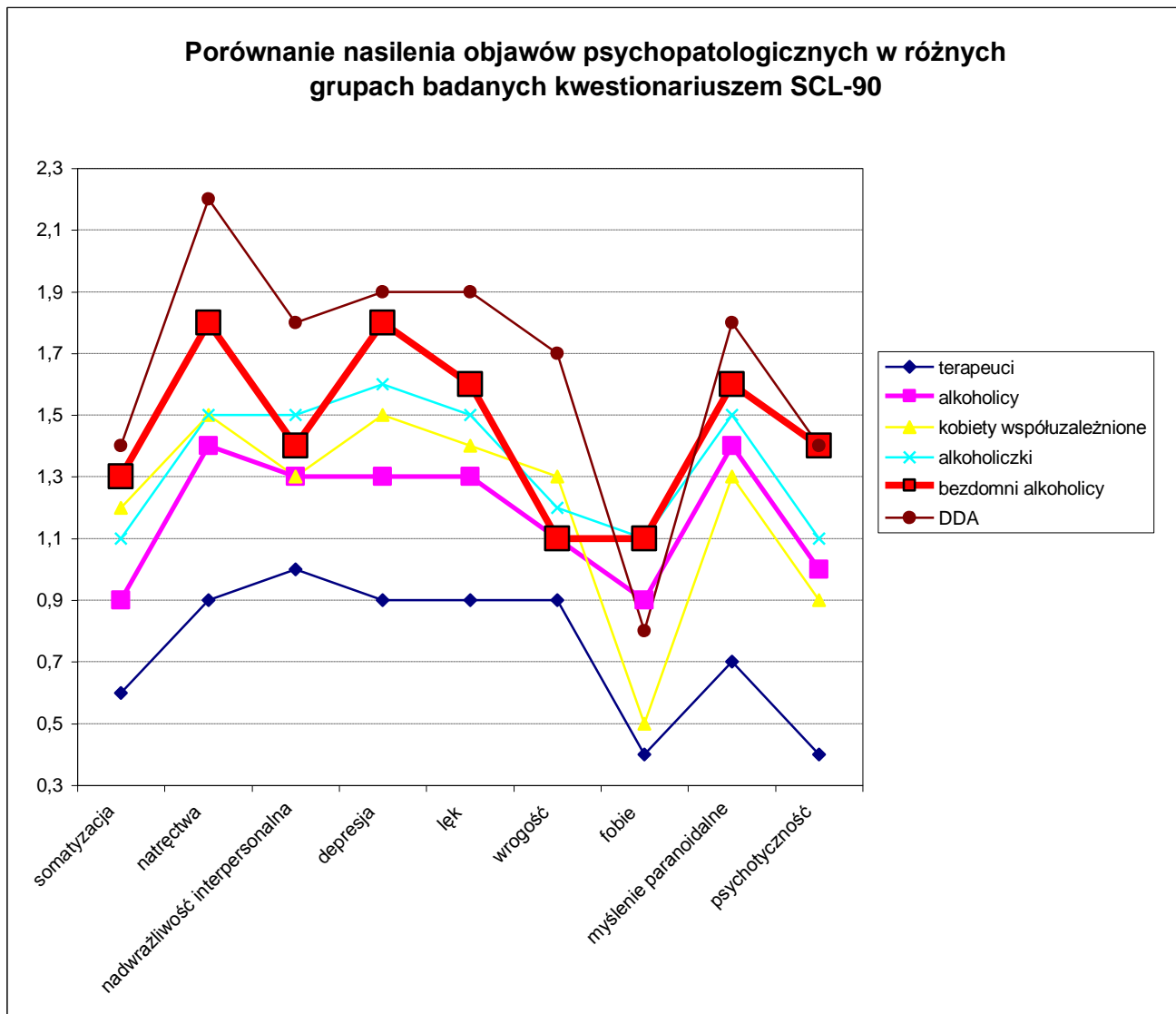
**Tabela 13.**

**Nasilenie objawów psychopatologicznych przy przyjęciu do terapii (N=59)**

Nasilenie objawów psychopatologicznych przy przyjęciu do terapii (N=59)		
Skala	Średnia	Odch. Std
somatyzacje	1,3	0,9
natręctwa	1,8	0,8
nadwrażliwość interpersonalna	1,4	0,8
depresja	1,8	0,8
lęk	1,6	0,9
wrogość	1,1	0,9
fobie	1,1	0,9
myślenie paranoidalne	1,6	0,8
psychotyczność	1,4	0,7

**Wykres 22.**

**Porównanie nasilenia objawów psychopatologicznych w różnych grupach badanych kwestionariuszem SCL-90**



Porównanie wyników badań bezdomnych alkoholików do wyników innych grup, badanych kwestionariuszem SCL-90 wykazuje, że bezdomni alkoholicy uzyskują stosunkowo wysokie wyniki w zakresie objawów psychopatologicznych, wyższe niż alkoholicy leczeni w sieci wiodących placówek leczenia odwykowego przed terapią (Monitorowanie... 1996, s.15). Taki stan rzeczy jest zgodny z oczekiwaniami – pacjenci publicznych placówek odwykowych zazwyczaj są mniej zdegradowani społecznie - mają dom, pracę, często także rodzinę, natomiast bezdomni pacjenci OTU "Monar" są bardziej zdegradowani społecznie i bardziej zaawansowani w chorobie alkoholowej.

Z cytowanych już wcześniej badań Instytutu Psychologii Zdrowia wynika, że bezdomni alkoholicy są bardziej zaburzeni i częściej są już w ostatniej, chronicznej fazie uzależnienia w porównaniu do ogółu alkoholików podejmujących terapię w placówkach odwykowych. Częściej mają psychozy alkoholowe i częściej podejmują próby samobójcze. Wśród bezdomnych więcej jest alkoholików, u których objawy uzależnienia wystąpiły już ponad 10 lat temu. Mają wyższe nasilenie objawów psychopatologicznych, mierzonych

kwestionariuszem SCL-90, w skalach somatyzacji, natręctw, depresji, fobii, myślenia paranoidalnego i psychotyczności. Innych ludzi postrzegają jako wrogich sobie, są wobec nich podejrzliwi, wolą wycofywać się z kontaktów społecznych i żyć w świecie swoich iluzji (Nikodemka 2000).

### 4.3. Style radzenia sobie ze stresem

Tabela 14.

Style radzenia sobie ze stresem przy przyjęciu do terapii (N=57)

Style radzenia sobie ze stresem przy przyjęciu do terapii (N=57)			
Skala	Średnia	Odch. Std	Steny
Styl skoncentrowany na zadaniu	50,7	8,1	4
Styl skoncentrowany na emocjach	52,2	8,9	7
Styl skoncentrowany na unikaniu	47,3	8,0	6
Angażowanie się w czynności zastępcze	23,3	4,8	7
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	14,1	3,8	4

Jak widać w powyższej tabeli, bezdomni alkoholicy w chwili przyjmowania do terapii uzyskują stosunkowo niskie wyniki w skali mierzącej styl skoncentrowany na zadaniu (4 steny), natomiast stosunkowo wysokie w skali mierzącej styl skoncentrowany na emocjach (7 stenów). Wyniki uzyskiwane w zakresie stylu skoncentrowanego na unikaniu możnaby uznać za przeciętne. Jednakże dzieje się tak dlatego, że w obu podskalach tego stylu bezdomni alkoholicy uzyskują rozbieżne wyniki: w podskali mierzącej angażowanie się w czynności zastępcze uzyskują podwyższone wyniki (7 stenów), natomiast w podskali mierzącej poszukiwanie kontaktów towarzyskich uzyskują obniżone wyniki (4 steny).

Uzyskane wyniki są zgodne z oczekiwaniami. Z praktyki klinicznej wiadomo, że alkoholicy mają tendencję do doraźnego poprawiania sobie nastroju, zamiast rozwiązywać problemy, jakie przynosi życie. Stąd wyniki w zakresie stylu skoncentrowanego na zadaniu są obniżone, zaś w zakresie stylu skoncentrowanego na emocjach – podwyższone. Z kolei podskala – "angażowanie się w czynności zastępcze" (takie jak: objadanie się, oglądanie telewizji, sen) – jest najbliższa temu, co jest charakterystyczne dla osób uzależnionych, dla których picie alkoholu może być podobną, zastępczą czynnością.

Ponadto uzyskane wyniki są zgodne z wynikami badań Strelaua, przeprowadzonych w ramach badań nad trafnością kwestionariusza CISS (Strelau i in. 2005, s. 36-37). Porównanie alkoholików i osób nieuzależnionych wykazało wówczas, że grupy te różnią się istotnie we wszystkich skalach kwestionariusza CISS, ale największa różnica dotyczy stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE). Okazało się, że alkoholicy badani przez Strelaua w największym stopniu spośród badanych przez niego grup stosowali styl skoncentrowany na emocjach, a jednocześnie charakteryzowało ich najniższe nasilenie stylu skoncentrowanego na zadaniu. Podobną prawidłowość można zaobserwować także wśród bezdomnych alkoholików – pacjentów OTU "Monar".

Uzyskane rezultaty pozwalają zatem na przyjęcie postawionej wcześniej hipotezy, że bezdomni alkoholicy wykazują obniżone umiejętności radzenia sobie ze stresem.

#### 4.4. Inteligencja emocjonalna

Tabela 15.

Inteligencja emocjonalna przy przyjęciu do terapii (N=57)

Inteligencja emocjonalna przy przyjęciu do terapii (N=57)			
Skala	Średnia	Odch. Std	Steny
Inteligencja emocjonalna	117,2	14	4

Bezdomni alkoholicy przed terapią uzyskują stosunkowo niskie wyniki w zakresie inteligencji emocjonalnej (4 steny). Wynik ten jest zgodny z oczekiwaniami. Można było spodziewać się, że osoby, które radzą sobie z uczuciami za pomocą alkoholu (mechanizm nałogowego regulowania uczuć), uzyskają niskie wyniki w tym zakresie. **Można zatem przyjąć hipotezę, że bezdomni alkoholicy wykazują niski poziom inteligencji emocjonalnej.**

Uzyskane wyniki są także zgodne z cytowanymi wcześniej wynikami badań Kruk, Jastrzębskiego, Ślaskiego, Woś i Jopkiewicz (2008).

#### 4.5. Kompetencje społeczne

Tabela 16.

Kompetencje społeczne przy przyjęciu do terapii (N=57)

Kompetencje społeczne przy przyjęciu do terapii (N=57)			
Skala	Średnia	Odch. Std	Steny
Kompetencje w sytuacjach intymnych	41,2	6,8	5
Kompetencje w sytuacjach ekspozycji społ.	46,1	10,0	4
Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	46,5	8,6	5
KKS – wynik ogólny	163,1	27,1	4

Bezdomni alkoholicy uzyskują stosunkowo niskie wyniki (na poziomie 4. stena) w zakresie kompetencji społecznych. Mają obniżone kompetencje w sytuacjach wymagających ekspozycji społecznej oraz przeciętne kompetencje w sytuacjach intymnych i w sytuacjach wymagających asertywności. **Uzyskane rezultaty pozwalają na przyjęcie postawionej wcześniej hipotezy, że bezdomni alkoholicy wykazują niski poziom kompetencji społecznych.**

Zastanawiać może jednak, dlaczego wyniki uzyskiwane przez bezdomnych alkoholików nie są jeszcze niższe, np. na poziomie 1-3 stenów?

Wydaje się, że stereotyp bezdomnego jako osoby społecznie nieprzystosowanej nie zawsze jest uzasadniony. Choć jako grupa bezdomni alkoholicy w zakresie kompetencji społecznych uzyskują wyniki niższe od przeciętnych w polskiej populacji, to jednak nie są one aż tak niskie, jak możnaby się spodziewać na podstawie ich bardzo niskiej pozycji społecznej. Wielu spośród nich potrafiłoby zapewne dobrze funkcjonować w świecie społecznym, gdyby utrzymywali abstynencję. Z historii życia wielu pacjentów wiemy, że niektórzy z nich radzili sobie bardzo dobrze, zanim zaczęli nadużywać alkoholu, a przestali sobie radzić dopiero wtedy, gdy picie alkoholu stało się dla nich ważniejsze niż inne wartości. Ponadto, zaniedbując wszystkie inne dziedziny życia, potrafią jednak być bardzo sprawni i skuteczni w zdobywaniu pieniędzy na alkohol.

Może to oznaczać, że wielu spośród bezdomnych alkoholików umiałoby sobie poradzić z wieloma zadaniami społecznymi, gdyby nie pili alkoholu.

#### 4.6. System wartości

Tabela 17.

Trudności lub zaburzenia w wartościowaniu przy przyjęciu do terapii (N=57)

Trudności lub zaburzenia w wartościowaniu przy przyjęciu do terapii (N=57)			
Skala	Średnia	Odch. Std	Steny/kat. opisowa
Trudność uporządkowania systemu wartości w hierarchię	7,3	3,4	wysokie
Poczucie zagubienia wartości	7,2	2,9	wysokie
Dezintegracja wartościowania	5,2	3,1	wysokie
Poczucie niezrealizowania wartości	5,2	2,7	wysokie
KKW – wynik ogólny	24,9	10,0	8 sten

Normy opisowe dla podskal KKW obejmują 4 kategorie: wyniki bardzo wysokie, wysokie, średnie oraz niskie. We wszystkich podskalach KKW bezdomni alkoholicy uzyskują wyniki wysokie, zaś wynik ogólny - na poziomie 8 stena – także należy interpretować jako wysoki.

**Wyniki te są zgodne z postawioną hipotezą, że bezdomni alkoholicy mają nieuporządkowany system wartości.** Można było spodziewać się, że osoby, dla których picie alkoholu było ważniejsze niż inne wartości, takie jak np. rodzina, praca, dom, miłość, uczciwość, itd. będą uzyskiwać wyniki świadczące o tym, że ich system wartości jest mało uporządkowany, że przeżywają wątpliwości i konflikty dotyczące wartości, mają poczucie zagubienia lub odchodzenia od uznawanych wartości. W mniejszym stopniu akceptują wartości uprzednio cenione. Występuje u nich rozbieżność między wartościami uznawanymi a realizowanymi, obniżona motywacja do życia według systemu wartości, mała konsekwencja w realizacji celów życiowych (Oleś 1998, ss. 48-49). Uzyskane rezultaty są także zgodne z koncepcją psychologicznych mechanizmów uzależnienia, według której mechanizm rozpraszania i rozdławiania "Ja" powoduje zniszczenie poczucia tożsamości, a co za tym idzie – utratę dotychczas cenionych wartości i standardów moralnych.



## **5. Program terapii uzależnień OTU "Monar"**

Czas trwania stacjonarnego programu terapii uzależnienia od alkoholu na Oddziale Terapii Uzależnień "Monar" wynosił w trakcie trwania badań 17 tygodni (jak już wspomniano wcześniej, w roku 2009 program został skrócony do 13 tygodni). Grupa miała charakter rotacyjny – niemal w każdym tygodniu opuszczali Oddział pacjenci, którzy ukończyli terapię i niemal w każdym tygodniu przyjmowani byli nowi pacjenci. Liczebność dwóch grup terapeutycznych wynosiła 8-20 osób. Ogólna liczba pacjentów biorących w tym samym czasie udział w terapii wynosiła maksymalnie 40 osób.

Stacjonarny program leczenia dzielił się na 3 etapy:

Etap I - grupa wstępna - 4 tygodnie;

Etap II - grupa podstawowa - 12 tygodni;

Etap III - poszukiwanie pracy i mieszkania - 1 tydzień.

Ogólne warunki uczestnictwa w grupie:

- rozmowa kwalifikacyjna i wyrażenie zgody na leczenie;
- badanie lekarskie;
- zobowiązanie się do przestrzegania regulaminu Oddziału;
- zapoznanie się z ofertą terapeutyczną Oddziału;
- podpisanie "Kontraktu terapeutycznego";
- aktywne uczestniczenie we wszystkich zajęciach objętych programem;
- uczestnictwo w mityngach AA poza Oddziałem przynajmniej 1 raz w tygodniu.

**Fotografia 1.**  
**Budynek Oddziału Terapii Uzależnień "Monar"**



Budynek Oddziału Terapii Uzależnień, ul. Marywilska 44a, Warszawa.

## **5.1. Grupa wstępna**

### **Cele grupy wstępnej:**

- zapoznanie się z uczestnikami grupy terapeutycznej, nawiązanie kontaktu z terapeutą prowadzącym;
- poznanie zasad pracy w grupie terapeutycznej;
- poznanie zasad "dobrej komunikacji" – udzielania i przyjmowania informacji zwrotnych;
- uczenie się nazywania i rozpoznawania stanów emocjonalnych – uczuć;
- rozpoznanie własnej motywacji do leczenia i podejmowania zmian;
- zdobywanie wiedzy na temat uzależnienia od alkoholu;
- rozpoznawanie i rozumienie własnego uzależnienia oraz stopnia jego zaawansowania (autodiagnoza);
- uczenie się szukania wsparcia zarówno wśród profesjonalistów jak i w środowiskach trzeźwościowych;
- wstępne rozpoznanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do wspierania wczesnej abstynencji.

### **Stale zajęcia**

Zajęcia odbywające się codziennie:

1. Medytacje (na podstawie książek "24 godziny" i "Codzienne refleksje") – 20 min/dzień.
2. Społeczność (bieżące sprawy organizacyjne i problemy pacjentów) – 50 min/dzień.
3. Podsumowanie dnia – 20 min/dzień.

### **Wykłady**

1. Dlaczego taka terapia?
2. Choroba alkoholowa – konsekwencje picia w różnych dziedzinach życia (wprowadzenie do przewodnika samopoznania)
3. Objawy i fazy uzależnienia (wprowadzenie do autodiagnozy)
4. Planowanie – etap wstępny terapii
5. Bezsilność – bezradność

Wszystkie wykłady trwały 1 godzinę.

### **Zajęcia warsztatowe**

1. Zasady pracy w grupie (1 godz.)<sup>8</sup>;
2. Zasady udzielania informacji zwrotnych (1 godz. 15 min.);
3. Zajęcia integracyjne (3 godz. 15 min.);
4. Co to jest AA? Jak korzystać mityngów (1 godz. 15 min.);
5. Uczucia – nazywanie (2 godz. 15 min.);
6. Uczucia – okazywanie (2 godz. 15 min.);
7. Wstęp do litrażu (1 godz.);
8. Uczucia – zaufanie (1 godz.);
9. Zajęcia sportowe (4 godz.);
10. Litraż – rozliczenie (2 godz. 15 min.);
11. Mity i fakty na temat alkoholu (1 godz. 15 min.);
12. Co jest ważne w życiu? (1 godz. 15 min.);
13. Okno Johari - na ile znam siebie i na ile znają mnie inni (2 godz. 15 min.);
14. Zyski i straty z picia alkoholu – bilans (1 godz.);
15. Autodiagnoza (2 godz. 15 min.);
16. Dlaczego chcę przestać pić? (2 godz. 15 min.);
17. Dzienniczek uczuć (2 godz. 30 min.);
18. Rozpoznawanie głodu alkoholowego (1 godz.);
19. Radzenie sobie z głodem alkoholowym (1 godz. 15 min.);
20. Planowanie procesu terapii – odebranie pracy domowej (1 godz.).

### **Przewodnik samopoznania**

Przewodnik samopoznania – prace pisemne pacjentów ilustrujące na konkretnych przykładach wpływ picia alkoholu na 10 różnych obszarów ich życia - 2 godz./tydzień (łącznie 8 godz.).

### **Filmy edukacyjne**

1. "Dni wina i róż";
2. "Edi".

Film wraz z omówieniem trwa 2 godz. 30 min (łącznie 5 godz.).

---

<sup>8</sup> W nawiasach podano liczbę godzin zajęć w ciągu 4 tygodni zajęć grupy wstępnej.

## **Rozmowy indywidualne**

Rozmowy indywidualne (łącznie 13 godz.)<sup>9</sup>.

## **Zajęcia sportowe**

Siatkówka, kometka, rzutki, tenis stołowy, quiz o tematyce alkoholowej – 1 godz/tydzień (łącznie 4 godziny).

## **5.2. Grupa podstawowa**

### **Cele grupy podstawowej:**

- ugruntowanie wiedzy na temat uzależnienia od alkoholu i innych substancji zmieniających świadomość;
- rozpoznanie działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia;
- rozpoznanie problemów życiowych i ich związku z pićiem we wszystkich obszarach funkcjonowania;
- uczenie się konstruktywnego radzenia sobie z własnymi uczuciami;
- uczenie się rozpoznawania własnych umiejętności (pełnienia ról społecznych) możliwości, potrzeb i celów;
- odbudowanie więzi z rodziną;
- uczenie się rozpoznawania swojego świata wartości;
- budowanie poczucia własnej wartości - akceptacji siebie;
- rozpoznanie przyczyn własnej bezdomności;
- budowanie oparcia w sobie i odpowiedzialności za siebie;
- zdobywanie wiedzy na temat nawrotów choroby;
- uczenie się radzenia sobie z nawrotami choroby;
- poznawanie i rozwijanie umiejętności do trzeźwego życia;
- uczenie się konstruktywnych sposobów odmawiania picia;
- poznawanie umiejętności niezbędnych przy wychodzeniu z bezdomności (szukanie pracy, szukanie mieszkania).

### **Stale zajęcia**

Zajęcia odbywające się codziennie:

1. Medytacje (na podstawie książek "24 godziny" i "Codzienne refleksje") – 20 min/dzień.
2. Społeczność (bieżące sprawy organizacyjne i problemy pacjentów) – 50 min/dzień.
3. Podsumowanie dnia – 20 min/dzień.

### **Wykłady**

1. Mechanizm nałogowego regulowania uczuć;
2. Mechanizm iluzji i zaprzeczania;
3. Mechanizm rozpraszania i rozdławiania "Ja";
4. Złość;
5. Inne uzależnienia;
6. Rodzina dysfunkcyjna (genogram);
7. Racjonalna terapia emotywna;
8. Duchowość (wprowadzenie do przewodnika samopoznania II);

---

<sup>9</sup> Liczba godzin rozmów indywidualnych w ciągu 4 tygodni trwania grupy wstępnej dla wszystkich pacjentów grupy wstępnej. Na jednego pacjenta przypada w tym czasie ok. 2-4 godzin rozmów indywidualnych z terapeutą.

9. Świat wartości;
10. Nawroty choroby cz. I. – Biochemia mózgu (bodźce wyzwalające chęć picia);
11. Nawroty choroby cz. II. – Etapy zdrowienia (strategie radzenia sobie z nawrotami);
12. Planowanie procesu zdrowienia na wyjście (sieć wsparcia);
13. Alkohol a seks.

### **Zajęcia warsztatowe**

1. Traktowanie siebie (potrzeby wg A. Masłowa) (2 godz. 15 min.);
2. Trening radzenia sobie z lękiem (2 godz. 15 min.);
3. Przygotowanie do listy przymiotników (1 godz.);
4. Praca z listą przymiotników (2 godz. 15 min.);
5. Funkcjonowanie w rolach społecznych (2 godz. 15 min.);
6. Mapa świata alkoholika – wstęp (1 godz.);
7. Mapa świata alkoholika – omówienie prac domowych;
8. Jak usprawiedliwiałem swoje picie (1 godz. 15 min.);
9. Wstyd i poczucie winy (2 godz. 15 min.);
10. Poznawanie siebie – psychorysunek (2 godz. 15 min.);
11. AA pomocne w trzeźwieniu (1 godz. 15 min.);
12. Poznawanie siebie – kim jestem (2 godz. 15 min.);
13. Kim jestem – mówienie ankiety (1 godz. 15 min.);
14. Za co siebie cenię i lubię, za co cenią mnie i lubią inni (2 godz. 15 min.);
15. Złość – praca w grupie;
16. Trening radzenia sobie ze złością (5 godz.);
17. Trzeźwienie jako proces (1 godz. 15 min.);
18. Trening radzenia sobie ze stresem (2 godz. 15 min.);
19. Rozpoznawanie przyczyn bezdomności (5 godz.);
20. Rodzina dysfunkcyjna, genogram – prace pacjentów (2 godz. 15 min.);
21. Racjonalna terapia emotywna – ankieta (1 godz. 15 min.);
22. Pozytywne i negatywne myślenie (2 godz. 15 min.);
23. Fazy rozwoju bezdomności (1 godz.);
24. Spotkanie z Wiktorem O. – odsłuchanie kasy magnetofonowej i dyskusja (1 godz. 15 min.);
25. Zyski i straty z bezdomności (3 godz. 15 min.);
26. W poszukiwaniu świata wartości (2 godz. 15 min.);
27. Trening poszukiwania pracy (7,5 godz.);
28. Nawroty – bodźce wyzwalające (2 godz. 15 min.);
29. Nawroty – sygnały ostrzegawcze (2 godz. 15 min.);
30. Trening gospodarowania budżetem (2 godz. 15 min.);
31. Nawroty – strategie radzenia sobie (2 godz. 15 min.);
32. Spotkanie z absolwentem oddziału (1 godz. 15 min.);
33. Pożegnanie pacjentów kończących terapię – informacje zwrotne (2 godz. 15 min.).

### **Przewodnik samopoznania**

Przewodnik samopoznania – prace pisemne pacjentów ilustrujące na konkretnych przykładach wpływ picia alkoholu na 10 różnych obszarów ich życia – 2-3 godz./tydzień (łącznie 28 godz.).

### **Grupa zadaniowa**

Rozliczanie zadań indywidualnych, wykonanych w ramach osobistych planów terapii, odczytywanie "piciorysów" oraz przewodników samopoznania II, poświęconych duchowości – 1 godz./tydzień (łącznie 16 godzin).

### **Filmy edukacyjne**

1. "Nazywam się Bill W.";
2. "Rozdarte dusze";
3. "Żółty szalik";
4. "Forest Gump".

Film wraz z omówieniem trwa 2 godz. 30 min. (łącznie 10 godz.).

### **Fotografia 2.**

#### **Sala terapeutyczna**



### **5.3. Kadra**

Program terapeutyczny realizowany był przez wysoko wykwalifikowanych terapeutów uzależnień. Wszyscy pracownicy OTU mieli certyfikaty specjalistów bądź instruktorów psychoterapii uzależnień Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), bądź byli w trakcie programu szkoleniowego, akredytowanego przez PARPA.

#### **Fotografia 3. Zespół OTU**

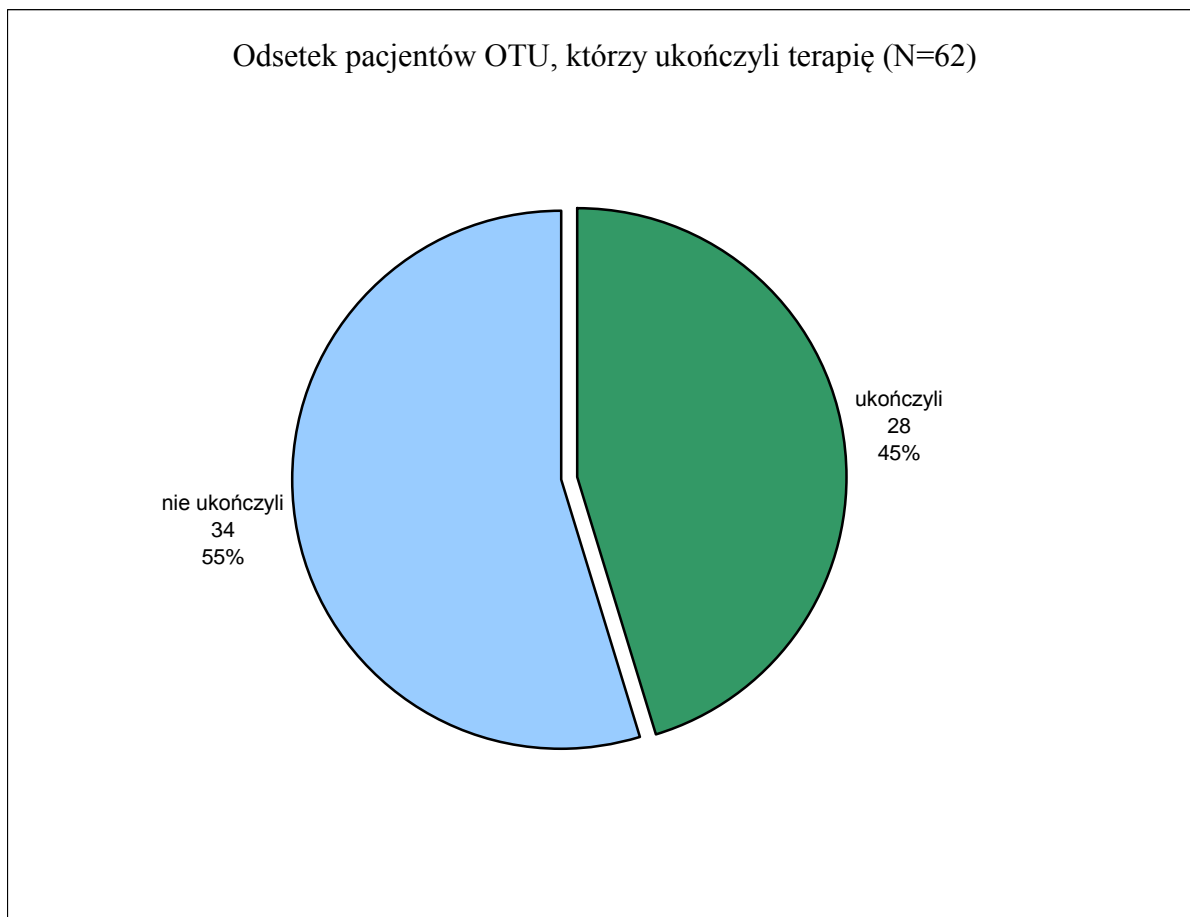


Od lewej – stoją: mgr Małgorzata Misiec (absolwentka resocjalizacji, certyfikowany specjalista terapii uzależnień PARPA), mgr Bogusław Włodawiec (psycholog, certyfikowany specjalista terapii uzależnień PARPA), mgr Piotr Kościelniak (pedagog resocjalizacyjny, w trakcie procesu certyfikacyjnego), mgr Sebastian Nowakowski (psycholog, trakcie procesu certyfikacyjnego); siedzą: Henryk Stegiński (certyfikowany instruktor terapii uzależnień PARPA), mgr Małgorzata Barszcz (kierownik OTU, absolwentka resocjalizacji, certyfikowany specjalista terapii uzależnień PARPA z wieloletnim stażem w lecznictwie odwykowym), Krzysztof Żmijewski (certyfikowany instruktor terapii uzależnień PARPA).

## 6. Porównanie pacjentów, którzy ukończyli terapię z tymi, którzy ją przzerwali

Wykres 23.

Odsetek pacjentów OTU, którzy ukończyli terapię



Spośród 62 pacjentów, którzy rozpoczęli terapię, ukończyło ją 28-miu (45%). Pozostałe osoby wypadły z terapii: część osób w ciągu kilku pierwszych dni po rozpoczęciu, zorientowawszy się, że udział w terapii wiąże się ze znacznymi wymaganiami ze strony terapeutów, inne osoby w trakcie grupy wstępnej, podstawowej, niekiedy nawet pod koniec terapii. Jak się wydaje, zasadniczą przyczyną przerywania terapii jest niska motywacja do zmiany i chęć powrotu do picia alkoholu (głód alkoholowy). Część osób nie wracała do ośrodka podczas weekendu. Niektóre osoby zostały usunięte z Oddziału za trzykrotne naruszenie regulaminu lub za złamanie abstynencji. Kilka osób podejmowało decyzję o wypisaniu się z Oddziału pod pretekstem ważnych spraw rodzinnych lub zawodowych (np. znalezienie pracy), na inne z kolei miała wpływ ładna pogoda, zwiastująca koniec zimy i pozwalająca na powrót do dotychczasowego trybu życia osoby bezdomnej. Dla tych osób udział w terapii odwykowej był tylko sposobem na przeczimowanie.



Porównano obie podgrupy pacjentów, tych, którzy ukończyli terapię i tych, którzy ją przerwali, w zakresie danych demograficznych i wyników uzyskiwanych w kwestionariuszach przy przyjęciu do terapii. Istotność statystyczną różnic między tymi podgrupami oszacowano za pomocą testu U-Manna-Whitneya. Wyniki prezentuje poniższa tabela. Na czerwono zaznaczono pozycje, w których różnice okazały się statystycznie istotne.

**Tabela 18.**

**Oszacowanie istotności różnic między pacjentami, którzy ukończyli terapię, a tymi, którzy ją przerwali testem U-Manna-Whitneya**

Oszacowanie istotności różnic testem U-Manna-Whitneya między pacjentami, którzy ukończyli terapię, a tymi, którzy ją przerwali							
Zmienne	Suma rang ukończył	Suma rang nie ukończył	U	Z	poziom p	N ważn. ukoń.	N ważn. nie uk.
Wiek	1055,00	898,00	303,0	2,44708	<b>0,014407</b>	28	34
Liczba dzieci	930,50	1022,50	427,5	0,68603	0,492699	28	34
Poziom wykształcenia	849,00	1104,00	443,0	-0,46678	0,640658	28	34
Bezdomność	913,50	977,50	416,5	0,65852	0,510208	28	33
Więzienie	695,00	631,00	289,00	-0,62468	0,532183	28	33
Sk. kłamstwa	811,50	958,50	405,50	-0,43261	0,665299	28	31
Poczucie kontroli	687,50	1082,50	281,5	-2,31486	<b>0,020627</b>	28	31
Wrogość	696,00	1074,00	290,0	-2,18584	<b>0,028835</b>	28	31
Intel. emocj.	866,50	786,50	351,50	0,86995	0,384333	28	29
KKS	785,50	867,50	379,50	-0,42300	-0,42300	28	29
SSU	656,50	996,50	278,50	-2,02174	<b>-0,043212</b>	27	30
KKW	814,00	839,00	404,00	0,03192	0,974532	28	29

Osoby, które ukończyły terapię, różniły się od tych, które jej nie ukończyły, w zakresie czterech zmiennych: były starsze średnio o 5 lat, miały niższy poziom wrogości, bardziej wewnętrzne poczucie kontroli i rzadziej stosowały styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na unikaniu. Można przypuszczać, że stosunkowo częściej kończą terapię osoby starsze, które zaczynają już myśleć o tym, jak przeżyją swoją starość, są mniej wrogo nastawione do innych, w większym stopniu biorą na siebie odpowiedzialność za swój los i rzadziej unikają rozwiązywania swoich problemów.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wsparcie społeczne może wywierać znaczący wpływ na przebieg uzależnienia, leczenie i utrzymywanie abstynencji (Jakubik, Kowaluk oraz Lipczyński, Nowosad). Zakładając, że osoby pozostające w związku małżeńskim częściej będą miały wsparcie społeczne w rodzinie niż osoby rozwiedzione, próbowano ustalić, czy stan cywilny pacjentów ma związek z kończeniem bądź przerywaniem przez nich terapii. Wyniki prezentuje poniższa tabela:

**Tabela 19.**

**Oszacowanie poziomu istotności różnicy między podgrupą żonatych a podgrupą rozwiedzionych, w zakresie kończenia przez nich terapii**

<b>Oszacowanie poziomu istotności różnicy między żonatymi (N=9) i rozwiedzionymi (N=26), w zakresie kończenia terapii, testem Chi-kwadrat (tabela 2x2)</b>			
	Ukończyli	Nie ukończyli	Razem
Rozwiedzeni	12	14	26
Procent całości	34%	40%	74%
Żonaci	5	4	9
Procent całości	14%	11%	26%
Razem w kol.	17	18	35
Procent całości	48%	51%	
Chi-kwadrat(df=1)	0,240	p= 0,6267	
V-kwadrat(df=1)	0,230	p= 0,6317	
Chi-kwadrat skoryg. Yatesa	0,010	p= 0,9208	

Jak widać w powyższej tabeli, test Chi-kwadrat nie wykazał istotnych statystycznie różnic między pacjentami żonatymi a rozwiedzionymi, jeśli chodzi o kończenie przez nich terapii odwykowej. Brak podstaw do stwierdzenia, że wsparcie społeczne uzyskiwane przez osoby pozostające w formalnym związku małżeńskim przyczynia się do częstszego kończenia terapii przez bezdomnych alkoholików.

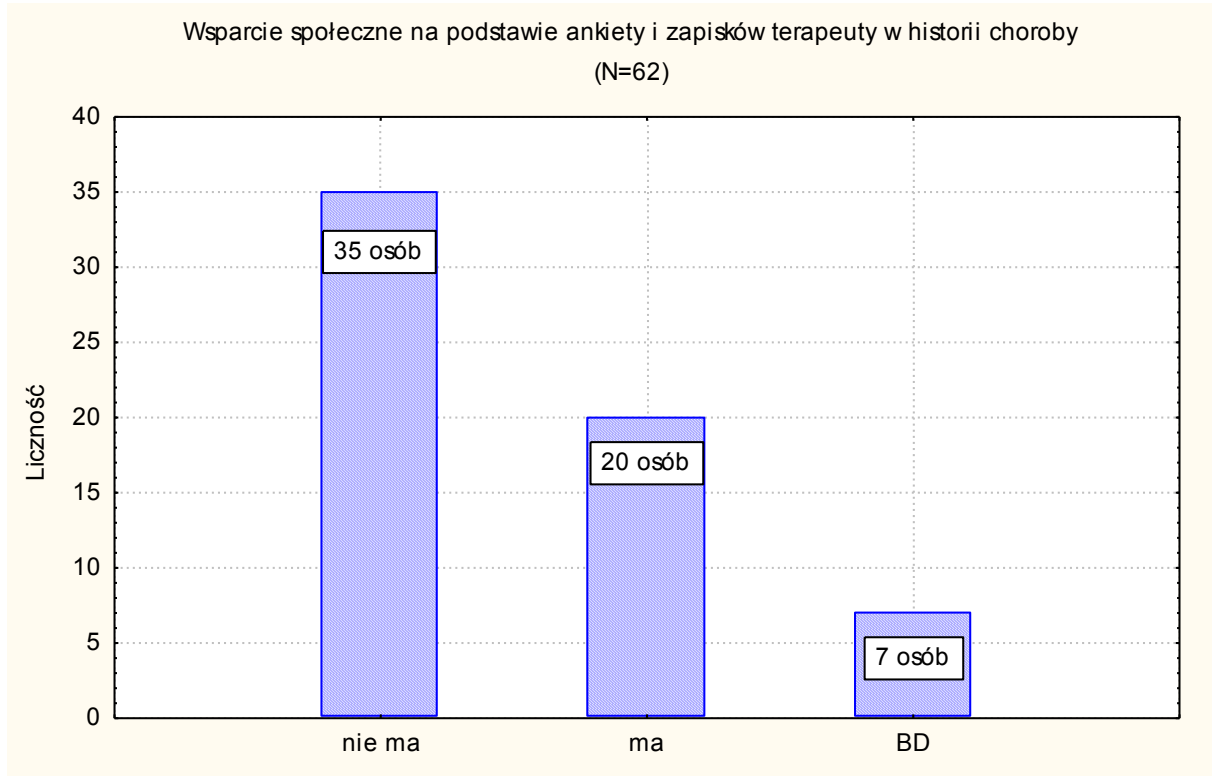
Wydaje się, że samo określenie stanu cywilnego u bezdomnych alkoholików nie pozwala na stwierdzenie, na ile dana osoba korzysta ze wsparcia bliskiej osoby. Na podstawie wywiadów z pacjentami stwierdzono, że niektórzy z nich formalnie pozostają żonaci, mimo, że nie utrzymują kontaktu z rodziną (a więc być może nawet nie wiedzą, iż został orzeczony rozwód na rozprawie, na której byli nieobecni). Inni, w okresach utrzymywania abstynencji, nawiązują kontakty ze swoimi byłymi żonami, uzyskując wsparcie z ich strony, mimo, że formalnie są po rozwodzie. Jeszcze inni, choć są rozwiedzeni, mają wsparcie w nowych związkach, w konkubinatach.

Podjęto zatem próbę ustalenia, którzy pacjenci mieli wsparcie społeczne, na podstawie zapisków terapeuty prowadzącego w historii choroby oraz odpowiedzi pacjentów w ankiecie, zawierającej pytania o kontakty z rodziną, bliskimi osobami i przyjaciółmi, a także pytanie, do kogo pacjent może zwrócić się o pomoc ze swoimi problemami. Ustalono w ten sposób, że ponad połowa pacjentów (35 osób) nie ma wsparcia społecznego, a prawie 1/3 (20 osób) ma

takie wsparcie. W przypadku 7 osób brak było wystarczających danych i nie udało się tego ustalić.

**Wykres 24.**

**Wsparcie społeczne pacjentów OTU (N=62)**



Następnie oszacowano testem Chi-kwadrat poziom istotności różnicy między osobami posiadającymi wsparcie społeczne, a osobami pozbawionymi wsparcia społecznego, w zakresie kończenia terapii.

**Tabela 20.**

**Oszacowanie poziomu istotności różnicy między pacjentami mającymi wsparcie społ. i niemającymi wsparcia w zakresie kończenia przez nich terapii**

<b>Oszacowanie poziomu istotności różnicy między pacjentami mającymi wsparcie społ. (N=20) i niemającymi wsparcia (N=35) w zakresie kończenia terapii testem Chi-kwadrat (tabela 2x2)</b>			
	Ukończyli	Nie ukończyli	Razem
Ma wsparcie	12	8	20
Procent całości	22%	15%	36%
Nie ma wsparcia	16	19	35
Procent całości	29%	35%	64%
Razem w kolumnach	28	27	55
Procent całości	51%	49%	
Chi-kwadrat(df=1)	1,040	p= 0,3080	
V-kwadrat(df=1)	1,020	p= 0,3124	
Chi-kwadrat skoryg. Yatesa	0,550	p= 0,4598	

Jak widać w powyższej tabeli, osoby posiadające wsparcie społeczne nieco częściej kończą terapię w porównaniu do osób pozbawionych wsparcia, lecz różnica między tymi dwiema grupami nie jest istotna statystycznie. Brak zatem dostatecznych podstaw to stwierdzenia, że wsparcie społeczne ma związek z kończeniem przez bezdomnych pacjentów terapii odwykowej.

Być może nie wystarczy mieć zapewnione wsparcie społeczne, trzeba jeszcze chcieć z niego korzystać. Wydaje się, że w przypadku bezdomnych alkoholików większe znaczenie od dostępności wsparcia społecznego ma to, czy osoba uzależniona chce i potrafi je przyjąć. Praktyka kliniczna pokazuje, że bezdomni alkoholicy często mają wiele możliwości uzyskania pomocy, lecz jej nie przyjmują. Może się to wiązać z działaniem mechanizmu rozpraszania i rozdławiania "Ja" – alkoholowa pycha sprzyja bowiem myśleniu: "nie potrzebuję pomocy, gdyż sam sobie świetnie poradzę".

## 7. Efekty terapii po jej zakończeniu

Dalsze porównania dotyczą wyłącznie 28-miu absolwentów 17-to tygodniowego programu terapii. Pominięto osoby, które terapii nie ukończyły, zgodnie z zasadą, że skuteczność działania leku ocenia się w grupie chorych, którzy przyjmowały przepisaną dawkę w wyznaczonym czasie, pomijając tych chorych, którzy wprawdzie dostali receptę, ale nie wykupili leku, bądź wykupili i przyjęli pierwsze dawki, ale następnie odstawili lek przedwcześnie.

### 7.1. Tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle

Do oszacowania poziomu istotności różnicy między dwoma pomiarami zastosowano test kolejności par Wilcoxona.

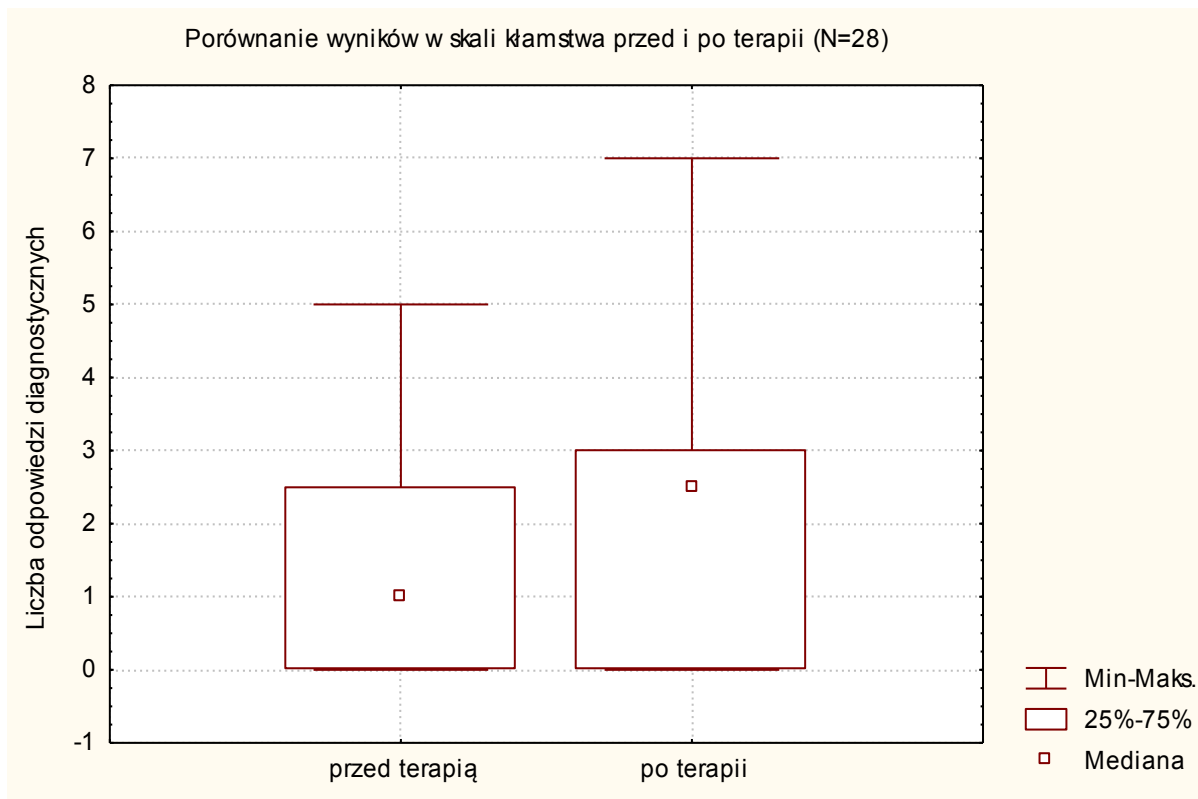
Tabela 21.

Porównanie wyników w zakresie tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle przed i po terapii

Porównanie wyników przed i po terapii (N=28)			
Tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle	Średnia przed terapią	Średnia po terapii	Poziom istotności
	1,46	2,32	0,009617

Wykres 25.

Porównania wyników w skali kłamstwa przed i po terapii (N=28)



Okazuje się, że tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle po terapii – zamiast spadać – wzrasta. **Hipoteza, że udział w terapii odwykowej prowadzi do obniżenia tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle - nie została zatem potwierdzona.**

Porównując wyniki uzyskane przez bezdomnych alkoholików do innych grup, badanych przed Drwala (tab. 2) można stwierdzić, że przed terapią alkoholicy uzyskują stosunkowo niskie wyniki, zaś po terapii – przeciętne wyniki w skali kłamstwa. Oznaczałoby to, że tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle u bezdomnych alkoholików wzrasta w trakcie terapii odwykowej ze stosunkowo niskiego do przeciętnego poziomu. Ponieważ tendencja ta osiąga przeciętny poziom, nie podważa to wiarygodności uzyskanych rezultatów badań w pozostałych kwestionariuszach.

Nie udało się wykryć różnic w zakresie skali kłamstwa między pacjentami, którzy pół roku po terapii wrócili do picia, a tymi, którzy utrzymywali abstynencję. Porównanie wyników dwóch podgrup pacjentów – wracających do picia pół roku po terapii oraz utrzymujących abstynencję, nie wykazało istotnych statystycznie różnic między tymi podgrupami w zakresie wyników w skali kłamstwa.

## 7.2. Poczucie kontroli

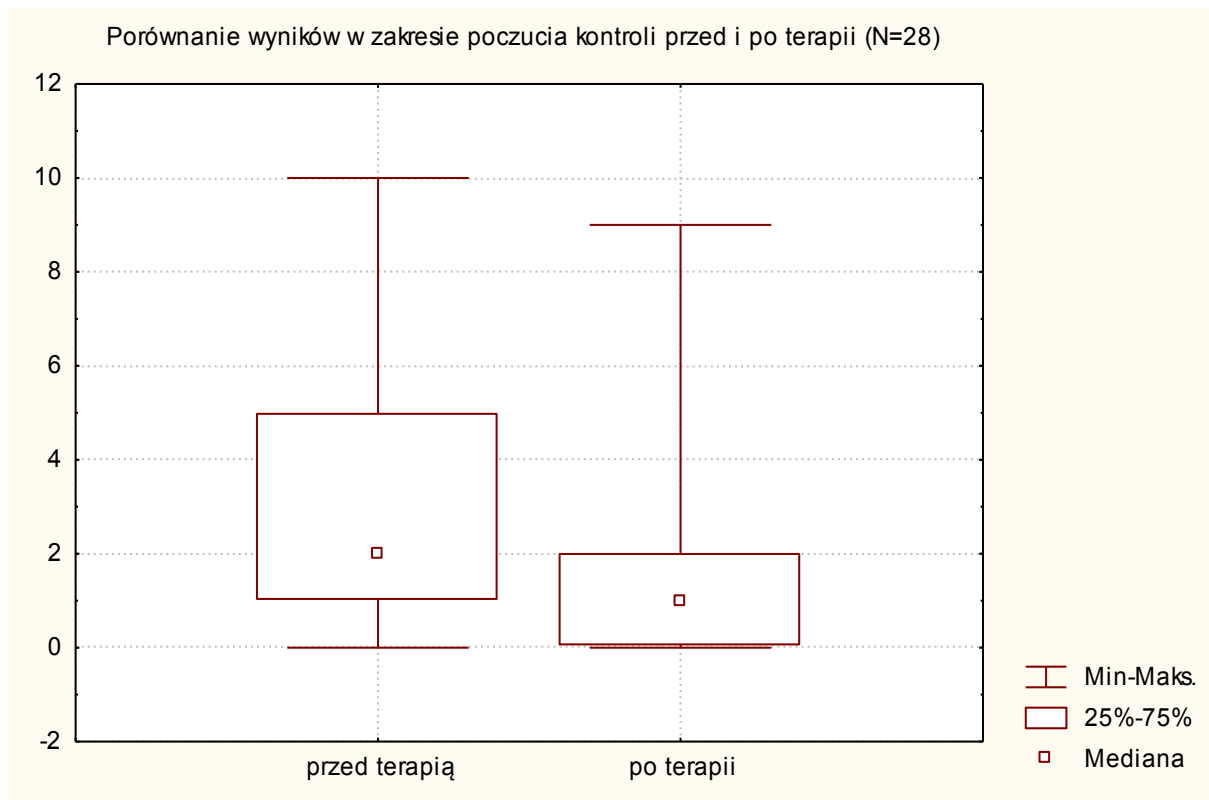
Tabela 22.

Porównanie wyników w zakresie poczucia kontroli przed i po terapii

Porównanie wyników przed i po terapii testem kolejności par Wilcoxon (N=28)			
Poczucie kontroli	Średnia przed terapią	Średnia po terapii	Poziom istotności
	3,04	1,79	0,005241

### Wykres 26.

#### Porównanie wyników w zakresie poczucia kontroli przed i po terapii (N=28)



Poczucie kontroli bezdomnych alkoholików przed terapią utrzymywało się na przeciętnym poziomie, w porównaniu do innych grup, badanych kwestionariuszem "Delta" Drwala. Po terapii bezdomni alkoholicy uzyskali niskie wyniki w skali mierzącej poczucie kontroli, w porównaniu do innych grup badanych. Spadek w tej skali był statystycznie istotny, na poziomie  $p=0,005$ . **Można zatem przyjąć hipotezę, że udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli u bezdomnych alkoholików.** Po terapii bezdomni alkoholicy uzyskują wewnętrzne poczucie kontroli, oznaczające przekonanie o posiadaniu wpływu na własne życie.

### 7.3. Objawy psychopatologiczne

Tabela 23.

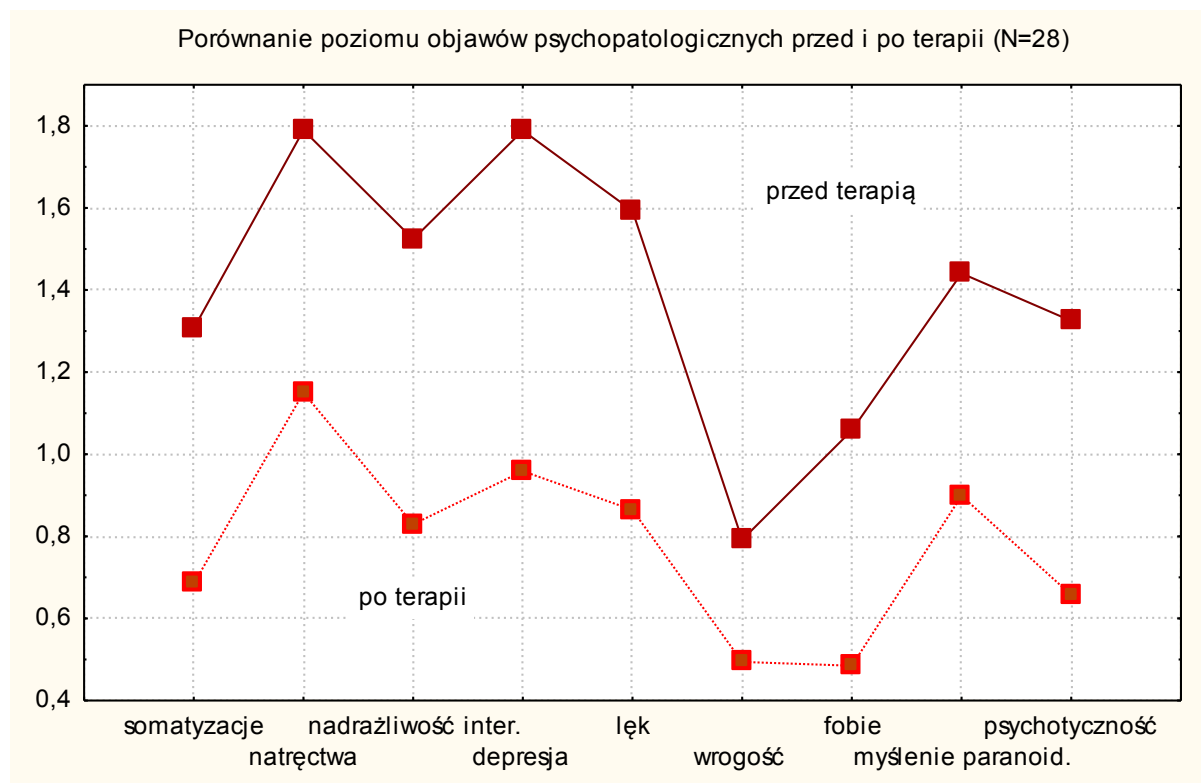
Porównanie wyników w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych przed i po terapii

Porównanie wyników przed i po terapii testem kolejności par Wilcoxon (N=28)			
Skale	Średnia przed terapią	Średnia po terapii	Poziom istotności
Somatyzacje	1,3	0,7	0,000220
Natęctwa	1,8	1,1	0,003128
Nadwrażliwość in.	1,5	0,8	0,000433
Depresja	1,8	1,0	0,000261
Lęk	1,6	0,9	0,000851
Wrogość	0,8	0,5	0,014354
Fobie	1,1	0,5	0,002031
Myślenie paranoidalne	1,4	0,9	0,004268
Psychotyczność	1,3	0,7	0,000269

Jak już wspomniano wcześniej, porównując wyniki bezdomnych alkoholików do innych grup, badanych przy użyciu kwestionariusza SCL-90 możemy zauważyć, że bezdomni alkoholicy uzyskują stosunkowo wysokie wyniki, wykazując stosunkowo wysokie nasilenie objawów psychopatologicznych. Po terapii bezdomni alkoholicy uzyskują statystycznie istotny spadek nasilenia objawów psychopatologicznych, we wszystkich skalach kwestionariusza SCL-90.

Wykres 27.

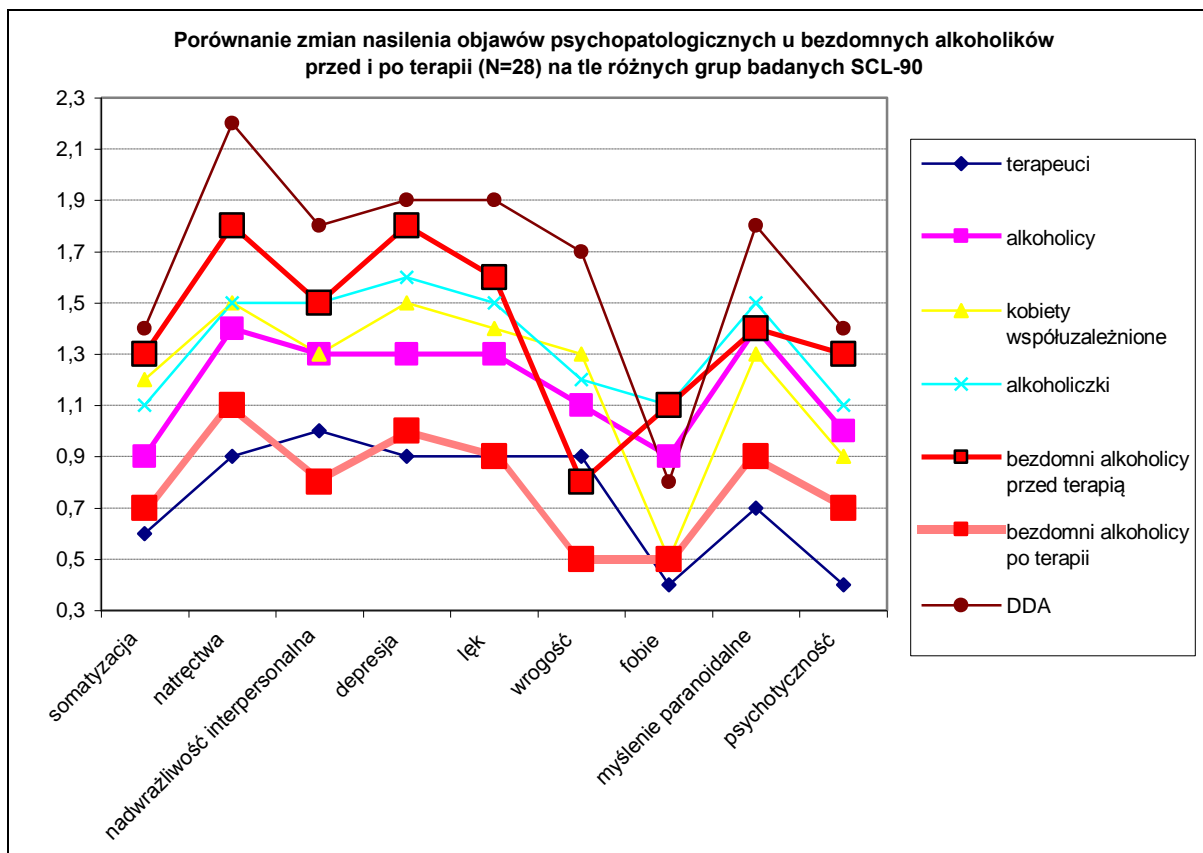
Porównanie poziomu objawów psychopatologicznych przed i po terapii (N=28)





**Wykres 28.**

**Porównanie zmian nasilenia objawów psychopatologicznych u bezdomnych alkoholików (N=28) przed i po terapii na tle innych grup, badanych kwestionariuszem SCL-90**

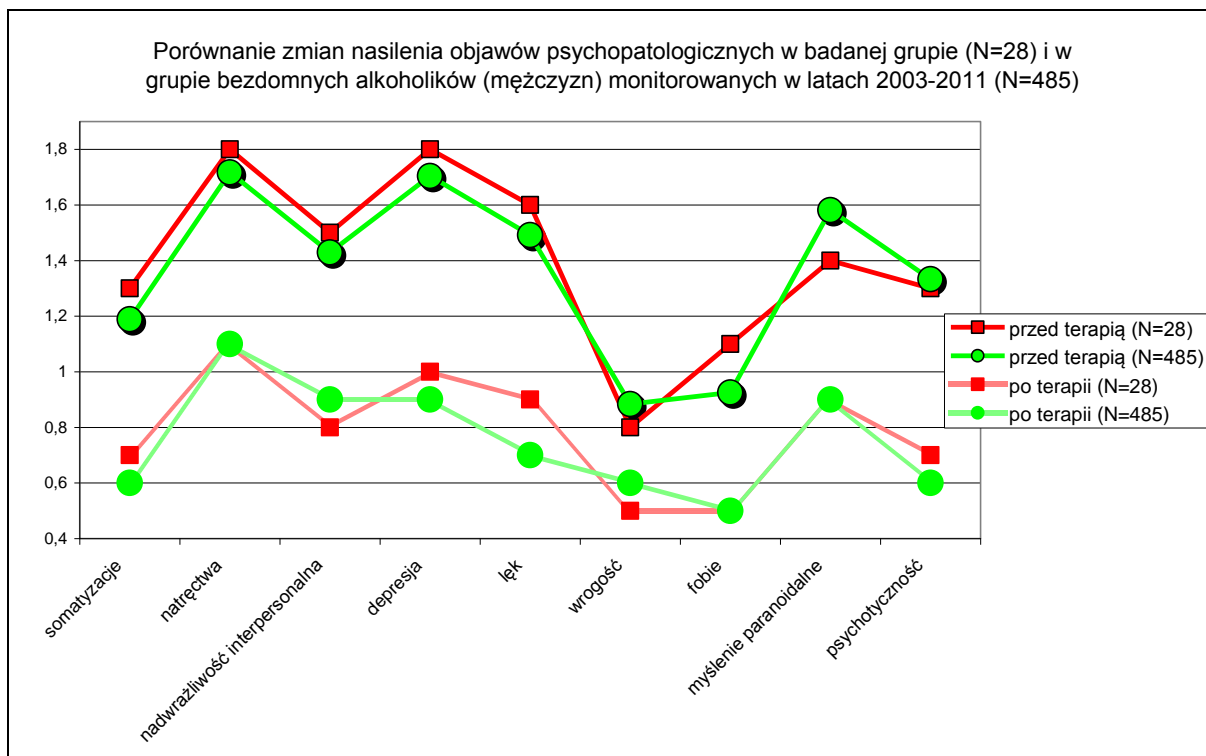


Porównując zmianę nasilenia objawów psychopatologicznych pacjentów OTU na tle wyników innych grup badanych kwestionariuszem SCL-90, widzimy, że pacjenci OTU uzyskali znaczny spadek poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych. O ile przed terapią uzyskiwali stosunkowo wysokie wyniki, to po terapii ich rezultaty należą do stosunkowo niskich, w porównaniu do innych grup, badanych kwestionariuszem SCL-90. **Można zatem przyjąć postawioną wcześniej hipotezę, że udział w terapii prowadzi do obniżenia poziomu objawów psychopatologicznych.**

Porównano także zmiany w badanej, 28 osobowej grupie bezdomnych alkoholików do zaprezentowanych wcześniej zmian w całej grupie bezdomnych alkoholików, monitorowanych w latach 2003-2011. Do porównania wybrano grupę 485 mężczyzn (usunięto z zestawienia kobiety). Ponadto braki danych usuwano przypadkami. Zestawienie prezentuje poniższy wykres:

### Wykres 29.

#### Porównanie zmian nasilenia objawów psychopatologicznych w małej grupie (N=28) i w grupie bezdomnych alkoholików (mężczyzn), monitorowanych w latach 2003-11 (N=485)



Zielonym kolorem zaznaczono dużą, 485 osobową grupę bezdomnych alkoholików (mężczyzn), zaś czerwonym – małą, 28-osobową grupę bezdomnych alkoholików (mężczyzn). Zaprezentowano wyniki obu grup przed i po terapii. Jak widać na wykresie, wyniki uzyskane przez obie grupy są bardzo podobne. W obu grupach nastąpiło podobne obniżenie poziomu objawów psychopatologicznych po terapii, w porównaniu do stanu przed terapią.

## 7.4. Style radzenia sobie ze stresem

**Tabela 24.**

**Porównanie wyników w zakresie styli radzenia sobie ze stresem przed i po terapii (wyniki surowe)**

<b>Porównanie wyników surowych przed i po terapii testem kolejności par Wilcoxon</b>			
Skale	Średnia przed terapią (N=27) <sup>10</sup>	Średnia po terapii (N=28)	Poziom istotności różnicy
Styl skoncentrowany na zadaniu	50,3	59,9	0,000049
Styl skoncentrowany na emocjach	51,9	41,3	0,000518
Styl skoncentrowany na unikaniu	45,6	46,8	n.i.
Angażowanie się w czynności zastępcze	22,3	20,2	n.i.
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	14,3	17,5	0,000113

**Tabela 25.**

**Porównanie wyników w zakresie styli radzenia sobie ze stresem przed i po terapii (wyniki przeliczone)**

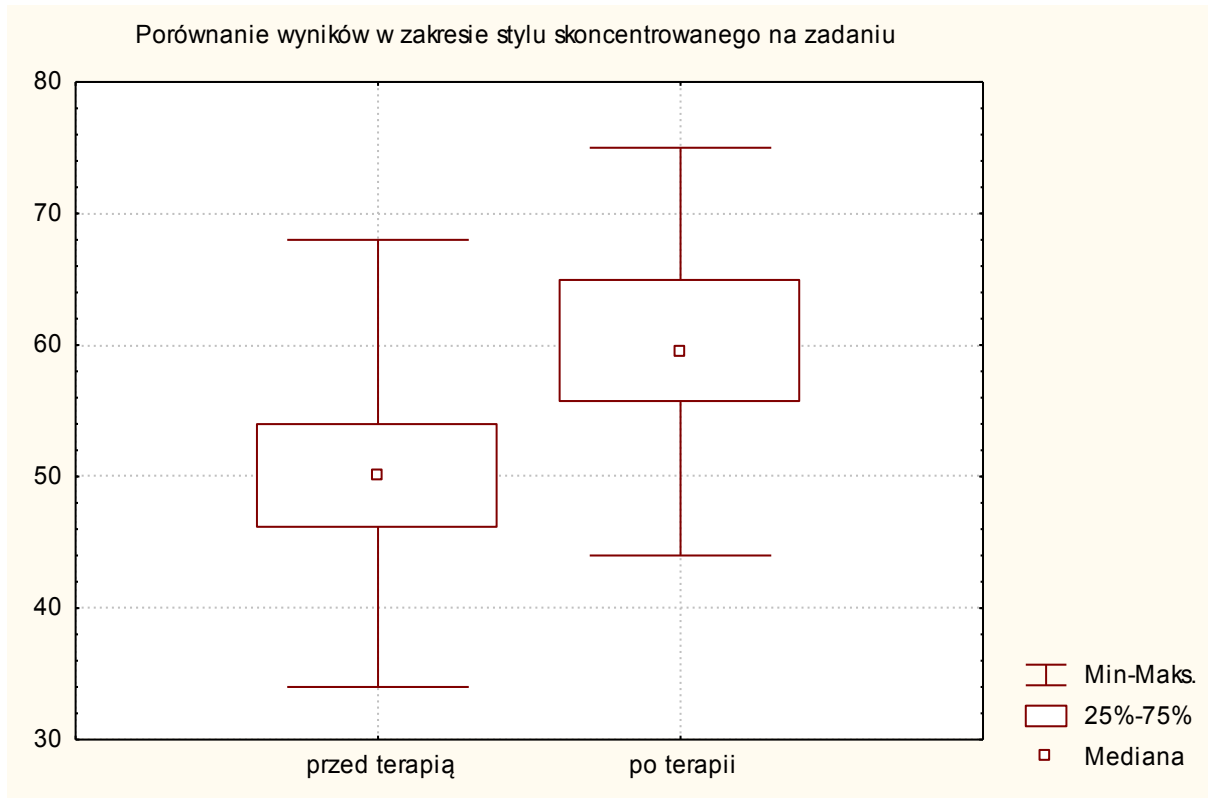
<b>Porównanie wyników przeliczonych przed i po terapii</b>		
Skale	Steny przed terapią	Steny po terapii
Styl skoncentrowany na zadaniu	4	6
Styl skoncentrowany na emocjach	7	5
Styl skoncentrowany na unikaniu	6	6
Angażowanie się w czynności zastępcze	7	6
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	4	6

Uzyskane rezultaty są zgodne z oczekiwaniami i wskazują, że udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie umiejętności radzenia sobie ze stresem.

<sup>10</sup> Jeden z pacjentów w chwili rozpoczęcia terapii wypełnił test CISS tylko do połowy, nie zauważając drugiej strony z pytaniami, dlatego liczebność pierwszej grupy (przed terapią) jest niższa.

**Wykres 30.**

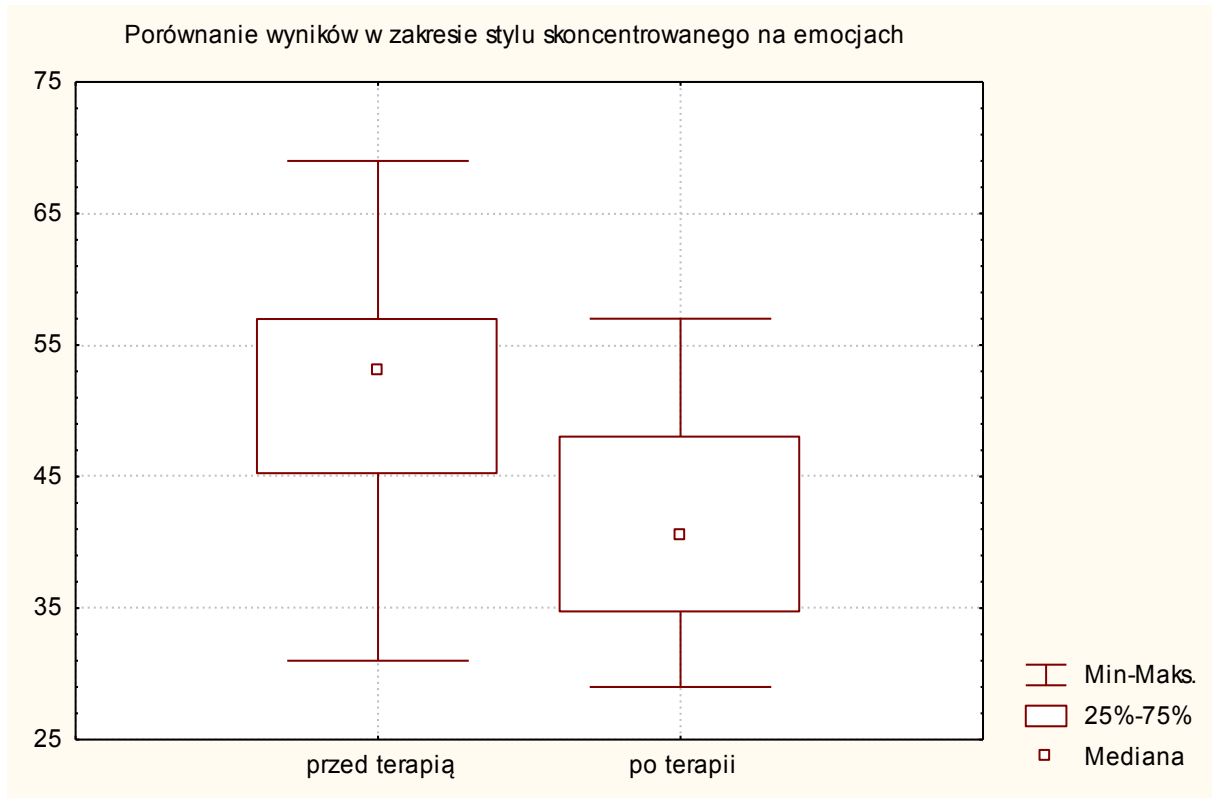
**Porównanie wyników w zakresie stylu skoncentrowanego na zadaniu przed i po terapii**



Jak widać na powyższym wykresie, po terapii wzrastają wyniki w zakresie pożądanego stylu skoncentrowanego na zadaniu. O ile przed terapią pacjenci uzyskują niskie wyniki (4 steny), to po terapii uzyskują przeciętne wyniki, choć nieco powyżej średniej w populacji (6 stenów). Jest to zgodne z oczekiwaniami, jak i z celami terapii odwykowej. Pacjenci uczeni są w trakcie terapii, aby nie unikać problemów, lecz koncentrować się na ich rozwiązywaniu.

**Wykres 31.**

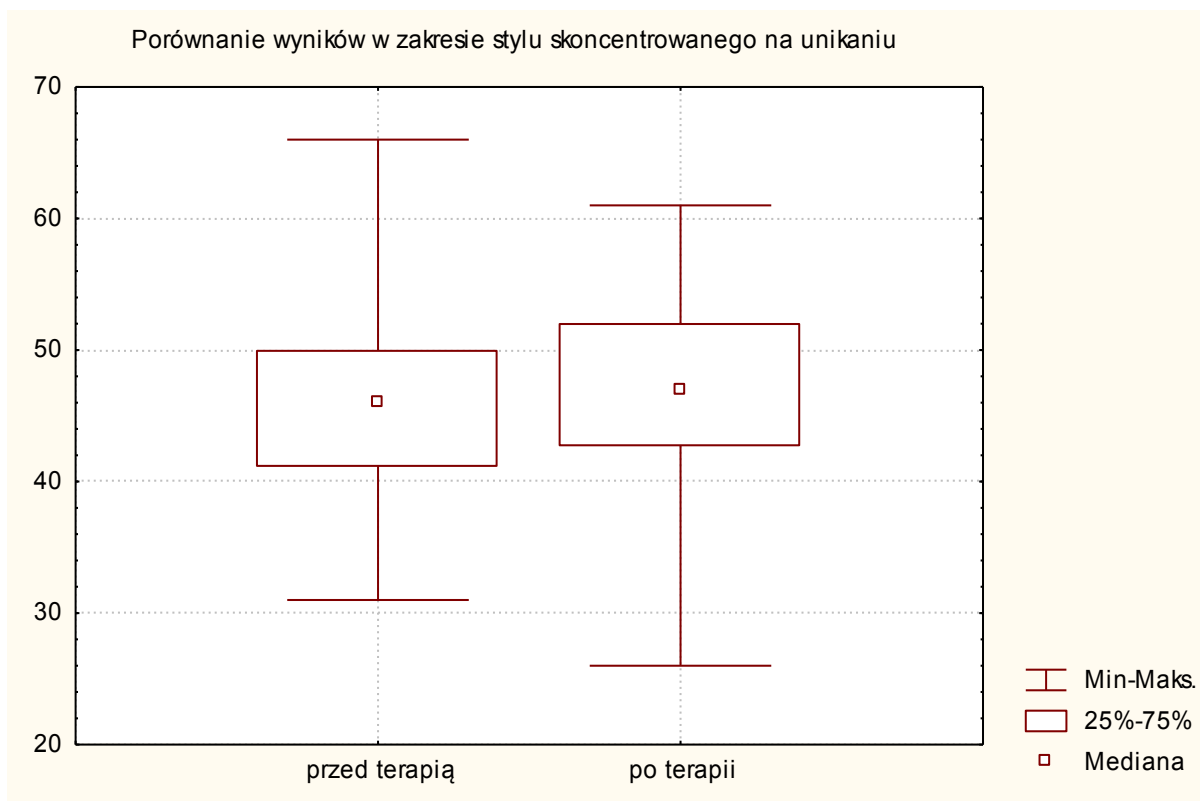
**Porównanie wyników w zakresie stylu skoncentrowanego na emocjach przed i po terapii**



Jak widać na powyższym wykresie, po terapii pacjenci w mniejszym stopniu stosują styl skoncentrowany na emocjach. O ile przed terapią ich wyniki są wysokie (7 stenów), to po terapii uzyskują przeciętne wyniki (5 stenów). Uzyskane rezultaty są pożądane z punktu widzenia celów terapii odwykowej i zgodne z oczekiwaniami.

**Wykres 32.**

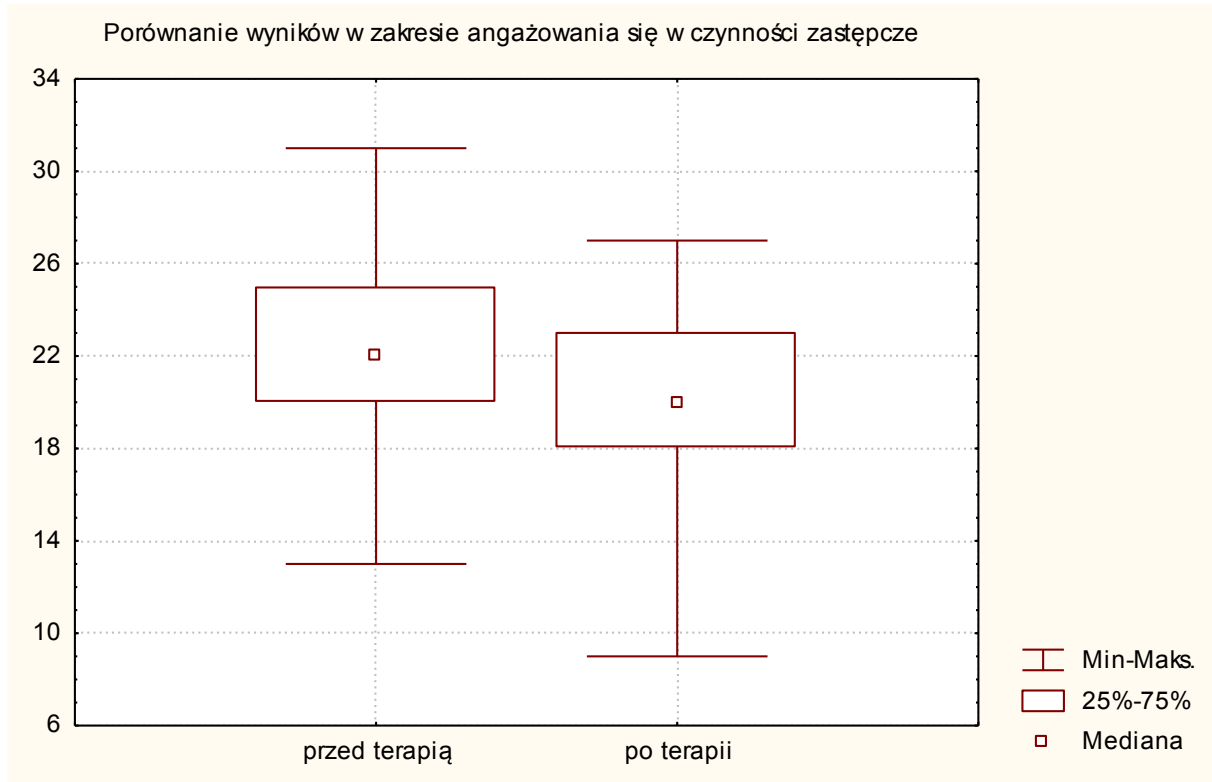
**Porównanie wyników w zakresie stylu skoncentrowanego na unikaniu przed i po terapii**



Jak widać na powyższym wykresie, brak istotnych różnic między wynikami pacjentów przez terapią i po terapii w zakresie stylu skoncentrowanego na unikaniu. Jednakże zmiany po terapii stają się widoczne, jeśli skalę mierzącą ten styl ten rozbijemy na dwie podskale: poszukiwanie kontaktów towarzyskich i angażowanie się w czynności zastępcze.

**Wykres 33.**

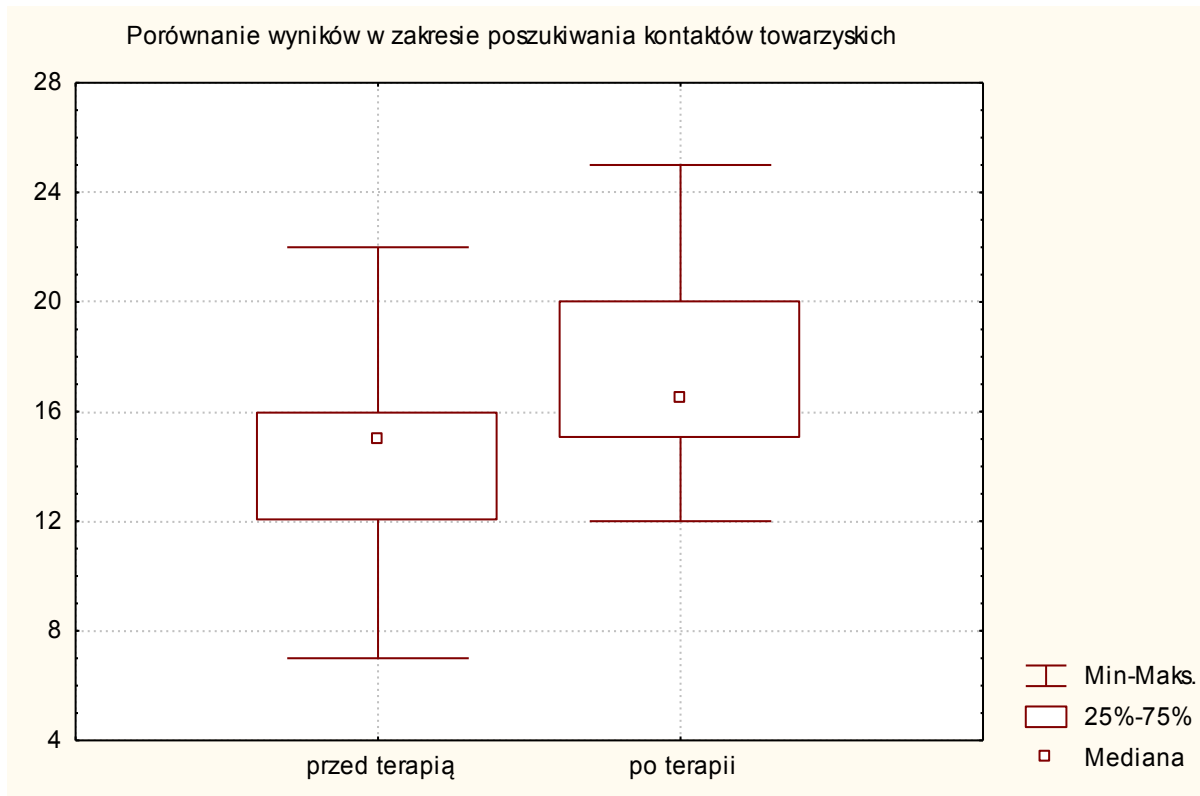
**Porównanie wyników w zakresie angażowania się w czynności zastępcze przed i po terapii**



Skłonność do angażowania się w czynności zastępcze spada z poziomu wysokiego (7 stenów) do przeciętnego (6 stenów). Zmiana ta, choć widoczna na wykresie, nie osiąga jednak wymaganego poziomu istotności statystycznej.

**Wykres 34.**

**Porównanie wyników w zakresie poszukiwania kontaktów towarzyskich przed i po terapii**



Jak widzimy na wykresie, po terapii wzrasta skłonność do poszukiwania kontaktów towarzyskich z poziomu niskiego (4 steny) do poziomu przeciętnego (6 stenów). Jest to zgodne z celami terapii odwykowej, podczas której zachęca się alkoholików do poszukiwania wsparcia innych ludzi w sytuacjach stresowych.

Uzyskane rezultaty pozwalają przyjąć postawioną hipotezę, że udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie umiejętności radzenia sobie ze stresem u bezdomnych alkoholików.

**7.5. Inteligencja emocjonalna**

**Tabela 26.**

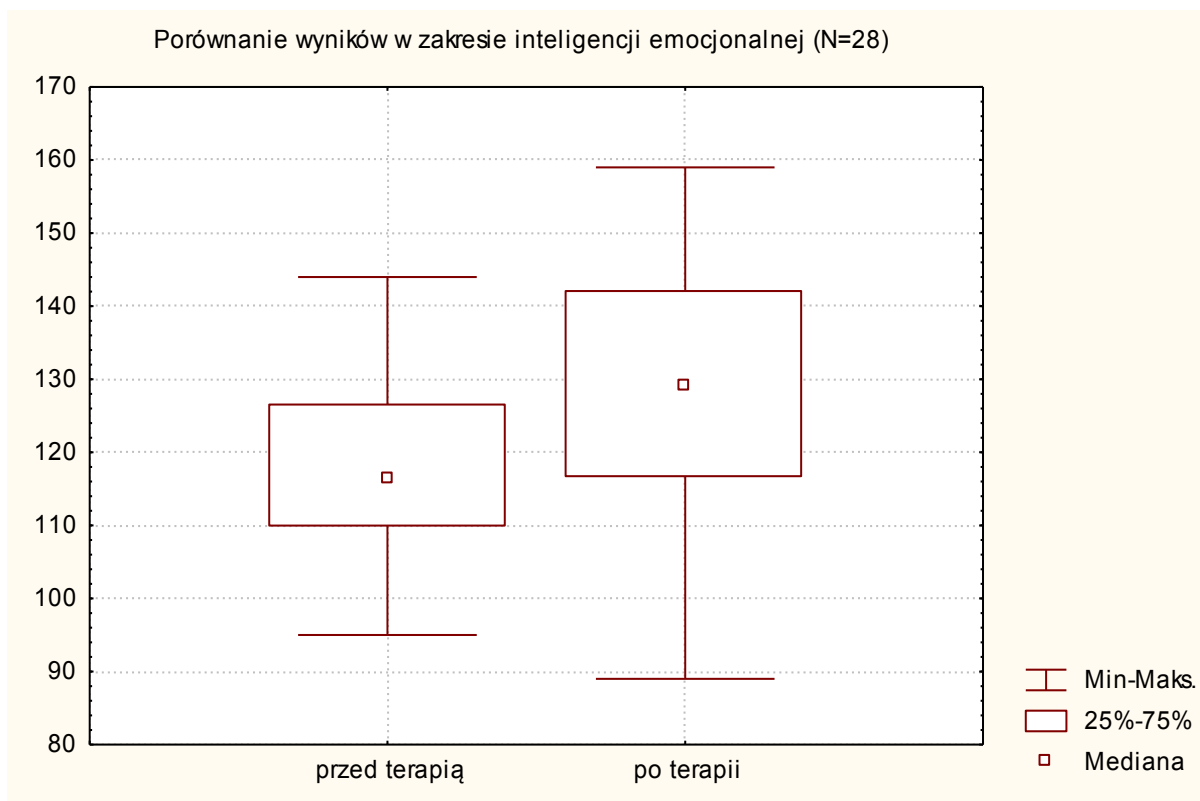
**Porównanie wyników w zakresie inteligencji emocjonalnej przed i po terapii (N=28)**

Porównanie wyników przed i po terapii testem kolejności par Wilcozona (N=28)			
	Średnia przed terapią	Średnia po terapii	Poziom istotności
<b>Inteligencja emocjonalna</b>	<b>118,2</b>	<b>128,8</b>	<b>0,014255</b>



**Wykres 35.**

**Porównanie wyników w zakresie inteligencji emocjonalnej przed i po terapii (N=28)**



Jak widać na powyższym wykresie, po terapii bezdomni alkoholicy uzyskują wyższe wyniki w zakresie inteligencji emocjonalnej. O ile przed terapią uzyskują niskie wyniki (na granicy 4-5 stena), to po terapii uzyskują przeciętne wyniki (6 stenów). Zmiana ta jest statystycznie istotna. Uzyskane rezultaty są zgodne z oczekiwaniami i pozwalają na przyjęcie postawionej hipotezy, że udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie inteligencji emocjonalnej.

**7.6. Kompetencje społeczne**

**Tabela 27.**

**Porównanie wyników w zakresie kompetencji społecznych przed i po terapii (wyniki surowe) (N=28)**

Porównanie wyników przed i po terapii testem kolejności par Wilcoxon (N=28)			
Skale	Średnia przed terapią	Średnia po terapii	Poziom istotności
Kompetencje w sytuacjach intymnych	41,7	47,9	0,000286
Kompetencje w sytuacjach ekspozycji społ.	45,5	50,9	0,001812
Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	45,2	51,8	0,001437
KKS – wynik ogólny	161,4	183,2	0,000216

Jak widać w powyższej tabeli, udział w terapii odwykowej prowadzi do istotnych statystycznie zmian w zakresie kompetencji społecznych.

**Tabela 28.**

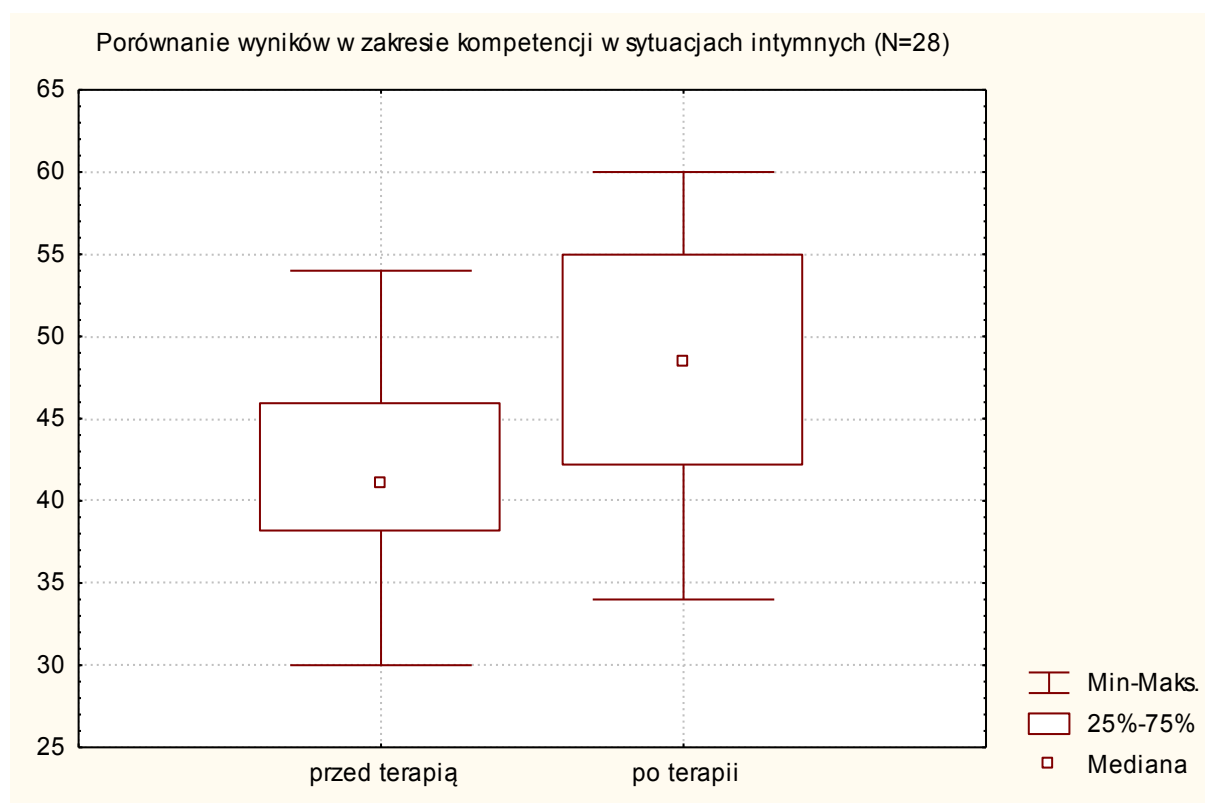
**Porównanie wyników w zakresie kompetencji społecznych przed i po terapii (wyniki przeliczone) (N=28)**

Porównanie wyników przeliczonych przed i po terapii (N=28)		
Skale	Steny przed terapią	Steny po terapii
Kompetencje w sytuacjach intymnych	5	7
Kompetencje w sytuacjach ekspozycji społ.	4	5
Kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności	4	6
KKS – wynik ogólny	4	6

Jak widać w powyższej tabeli, o ile przed terapią bezdomni alkoholicy uzyskują niskie lub przeciętne wyniki w poszczególnych skalach (4-5 stenów), to po terapii uzyskują wysokie lub przeciętne wyniki (5-7 stenów).

**Wykres 36.**

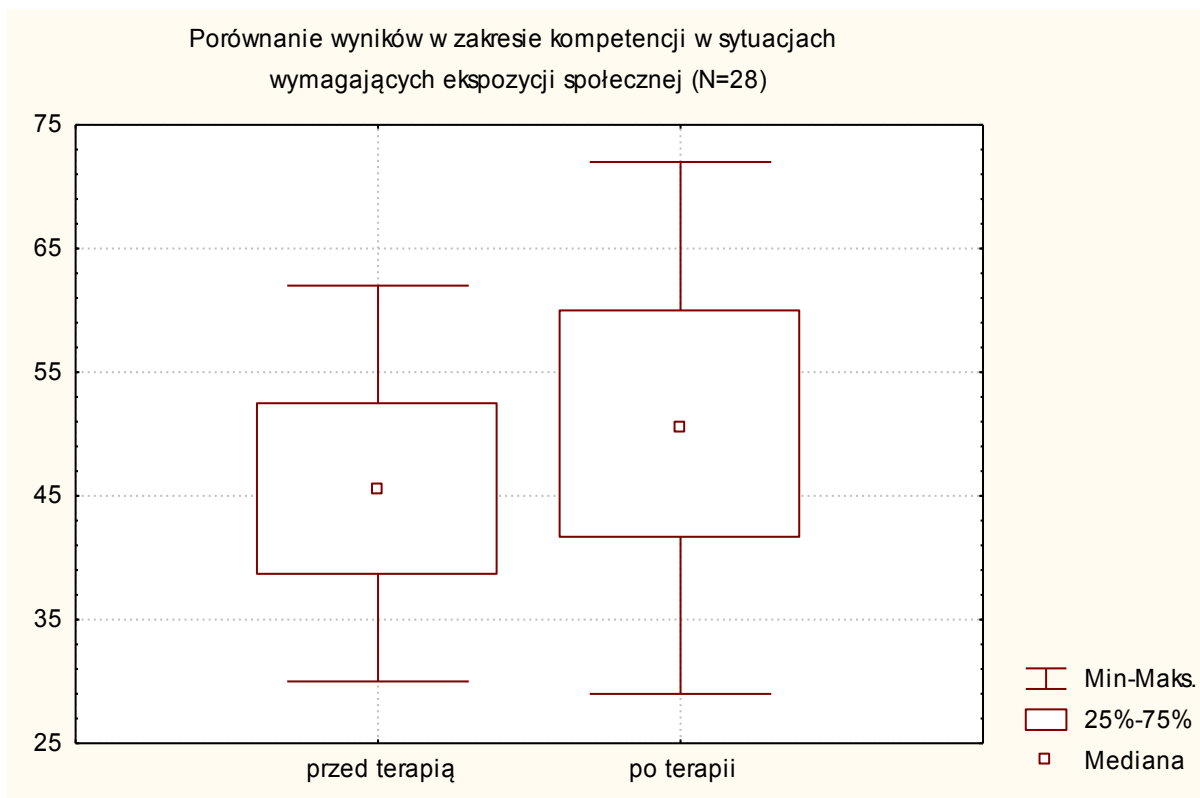
**Porównanie wyników w zakresie kompetencji w sytuacjach intymnych przed i po terapii (N=28)**



Jak widać na powyższym wykresie, po terapii wzrasta poziom kompetencji pacjentów w sytuacjach intymnych (tj. w zakresie umiejętności angażowania się w bliskie relacje interpersonalne). Uzyskane wyniki są zgodne z oczekiwaniami – podczas terapii odwykowej pacjenci są zachęceni do otwierania się, poszukiwania wsparcia innych osób i do udzielania sobie wzajemnej pomocy.

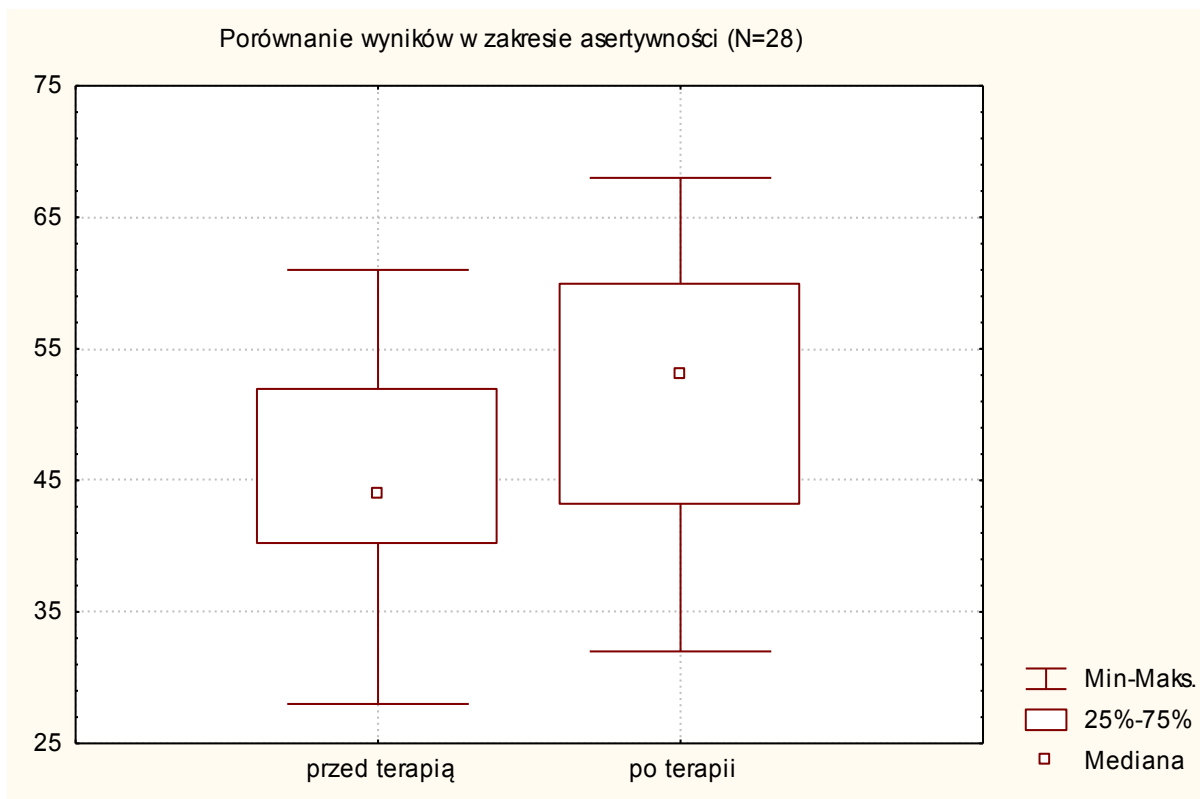
### Wykres 37.

#### Porównanie wyników w zakresie kompetencji w sytuacjach wymagających ekspozycji społecznej przed i po terapii (N=28)



Powyższy wykres obrazuje, że po terapii odwykowej bezdomni alkoholicy uzyskują wyższe kompetencje w sytuacjach wymagających ekspozycji społecznej. Rezultat ten jest zgodny z oczekiwaniami. W trakcie terapii pacjenci mają wiele okazji, by występować publicznie, przed grupą terapeutyczną. Wielokrotnie zabierają głos, bądź to z własnej inicjatywy, bądź wywołani przez terapeutę. Wielokrotnie też odczytują wobec grupy swoje prace pisemne, napisane w ramach przewodnika samopoznania, rozliczają zadania indywidualne w ramach grupy zadaniowej bądź przedstawiają inne prace domowe. Systematyczny trening w tym zakresie ułatwia radzenie sobie w sytuacjach wymagających ekspozycji społecznej, takich jak publiczne wystąpienia (np. zabieranie głosu na mityngach AA).

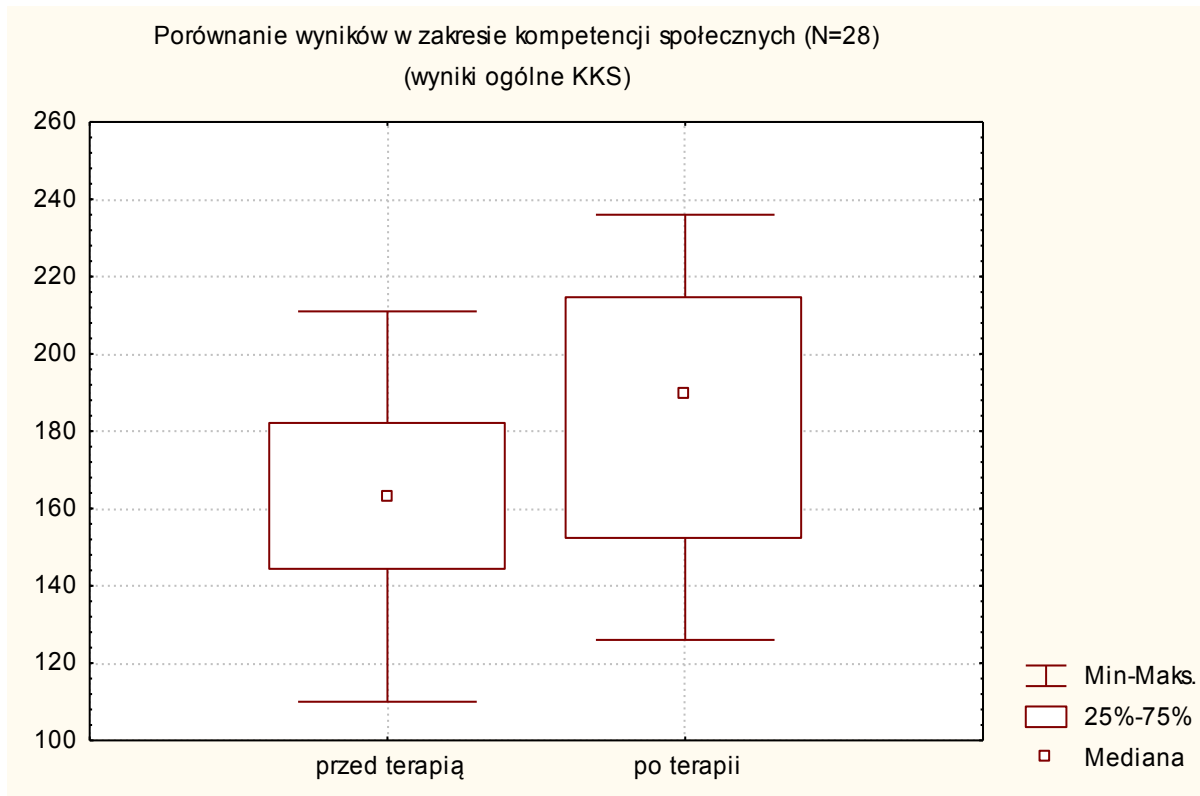
**Wykres 38.**  
**Porównanie wyników w zakresie asertywności przed i po terapii (N=28)**



Jak widać na powyższym wykresie, po terapii bezdomni alkoholicy lepiej radzą sobie w sytuacjach społecznych wymagających asertywności. Wynik ten jest zgodny z oczekiwaniami. W trakcie terapii odwykowej pacjenci mają wiele okazji, by uczyć się asertywności: podczas treningu asertywnych zachowań abstynenckich (TAZA), podczas warsztatu radzenia sobie ze złością, a także podczas codziennych spotkań społeczności terapeutycznej, podczas których rozwiązywane są problemy i konflikty pojawiające się w grupie.

**Wykres 39.**

**Porównanie wyników w zakresie kompetencji społecznych (wyniki ogólne KKS) przed i po terapii (N=28)**



Na powyższym wykresie można zobaczyć, że po terapii bezdomni alkoholicy uzyskują wyższy wynik w zakresie kompetencji społecznych (wynik ogólny KKS). O ile przed terapią wykazują niski poziom kompetencji społecznych (4 steny), to po terapii uzyskują przeciętny poziom kompetencji społecznych (6 stenów). Poprawa wyników widoczna jest w każdej ze skal KKS.

**Uzyskane rezultaty pozwalają na przyjęcie postawionej hipotezy, że udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie kompetencji społecznych u bezdomnych alkoholików.**

## 7.7. System wartości

Tabela 29.

Porównanie wyników w zakresie trudności i zaburzeń w wartościowaniu przed i po terapii (wyniki surowe)

Porównanie wyników przed i po terapii testem kolejności par Wilcozona (N=28)			
Skale	Średnia przed terapią	Średnia po terapii	Poziom istotności
Trudność uporządkowania systemu wartości w hierarchię	7,1	2,7	0,000054
Poczucie zagubienia wartości	7,0	3,3	0,000029
Dezintegracja wartościowania	5,1	2,0	0,000086
Poczucie niezrealizowania wartości	5,6	2,1	0,000081
KKW – wynik ogólny	24,8	10,1	0,000006

Jak widać w powyższej tabeli, po terapii nastąpiły bardzo istotne statystycznie zmiany we wszystkich skalach kwestionariusza KKW. Poziom istotności różnicy między dwoma pomiarami wyniku ogólnego KKW wyniósł aż  $p=0,000006$ . Oznacza to, iż prawdopodobieństwo, że różnica między dwoma pomiarami jest dziełem przypadku, wynosi zaledwie  $6/1000000$ .

Tabela 30.

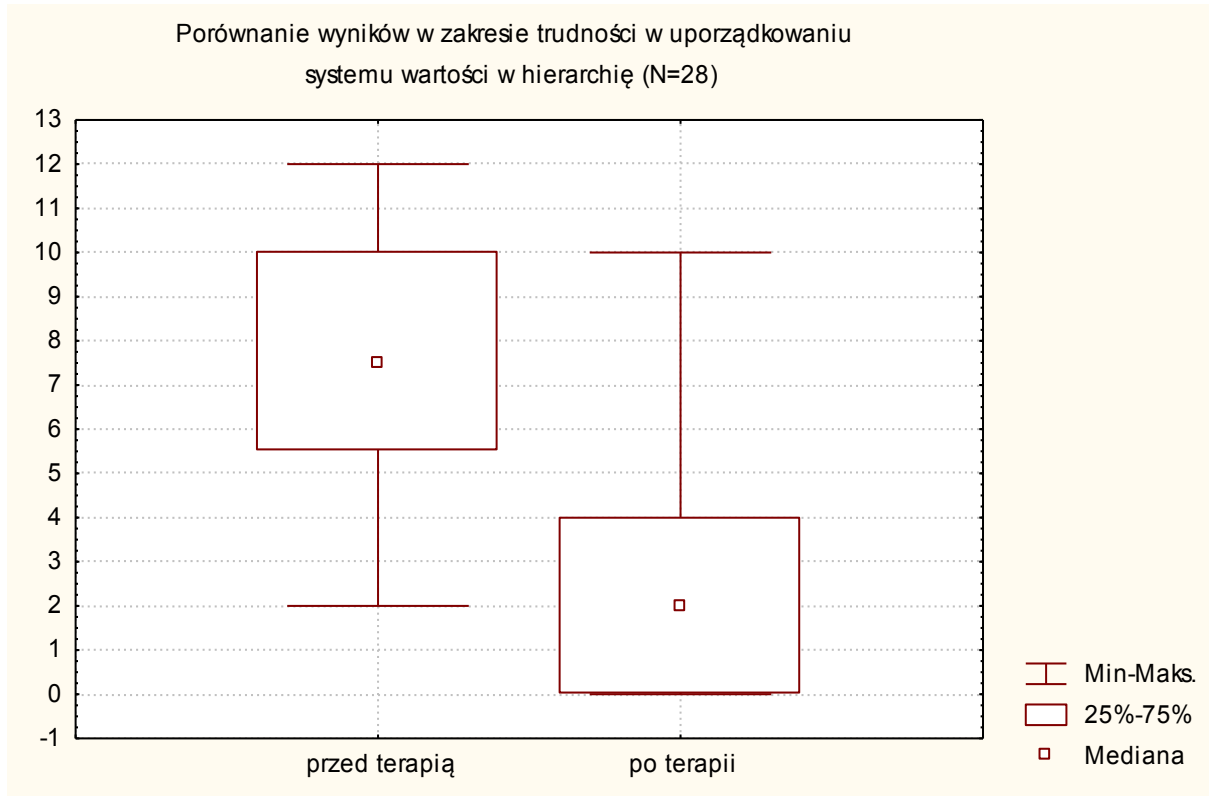
Porównanie wyników w zakresie trudności i zaburzeń w wartościowaniu przed i po terapii (wyniki przeliczone)

Porównanie wyników przeliczonych przed i po terapii		
Skale	Steny (kategorie opisowe) przed terapią	Steny (kategorie opisowe) po terapii
Trudność uporządkowania systemu wartości w hierarchię	wysokie	średnie
Poczucie zagubienia wartości	wysokie	wysokie
Dezintegracja wartościowania	wysokie	wysokie
Poczucie niezrealizowania wartości	wysokie	średnie
KKW – wynik ogólny	8 stenów	6 stenów

Przed terapią bezdomni alkoholicy uzyskiwali wysokie wyniki (na poziomie 8 stenów), co wskazuje na poważny kryzys w ich systemie wartości. Po terapii ich wyniki kształtowały się na przeciętnym poziomie (6 stenów).

**Wykres 40.**

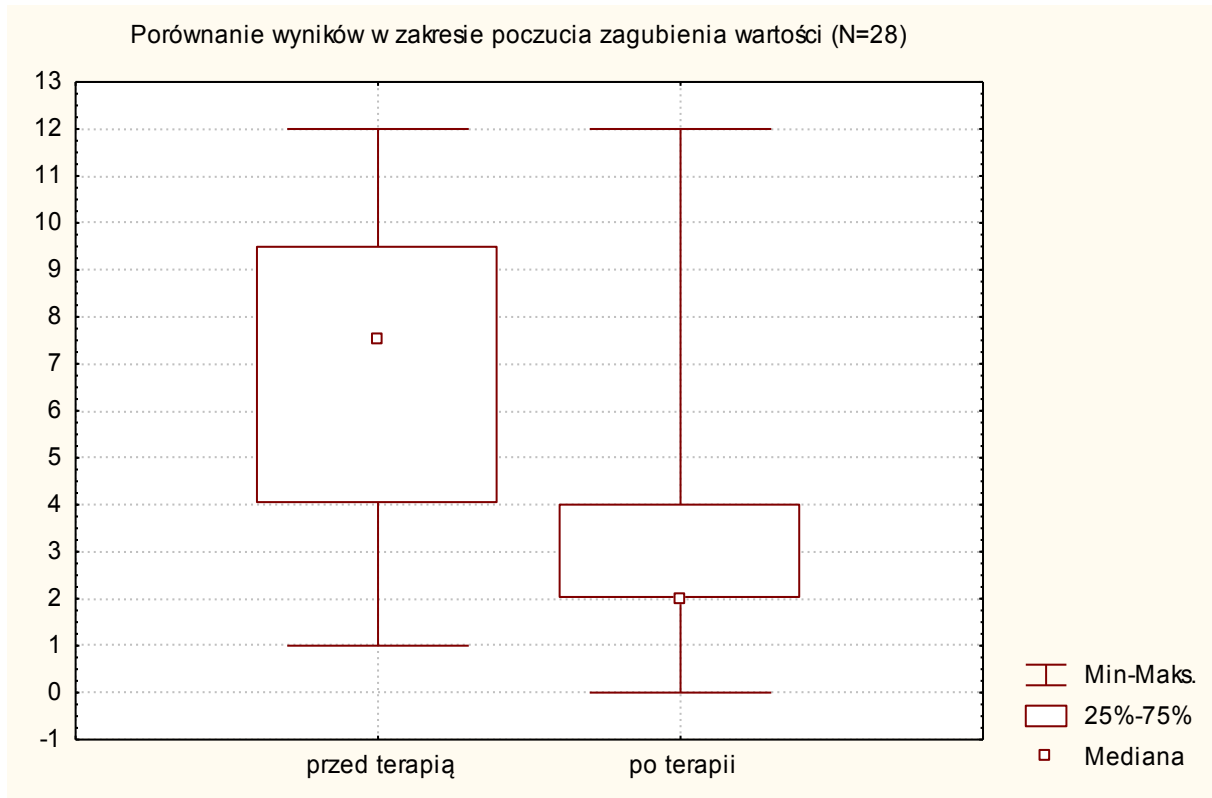
**Porównanie wyników w zakresie trudności w uporządkowaniu systemu wartości w hierarchię przed i po terapii (N=28)**



Jak widać na powyższym wykresie, po terapii znacznie zmalały trudności pacjentów w zakresie uporządkowania systemu wartości w hierarchię.

**Wykres 41.**

**Porównanie wyników w zakresie poczucia zagubienia wartości przed i po terapii (N=28)**

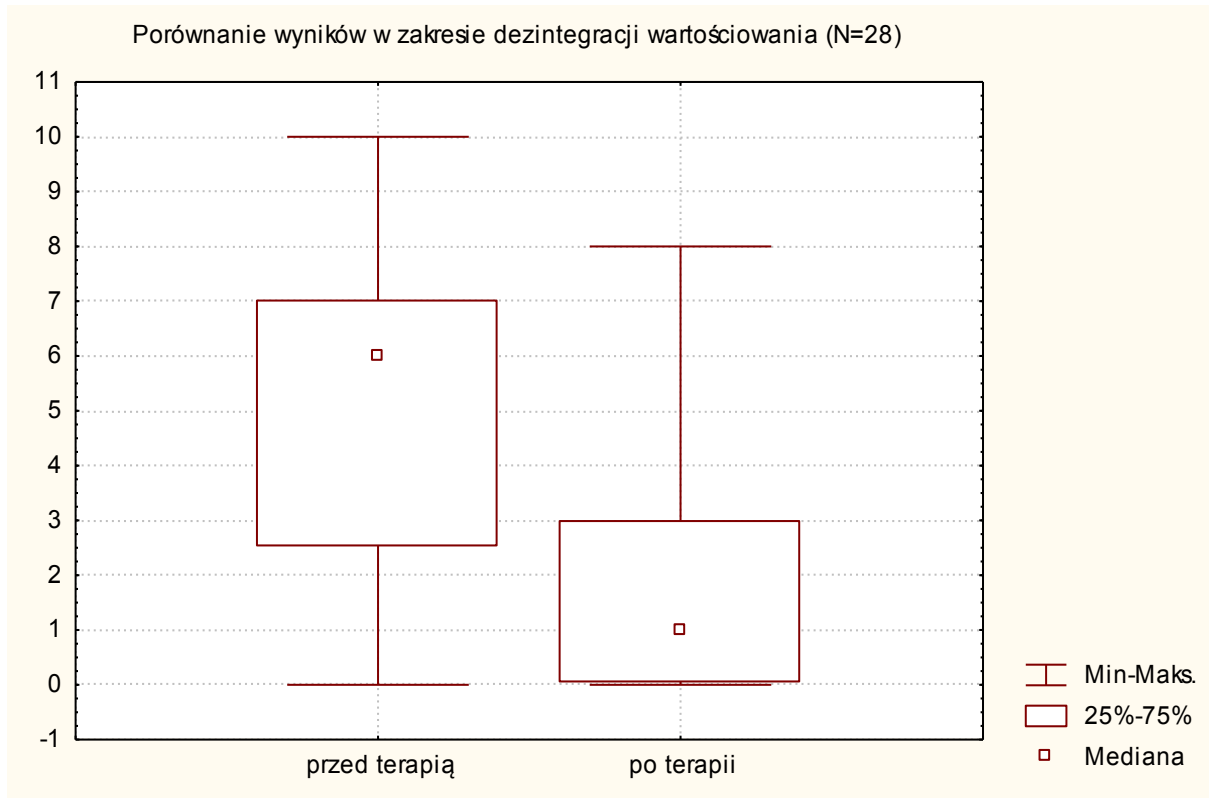


Po terapii u większości pacjentów zmniejszyło się poczucie zagubienia wartości.



**Wykres 42.**

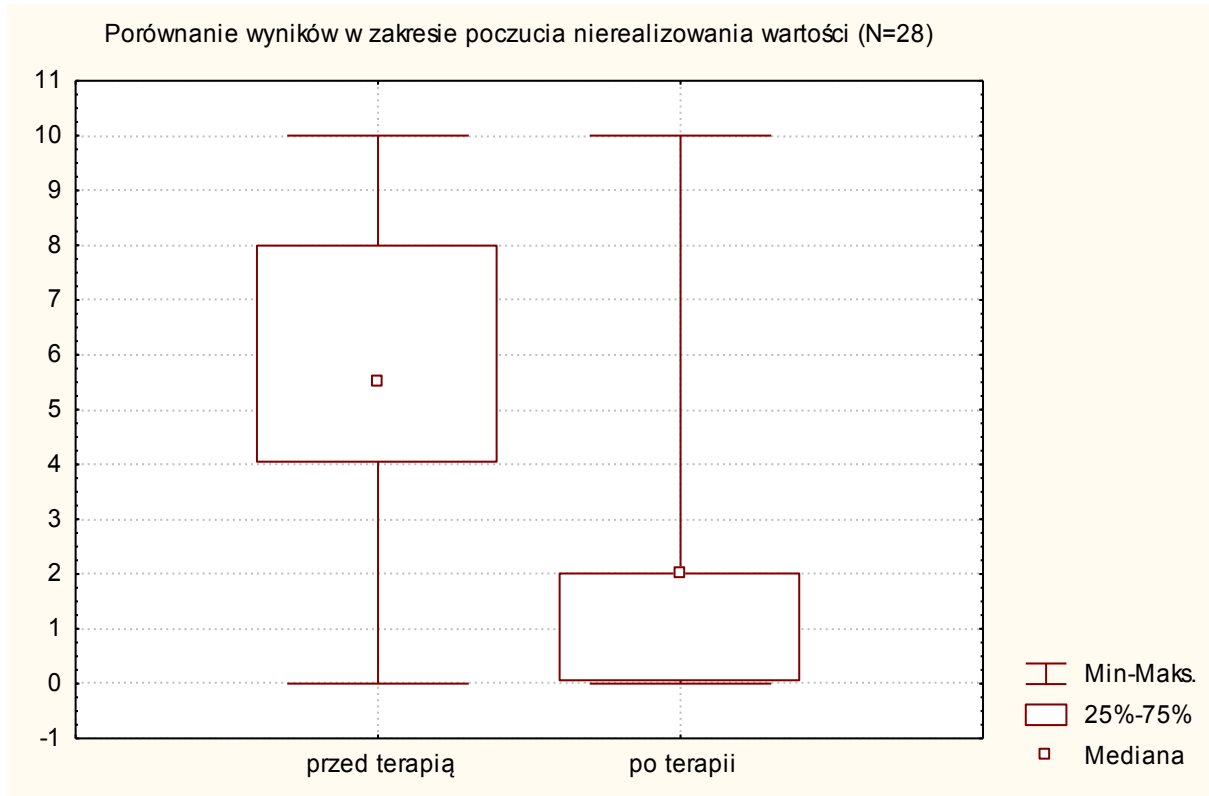
**Porównanie wyników w zakresie dezintegracji wartościowania przed i po terapii (N=28)**



Na powyższym wykresie obserwujemy poprawę w zakresie dezintegracji wartościowania u pacjentów po terapii odwykowej.

**Wykres 43.**

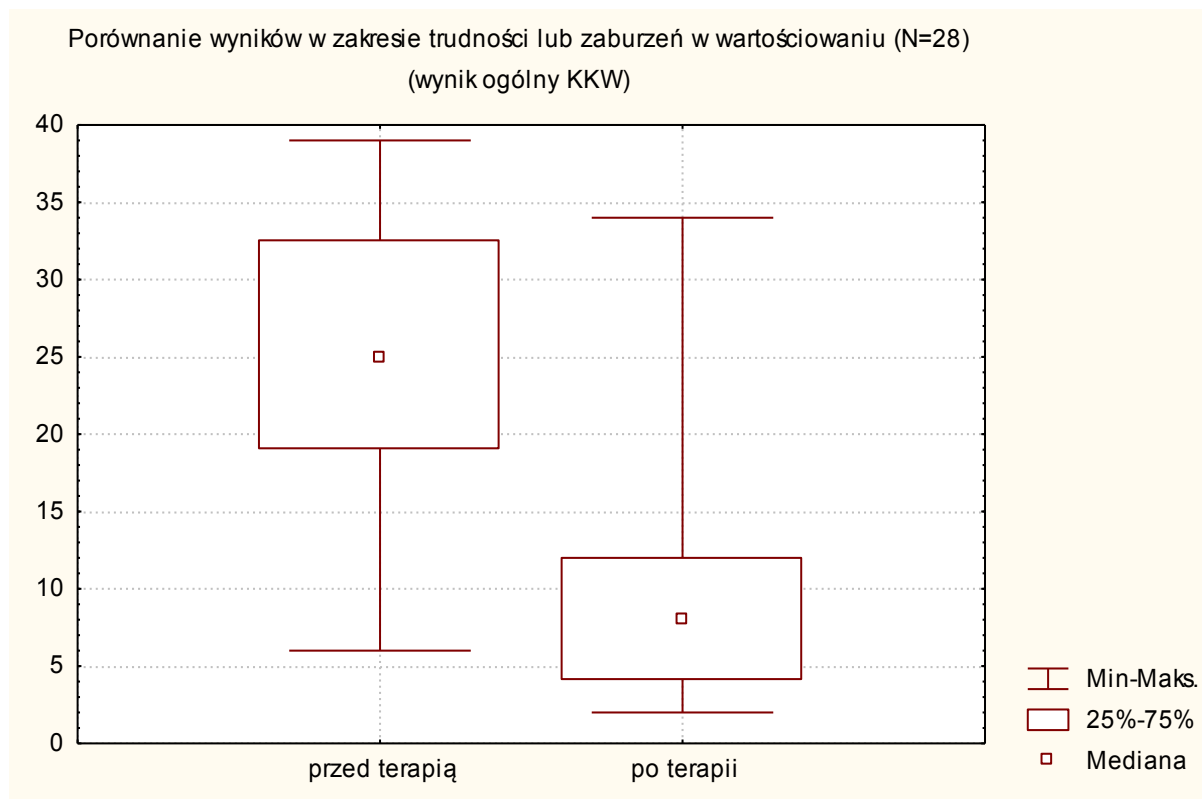
**Porównanie wyników w zakresie poczucia niezrealizowania wartości przed i po terapii (N=28)**



Jak widzimy na wykresie, w przypadku większości pacjentów, po terapii zdecydowanie zmniejsza się poczucie niezrealizowania wartości.

#### Wykres 44.

#### Porównanie wyników w zakresie trudności lub zaburzeń w wartościowaniu (wynik ogólny KKW) przed i po terapii (N=28)



W przypadku większości absolwentów terapii znacznie zmniejszyły się ich trudności lub zaburzenia w wartościowaniu. O ile przed terapią wykazywali oni wysoki poziom trudności i zaburzeń w wartościowaniu (8 stenów), to po terapii uzyskują oni średnie wyniki (6 stenów).

Uzyskane rezultaty są zgodne z oczekiwaniami i z celami terapii odwykowej. **Pozwalają przyjąć postawioną wcześniej hipotezę, że udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie uporządkowania systemu wartości u bezdomnych alkoholików.**

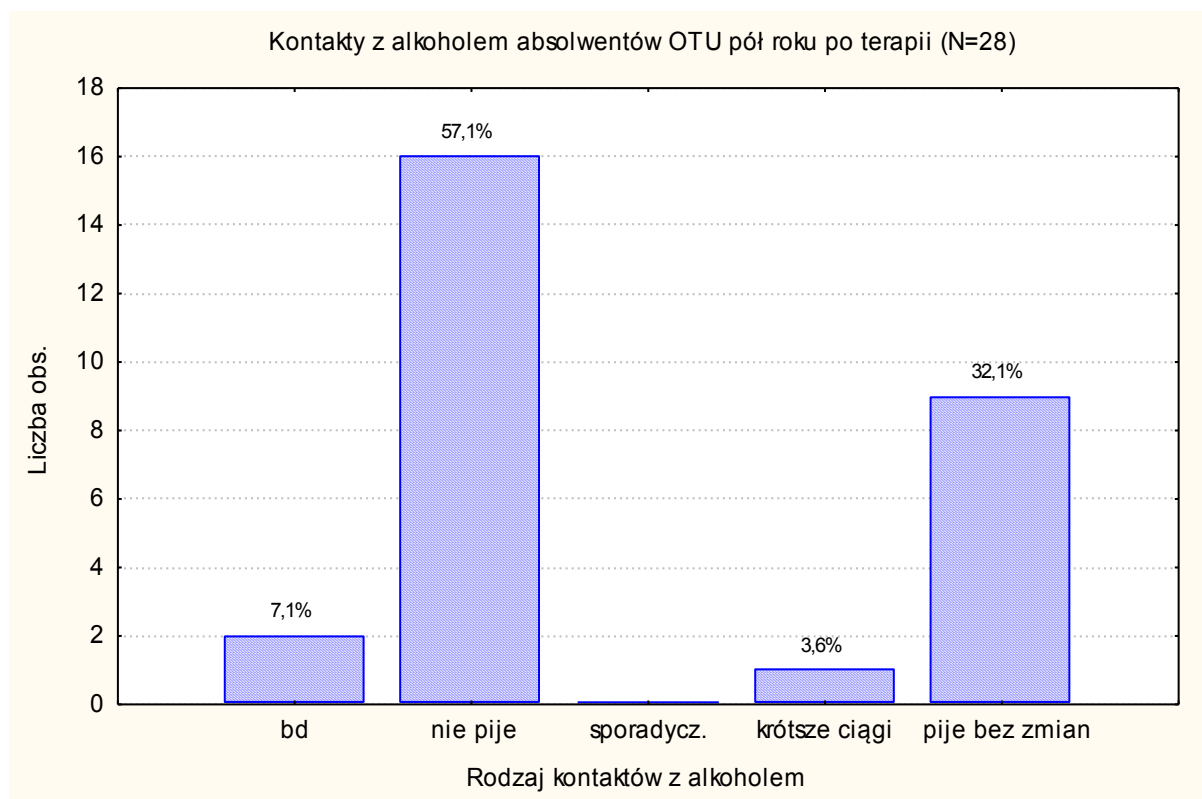
Zmiany w zakresie hierarchii wartości, mierzone kwestionariuszem KKW, potwierdzają także obserwacje kliniczne. Niepijący absolwenci OTU na ogół nie trafiają już do więzienia za nowe przestępstwa, popełnione po ukończeniu terapii (choć niekiedy zdarza się, że muszą odpowiedzieć za przestępstwa popełnione przed terapią). Niekiedy, na comiesięcznych spotkaniach absolwentów z dumą pokazują pierwszy raz w życiu kupiony bilet miesięczny komunikacji miejskiej (zwykle bowiem jeździli na gapę). Zrywają kontakty ze środowiskiem przestępczym, szukając nowych przyjaciół w AA.

## 8. Efekty terapii pół roku po ukończeniu terapii

### 8.1. Kontakty z alkoholem

#### Wykres 45.

#### Kontakty z alkoholem absolwentów OTU pół roku po terapii (N=28)



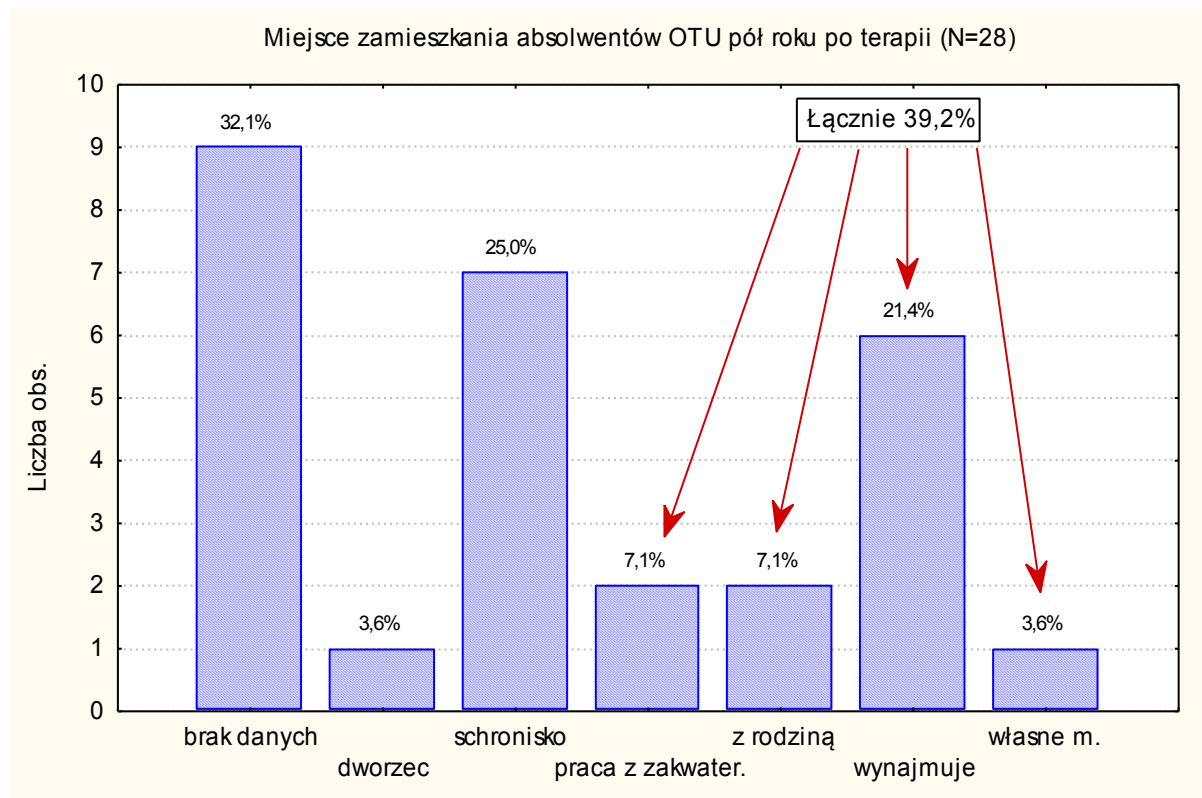
Jak widać na powyższym wykresie, uzyskane rezultaty wskazują na wysoką efektywność prowadzonej w OTU "Monar" terapii odwykowej bezdomnych alkoholików. Pół roku po terapii abstynencję utrzymuje 57% absolwentów terapii. Nieznaczna część - 3,2% piło krótszymi ciągami niż przed terapią. Duża grupa – 32% absolwentów – wróciła do picia podobnego jak przed terapią. O pozostałych pacjentach nie uzyskano danych.

Uzyskane wyniki są zgodne z opisanymi w rozdziale III. badaniami, prowadzonymi w ramach stałego monitorowania efektywności terapii odwykowej w OTU "Monar".

## 8.2. Miejsce zamieszkania

Wykres 46.

Miejsce zamieszkania absolwentów OTU pół roku po terapii (N=28)



Prawie 40% absolwentów z badanej grupy wyszło z bezdomności – wynajmując pokój na mieście (21%), wracając do rodziny (7%), znajdując pracę z zakwaterowaniem (7%) lub wracając do własnego mieszkania (3,6%).

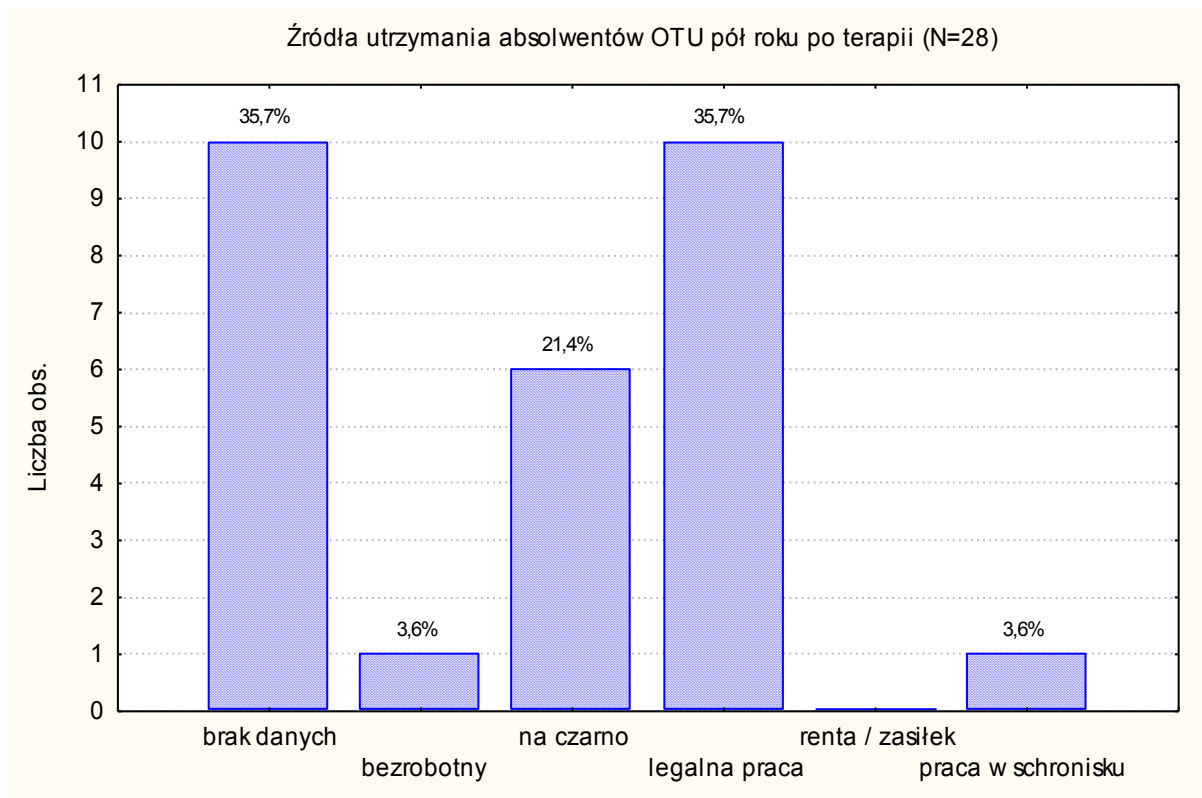
Dalsze 25% absolwentów zamieszkiwało w hostelu dla absolwentów terapii lub innym schronisku dla osób bezdomnych. Jest to pewien postęp w porównaniu do mieszkania w kanałach, na dworcu, na działkach, w pustostanach lub w szałasach czy namiotach, zwłaszcza, że w schroniskach dla bezdomnych z reguły obowiązuje wymóg (niestety, nie zawsze rygorystycznie przestrzegany) utrzymywania abstynencji od alkoholu.

O pozostałych osobach nie mamy danych, bądź widziano ich na dworcu. W większości są to osoby, o których wiadomo, że wróciły do picia, a zatem można spodziewać się, że nadal są bezdomne.

### 8.3. Źródła utrzymania

Wykres 47.

Źródła utrzymania absolwentów OTU pół roku po terapii (N=28)



Ponad 60% absolwentów terapii znalazło jakieś źródła utrzymania. Najwięcej, bo 35,7% (10 osób) podjęło legalną pracę (z ubezpieczeniem), 21,4% (6 osób) znalazło pracę bez ubezpieczenia (na ogół w budownictwie), a 3,6% (1 osoba) podjęła pracę w schronisku dla bezdomnych, bez wynagrodzenia, za wyżywienie, zakwaterowanie i papierosy. Oznacza to znaczący postęp w porównaniu z utrzymywaniem się z żebrania lub kradzieży, charakterystycznego dla osób bezdomnych, uzależnionych od alkoholu.

W przypadku 35,7% absolwentów nie mamy danych. Można przypuszczać, że w większości osoby te wróciły do picia, a zatem zapewne także nie pracują, bądź pracują dorywczo, do pierwszej wypłaty.

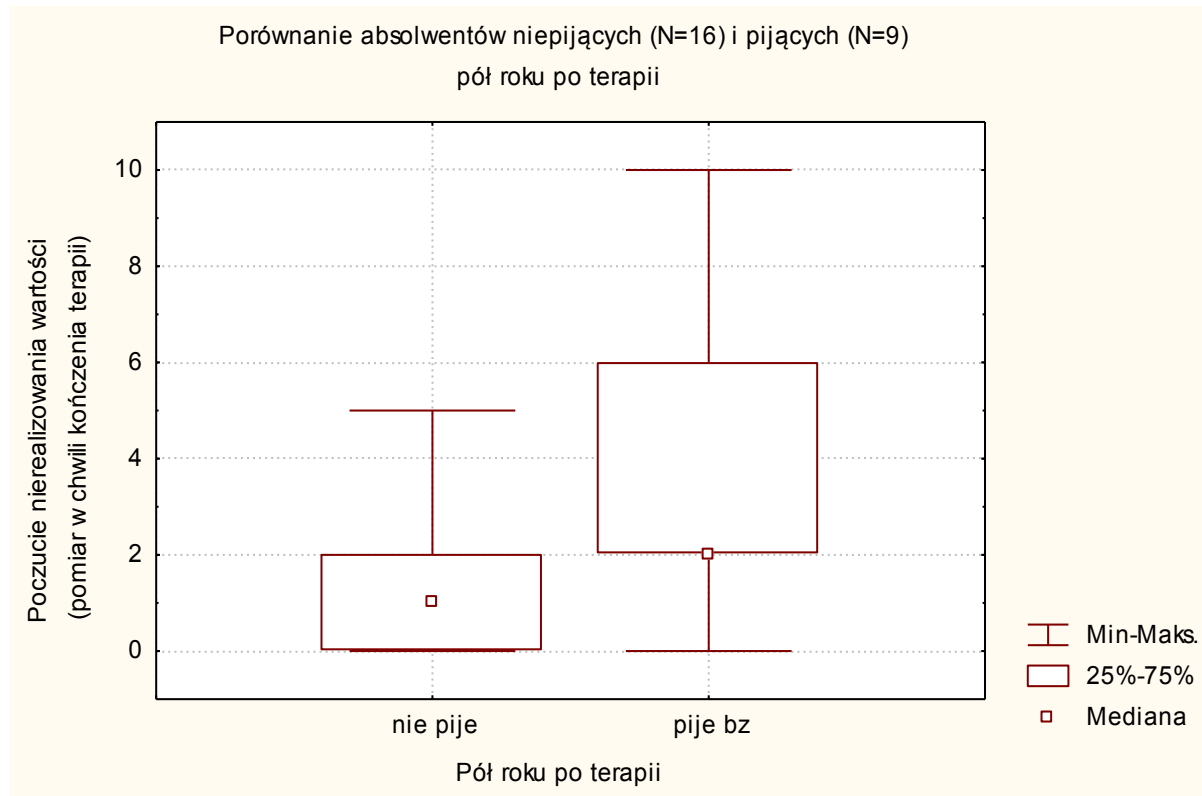
**Uzyskane rezultaty** (57% absolwentów utrzymujących abstynencję, 40% wychodzących z bezdomności oraz 36% posiadających legalną pracę pół roku po terapii) **pozwalają przyjąć postawioną wcześniej hipotezę, że terapia odwykowa bezdomnych alkoholików może być efektywna.**

## **9. Różnice między absolwentami pijącymi i niepijącymi po terapii**

Interesujące byłoby dowiedzieć się, jacy pacjenci lepiej rokują, jeśli chodzi o utrzymywanie abstynencji po ukończeniu terapii oraz jakie zmiany są decydujące dla utrzymywania abstynencji przez bezdomnych alkoholików. W tym celu porównano wyniki uzyskiwane przez absolwentów, którzy pół roku po terapii utrzymywali abstynencję (N=16) oraz absolwentów, którzy pół roku po terapii wrócili do picia (N=9). Niestety, niewielkie grupy badanych osób uniemożliwiły miarodajne porównanie obu grup za pomocą statystycznych testów istotności. W zdecydowanej większości badanych zmiennych nie wykryto różnic statystycznie istotnych. Wydaje się jednak, że w zakresie dwóch zmiennych wystąpiła pewna statystyczna tendencja, którą warto byłoby sprawdzić w dalszych badaniach. Osoby, które wróciły do picia, uzyskiwały nieco wyższe wyniki w zakresie jednej z podskal stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na unikaniu - angażowanie się w czynności zastępcze - w pierwszym pomiarze (w chwili rozpoczynania terapii). Poziom istotności różnicy między dwoma podgrupami, szacowany testem U-Manna Whitneya wyniósł  $p=0,01$ . Ponadto osoby wracające do picia, uzyskiwały w drugim pomiarze (w chwili kończenia terapii) wyższe wyniki w zakresie jednej z podskal KKW, mierzącej poczucie niezrealizowania wartości. Poziom istotności różnicy między dwoma podgrupami, szacowany testem U-Manna Whitneya wyniósł  $p=0,06$ . Można więc przypuszczać, że skłonność do angażowania się w czynności zastępcze w sytuacjach stresowych przed terapią oraz poczucie nierealizowania wartości po terapii (czyli postępowanie niezgodne z systemem wartości, zbyt mała moc regulacyjna wartości, poczucie niespełnienia ważnych zadań życiowych) mogą być predyktorami powrotu do picia.

### Wykres 48.

#### Porównanie absolwentów OTU niepijących i pijących pół roku po terapii w zakresie poczucia niezrealizowania wartości mierzonego w chwili kończenia terapii



Niewykluczone, że przy większych grupach badanych wystąpiłyby istotne statystycznie różnice także w innych podskalach KKW, jak również w wyniku ogólnym KKW. Dawałoby to nadzieję, że Kwestionariusz Kryzysu w Wartościowaniu mógłby być zastosowany do prognozowania sukcesu terapeutycznego w leczeniu bezdomnych alkoholików. Zagadnienie to wymaga jednak dalszych badań na większej grupie osób.

Uzyskane rezultaty potwierdzają pogląd obecny w literaturze przedmiotu, że uporządkowanie systemu wartości pełni ważną rolę w procesie zdrowienia u alkoholików (por. Ślaski 2007).

## 10. Posumowanie i interpretacja wyników

### 10.1. Charakterystyka bezdomnych alkoholików

Bezdomni alkoholicy to na ogół mężczyźni w średnim wieku. Średnia wieku badanych mężczyzn to 42 lata, zaś większość badanych osób mieści się między 25 a 60 rokiem życia (wykres 14).

Wśród bezdomnych alkoholików bardzo wysoki odsetek (aż 42%) stanowią osoby rozwiedzione (wykres 15) – znacznie więcej niż w populacji ogólnej (3%) oraz więcej niż w populacji alkoholików – pacjentów publicznych placówek odwykowych (17%). Tylko 14,5% bezdomnych jest jeszcze żonaty. Większość bezdomnych alkoholików ma wykształcenie zawodowe, co piąty z nich – podstawowe oraz również co piąty – średnie. Bardzo rzadko zdarzają się wśród bezdomnych alkoholików osoby z wyższym wykształceniem. Czas



pozostawania w bezdomności to od kilku miesięcy do nawet ponad 10 lat (najczęściej 1-5 lat). Większość (60%) bezdomnych alkoholików była karana. Prawie wszyscy badani bezdomni alkoholicy wykazywali wszystkie objawy uzależnienia. Wszyscy pili ciągami, połowa z nich miała psychozy alkoholowe, a 1/3 – podejmowała próby samobójcze. Uzyskane rezultaty sugerują, że większość z nich jest już w ostatniej, chronicznej fazie uzależnienia i potwierdzają potoczny pogląd o degradacji psychicznej i społecznej bezdomnych alkoholików.

W chwili rozpoczynania terapii bezdomni alkoholicy wykazują stosunkowo niską tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle, w porównaniu do innych grup oraz uzyskują przeciętne wyniki w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli. Oznacza to, że raczej nie kłamią, odpowiadając na pytania kwestionariuszowe oraz, że mają przeciętne przekonanie o możliwości wpływu na bieg swojego życia. Sądzą, że ich los częściowo zależy od nich samych, częściowo zaś jest rezultatem okoliczności, na które nie mają wpływu.

Przed terapią bezdomni alkoholicy wykazują stosunkowo wysoki (w porównaniu do innych grup) poziom nasilenia objawów psychopatologicznych, takich jak somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, fobie, wrogość, myślenie paranoidalne i psychotyczność. Oznacza to, że rozpoczynając terapię odczuwają stosunkowo silnie różne dolegliwości cielesne związane z mięśniami sercowym, żołądkiem, układem oddechowym oraz innymi narządami i układami, bóle pleców, głowy i mięśni, jak również somatyczne objawy lęku. Stosunkowo silnie doświadczają myśli, impulsów i działań, odczuwanych jako nie do powstrzymania i nieodpartych, choć niechcianych i nie swoich oraz odczuć takich jak np. pustka w głowie, wspomnienia problemów, czy kłopotów. Mają poczucie nieadekwatności interpersonalnej, niższości, szczególnie w porównaniu z innymi osobami. Mają skłonność do autodeprecjacji, niskiego poczucia własnej wartości, niepokoju i dyskomfortu w kontaktach z ludźmi. Charakteryzuje ich także poczucie wyczulonej samoświadomości i negatywne oczekiwania odnoszące się do komunikacji interpersonalnej. Stosunkowo silnie odczuwają objawy depresji: rozdrażnienie, obniżony nastrój, utrata zainteresowania jakąkolwiek aktywnością, brak motywacji, brak energii życiowej, uczucie beznadziejności i bezradności, poznawcze oraz somatyczne objawy depresji. Zdarzają się im także myśli samobójcze. Prezentują stosunkowo wysoki poziom lęku, przejawiający się niepokojem, nerwowością, napięciem, a także somatycznymi objawami, takimi jak kołatanie lub przyśpieszone bicie serca. Ujawniają przeciętny (w porównaniu do innych badanych grup) poziom wrogości - uczuć rozdrażnienia, irytacji, skłonności do impulsywnego niszczenia przedmiotów oraz częstych i niekontrolowanych wybuchów złości. Wykazują stosunkowo wysoki poziom fobii (lęków związanych z podróżowaniem, otwartymi przestrzeniami, tłumem czy miejscami publicznymi, pojazdami i kontaktami z ludźmi). Mają skłonność do myślenia paranoidalnego: myślenia projekcyjnego, podejrzliwości, egocentryzmu, iluzji, braku autonomii i urojeń wielkościowych. Wykazują też skłonność do zachowań charakterystycznych dla procesu psychotycznego bądź będących wskaźnikami schizoidalnego stylu życia

Zgodnie z oczekiwaniami, bezdomni alkoholicy wykazują obniżoną zdolność do radzenia sobie ze stresem. Preferują nieskuteczne style radzenia sobie ze stresem, takie jak styl skoncentrowany na emocjach i angażowanie się w czynności zastępcze, zaniedbując natomiast styl skoncentrowany na zadaniu i poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Oznacza to, że w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentrowania się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Mają także tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania przez nich podejmowane

często ograniczają się do manipulowania własnymi uczuciami - mają na celu przede wszystkim zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową (choć czasami jednak mogą powodować wzrost napięcia lub przygnębienie). Nie są skłonni do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu, poprzez refleksję nad nim lub próby zmiany sytuacji. Nie planują rozwiązania problemu ani nie podejmują działań, potrzebnych do jego rozwiązania. Wykazują raczej tendencję do unikania myślenia, przeżywania i doświadczania kłopotów. Unikając problemów, chętnie angażują się w czynności zastępcze, takie jak np. picie alkoholu, oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen. Natomiast raczej nie poszukują wtedy wsparcia w kontaktach towarzyskich.

Przed terapią bezdomni alkoholicy wykazują stosunkowo niski poziom inteligencji emocjonalnej, rozumianej jako zdolność do śledzenia własnych i cudzych uczuć i emocji, różnicowania ich oraz wykorzystywania uzyskiwanych na tej drodze informacji w kierowaniu swoim myśleniem i postępowaniem. Oznacza to, że mają niską zdolność do spostrzegania i wyrażania emocji: rozpoznawania emocji we własnych stanach fizjologicznych, doznaniach i myślach, rozpoznawania emocji u innych ludzi na podstawie wyglądu, tonu głosu, zachowania i w dziełach sztuki, wiernego wyrażania emocji i związanych z nimi potrzeb oraz różnicowania między adekwatnymi i nieadekwatnymi czy szczerymi i nieszczerymi wyrazami uczuć. Mają niską zdolność do emocjonalnego wspomaganie myślenia (asymilowania emocji w przebieg procesów poznawczych): emocjonalnego sterowania uwagą – ukierunkowywania jej na ważne informacje, wywoływania w sobie określonych emocji w celu lepszego zrozumienia przeszłej, aktualnej lub przyszłej sytuacji. Przejawiają niską zdolność do przyjmowania różnych punktów widzenia – odpowiadających zmieniającym się nastrojom; niską zdolność do stosowania przy rozwiązywaniu problemów różnych sposobów podejścia – korespondujących z odmiennymi stanami emocjonalnymi. Wykazują stosunkowo niską zdolność do rozumienia i analizowania emocji oraz wykorzystywania wiedzy emocjonalnej: nazywania emocji i rozumienia relacji między słowami, a oznaczanymi przez nie treściami emocjonalnymi; interpretowania znaczenia emocji – ich związku z określonymi relacjami między ludzkimi (np. związku smutku ze stratą); rozumienia uczuć złożonych (np. miłości połączonej z nienawiścią), czy stanów będących kombinacją kilku prostszych emocji (np. strachu i zdziwienia); rozumienia i przewidywania zmian w przebiegu emocji (np. przechodzenia od złości do wstydu). Mają niską zdolność do kontrolowania i regulowania emocji: otwierania się na emocje, zarówno przyjemne, jak i nieprzyjemne; świadomego angażowania się w emocje lub separowania się od nich, odpowiednio do ich wartości informacyjnej czy użyteczności; śledzenia emocji i oceniania ich (pod względem wyrazności, typowości, adekwatności, siły wywieranego przez nie wpływu); kierowania emocjami własnymi i cudzymi – łagodzenia emocji negatywnych i wzmacniania pozytywnych (bez jednoczesnego ignorowania lub wyolbrzymiania niesionych przez nie informacji) (Jaworowska, Matczak 2001, ss. 8-9).

Jak należałoby się spodziewać, bezdomni alkoholicy wykazują stosunkowo niski poziom kompetencji społecznych. Oznacza to, że mają stosunkowo słabo rozwiniętą umiejętność godzenia własnych interesów z interesami społecznymi i radzenia sobie z rozbieżnością między indywidualnie i społecznie ważnymi celami. Wykazują niską efektywność radzenia sobie w określonego typu sytuacjach społecznych, a zwłaszcza niską efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, tj. w sytuacjach związanych z byciem w centrum uwagi i potencjalnej oceny ze strony wielu osób. Wykazują przeciętną lub stosunkowo niską efektywność zachowań w sytuacjach intymnych, tj. w bliskich kontaktach interpersonalnych, związanych z daleko idącym ujawnianiem się partnerów, jak np. zwierzenie się z osobistych

problemów czy wysłuchiwanie tego rodzaju zwierzeń; a także przeciętną lub stosunkowo niską efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, tj. wymagających umiejętności realizowania własnych celów czy potrzeb poprzez wywieranie wpływu na innych lub opieranie się wpływowi innych) (Matczak 20001). Obniżony poziom kompetencji społecznych (na poziomie 4 stenów) nie jest jednak aż tak niski, jak można by się spodziewać na podstawie faktycznej degradacji społecznej badanych osób (brak rodziny, bezrobocie, karalność i bezdomność). Może to oznaczać, że bezdomni alkoholicy posiadają dostateczne kompetencje społeczne, by móc poprawić swoje położenie, zaś główną przyczyną ich degradacji nie jest ich bynajmniej ich społeczna niekompetencja, lecz nadużywanie alkoholu. Można przypuszczać, że te same osoby, utrzymując abstynencję od alkoholu, radziłyby sobie znacznie lepiej w sytuacjach społecznych.

Tak jak należało się spodziewać, bezdomni alkoholicy wykazują wysoki poziom trudności lub zaburzeń w wartościowaniu (kryzys w systemie wartości). Trudności w tym zakresie zaznaczają się u bezdomnych alkoholików w sposób najbardziej wyraźny, osiągając średni poziom w badanej grupie na wysokości aż 8-miu stenów. Bezdomni alkoholicy osiągają wysokie wyniki we wszystkich podskalach KKW. Oznacza to, że mają duże trudności w zakresie uporządkowania systemu wartości w hierarchię – wątpliwości co do wartości życiowych, trudność w określeniu głównej wartości w życiu, nieumiejętność uporządkowania wartości w hierarchię na skutek konfliktu wartości lub brak refleksji nad wartościami. Mają silne poczucie zagubienia wartości – utraty wartości, brak cenionych wartości i ideałów oraz wzorów życia jako standardów do realizacji, poczucie utraty znaczenia wartości, zagubienia ich uzasadnień, z czym łączy się poczucie zawodu, przekonanie o niewłaściwości wybieranych celów życiowych. Wykazują silną dezintegrację wartościowania – brak motywacji do realizacji wartości i celów; małą wytrwałość i obniżoną emocjonalną akceptację wartości, rozbieżność między wartościami uznawanymi, odczuwanymi a motywacją do ich realizacji, brak satysfakcji z posiadanego systemu wartości i dokonywanych ocen i wyborów; ich postępowanie spostrzegane jest subiektywnie jako przypadkowe i w małym stopniu związane z systemem wartości. Mają silne poczucie niezrealizowania wartości - czują, że nie realizują uznawanych przez siebie wartości; postępują niezgodnie z systemem wartości, moc regulacyjna wartości jest zbyt mała, mają poczucie niespełnienia ważnych zadań życiowych, bycia nie na swoim miejscu, poczucie winy i oceniają własne postępowanie jako niewłaściwego. Odnaczają się podwyższonym poziomem niepokoju i pesymizmu, obniżoną samooceną i obniżonym poczuciem sensu życia oraz trudnościami w ustaleniu i realizacji celów życiowych. Ich system wartości jest mało uporządkowany, przeżywają wątpliwości i konflikty dotyczące wartości, mają poczucie zagubienia lub odchodzenia od uznawanych wartości. Obniżona jest u nich akceptacja wartości uprzednio cenionych. Występuje rozbieżność między wartościami uznawanymi a realizowanymi, obniżona motywacja do życia według systemu wartości, mała konsekwencja w realizacji celów życiowych, czemu towarzyszy niepokój i poczucie nieprzystosowania (Oleś 1998).

## **10.2. Zmiany w badanej grupie po terapii odwykowej**

Udział w terapii odwykowej prowadzi u bezdomnych alkoholików do szeregu pożądanych i spodziewanych zmian, a także do jednej – nieoczekiwanej zmiany. Okazało się, że tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle, stosunkowo niska przed terapią, po terapii, zamiast dalej spadać – wzrasta do przeciętnego poziomu, w porównaniu do innych badanych grup. Hipoteza, że udział w terapii odwykowej prowadzi do obniżenia tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle nie została zatem potwierdzona.

Być może bezdomni alkoholicy, rozpoczynając terapię odwykową, często po pobycie na oddziale detoksykacyjnym, czują się upokorzeni swoim położeniem i mają wówczas niską samoocenę. Byliby wówczas skłonni oceniać się bardzo surowo, gorzej, niż na to w rzeczywistości zasługują. Udział w terapii odwykowej, utrzymywanie abstynencji przez 4 miesiące – podnosiłby ich samoocenę, a co za tym idzie – również tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle.

Ponieważ jednak tendencja do przedstawiania się w korzystnym świetle osiąga tylko przeciętny poziom, nie podważa to wiarygodności uzyskanych rezultatów badań.

Udział w terapii odwykowej prowadzi u bezdomnych alkoholików do poprawy w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli. Po terapii bezdomni alkoholicy uzyskują bardziej wewnętrzne poczucie kontroli, oznaczające silniejsze przekonanie o posiadaniu wpływu na własne życie. Skłonni są uważać, że to raczej oni, a nie zewnętrzne okoliczności, mają wpływ na swoją sytuację, a co za tym idzie, w większym stopniu brać na siebie odpowiedzialność za swoje życie.

W trakcie terapii odwykowej bezdomni alkoholicy uzyskują znaczący spadek poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych, takich jak somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne i psychotyczność.

Udział w terapii odwykowej prowadzi u bezdomnych alkoholików do oczekiwanej poprawy w zakresie umiejętności radzenia sobie ze stresem. Częściej stosują pożądany styl radzenia sobie ze stresem - styl skoncentrowany na zadaniu. O ile przed terapią uzyskują niskie wyniki w tym zakresie (4 steny), to po terapii uzyskują przeciętne wyniki (6 stenów). Z kolei w mniejszym stopniu stosują niepożądany styl – tj. styl skoncentrowany na emocjach. O ile przed terapią ich wyniki są wysokie (7 stenów), to po terapii uzyskują przeciętne wyniki (5 stenów).

Po terapii wzrasta także skłonność do poszukiwania kontaktów towarzyskich: z poziomu niskiego (4 steny) do poziomu przeciętnego (6 stenów) (tab. 25). Jest to zgodne z celami terapii odwykowej, podczas której zachęca się alkoholików do poszukiwania wsparcia innych ludzi w sytuacjach stresowych.

Zgodnie z oczekiwaniami, po terapii bezdomni alkoholicy uzyskują wyższe wyniki w zakresie inteligencji emocjonalnej. O ile przed terapią uzyskują stosunkowo niskie wyniki (na granicy 4-5 stenów), to po terapii uzyskują przeciętne wyniki (6 stenów).

Udział w terapii odwykowej prowadzi do poprawy w zakresie kompetencji społecznych u bezdomnych alkoholików, z poziomu niskiego (4 steny) do przeciętnego (6 stenów) (tab. 28). Wzrasta poziom kompetencji pacjentów w sytuacjach intymnych (tj. w zakresie umiejętności angażowania się w bliskie relacje interpersonalne) oraz w sytuacjach wymagających ekspozycji społecznej (takich jak np. wystąpienia publiczne). Po terapii bezdomni alkoholicy lepiej radzą sobie także w sytuacjach społecznych wymagających asertywności. Wynik ten jest zgodny z oczekiwaniami.

Ostatnia, ważna zmiana dotyczy systemu wartości. Udział w terapii odwykowej prowadzi do znacznego uporządkowania systemu wartości u bezdomnych alkoholików. O ile przed terapią wykazywali oni wysoki poziom trudności i zaburzeń w wartościowaniu (8 stenów), oznaczający poważny kryzys w systemie wartości, to po terapii prezentują oni przeciętny

poziom uporządkowania systemu wartości dla polskiej populacji (6 stenów). Po terapii znacznie zmalały trudności pacjentów w zakresie uporządkowania systemu wartości w hierarchię, zmniejszyło się także poczucie zagubienia wartości. Nastąpiła poprawa w zakresie dezintegracji wartościowania oraz zdecydowanie zmniejszyło się poczucie nierealizowania wartości (tab.30).

### **10.3. Efektywność terapii odwykowej bezdomnych alkoholików w OTU "Monar"**

Na podstawie szczegółowych badań małej grupy pacjentów można stwierdzić, że zasadnicze cele terapii odwykowej – utrzymywanie abstynencji od alkoholu, znalezienie pracy i wyjście z bezdomności – w znacznej mierze zostały zrealizowane. Pół roku po terapii abstynencję utrzymywało aż 57% absolwentów terapii. Nieznaczna część - 3,2% piła krótszymi ciągami niż przed terapią. Z kolei wobec dużej grupy absolwentów (32%) terapia okazała się nieskuteczna i osoby te wróciły do picia podobnego jak przed terapią. O pozostałych pacjentach nie uzyskano danych.

Prawie 40% absolwentów wyszło z bezdomności – wynajmując pokój na mieście (21%), wracając do rodziny (7,%), znajdując pracę z zakwaterowaniem (7%) lub wracając do własnego mieszkania (3,6%). Osoby te zrealizowały zatem kolejny cel terapii, jakim było wyjście z bezdomności. Dalsze 25% absolwentów zamieszkało w hostelu dla absolwentów terapii lub innym schronisku dla osób bezdomnych. Jest to pewien postęp w porównaniu do mieszkania w kanałach, na dworcu, na działkach, w pustostanach lub w szałasach czy namiotach, zwłaszcza, że w schroniskach dla bezdomnych z reguły obowiązuje wymóg utrzymywania abstynencji od alkoholu. O pozostałych osobach nie mamy danych, bądź widziano ich na dworcu. W większości są to osoby, o których wiadomo, że wróciły do picia, a zatem można spodziewać się, że nadal są bezdomne.

Ponad 60% absolwentów terapii znalazło jakieś akceptowane społecznie źródła utrzymania. Najwięcej, bo 36% podjęło legalną pracę (z ubezpieczeniem ZUS), dalsze 21% osób znalazło pracę na czarno (bez ubezpieczenia), a 3,6% podjęło pracę w schronisku dla bezdomnych, bez wynagrodzenia, za wyżywienie, zakwaterowanie i papierosy. Oznacza to znaczący postęp w porównaniu z utrzymywaniem się z żebrania lub kradzieży, charakterystycznego dla osób bezdomnych. Z kolei w przypadku 36% absolwentów nie mamy danych o ich źródłach utrzymania. Można przypuszczać, że w większości są to te same osoby, które te wróciły do picia.

Wyniki uzyskane pół roku po terapii, prezentowane w tym rozdziale, są w dużym stopniu zbieżne z wynikami uzyskiwanymi w trakcie systematycznego monitorowania losów wszystkich absolwentów terapii, zaprezentowanymi w rozdziale III.

## Rozdział V. Wnioski

- 1. Terapia odwykowa bezdomnych osób uzależnionych od alkoholu może być efektywna.** W dużej mierze udało się zrealizować zasadnicze cele terapii odwykowej, takie jak utrzymywanie abstynencji, znalezienie pracy i wyjście z bezdomności. Ponad połowa absolwentów terapii utrzymywała pełną abstynencję od alkoholu pół roku po terapii, prawie 1/5 z nich wyszła z bezdomności, zaś blisko 1/3 ma legalne źródło utrzymania (z ubezpieczeniem ZUS).
- 2. Udział w terapii odwykowej prowadzi do zmniejszenia objawów psychopatologicznych u bezdomnych osób uzależnionych od alkoholu.**
- 3. W chwili rozpoczynania terapii pacjenci, którzy przerwą terapię przed jej ukończeniem, wykazują wyższy poziom wrogości, myślenia paranoidalnego i natręctw w porównaniu do pacjentów, którzy ukończą terapię.** Ponadto, o alkoholikach-mężczyznach przerywających terapię można powiedzieć także, że mają bardziej zewnętrzne poczucie kontroli oraz są młodsi średnio o 5 lat, w porównaniu do tych, którzy ukończą terapię.
- 4. Przed terapią bezdomne alkoholiczki (kobiety) wykazują wyższe nasilenie objawów psychopatologicznych niż bezdomni alkoholicy (mężczyźni), lecz po terapii te różnice zacierają się i stają się statystycznie nieistotne.**
- 5. Nie znaleziono różnic między kobietami i mężczyznami, jeśli chodzi o przerywanie terapii czy odsetek osób utrzymujących abstynencję pół roku po terapii.**

Dalsze wnioski dotyczą tylko bezdomnych alkoholików – mężczyzn (bardziej szczegółowe badania nie objęły kobiet):

- 6. Wbrew oczekiwaniom, udział terapii odwykowej doprowadził do zwiększenia tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle u bezdomnych alkoholików.** O ile przed terapią wykazują stosunkowo niską tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle, to po terapii wykazują przeciętny poziom tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle, w porównaniu do innych grup.
- 7. Udział w terapii odwykowej doprowadził do zwiększenia poczucia kontroli u bezdomnych alkoholików.**
- 8. Bezdomni alkoholicy wykazywali obniżone umiejętności radzenia sobie ze stresem.**
- 9. Udział w terapii odwykowej doprowadził do poprawy w zakresie umiejętności radzenia sobie ze stresem u bezdomnych alkoholików.** Po terapii bezdomni alkoholicy wykazywali przeciętne umiejętności radzenia sobie ze stresem.
- 10. Bezdomni alkoholicy przejawiali niski poziom inteligencji emocjonalnej.**
- 11. Udział w terapii odwykowej doprowadził do poprawy w zakresie inteligencji emocjonalnej u bezdomnych alkoholików.** Po terapii wykazywali przeciętny poziom inteligencji emocjonalnej.
- 12. Bezdomni alkoholicy wykazywali niski poziom kompetencji społecznych.**
- 13. Udział w terapii odwykowej doprowadził do poprawy w zakresie kompetencji społecznych u bezdomnych alkoholików.** Po terapii wykazywali przeciętny poziom umiejętności społecznych.
- 14. Bezdomni alkoholicy mieli nieuporządkowany system wartości.**
- 15. Udział w terapii odwykowej prowadzi do znacznej poprawy w zakresie uporządkowania systemu wartości.** Po terapii bezdomni alkoholicy wykazywali przeciętny poziom uporządkowania systemu wartości.

## **Zakończenie**

Celem badań była analiza efektywności terapii odwykowej bezdomnych alkoholików.

W pracy zaprezentowano wyniki systematycznego badania 1000 pacjentów przyjętych do terapii w Oddziale Terapii Uzależnień "Monar" w Warszawie w latach 2003-11 oraz wyniki monitorowania dalszych losów absolwentów terapii odwykowej. Dwukrotnie (przed terapią i po terapii) badano u pacjentów nasilenie objawów psychopatologicznych (takich jak somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, myślenie paranoidalne i psychotyczność). Ponadto zbierano informacje o absolwentach terapii: ich kontaktach z alkoholem, źródłach utrzymania i miejscu zamieszkania pół roku po terapii, rok po terapii i dwa lata po terapii.

Terapię ukończyła ponad połowa pacjentów (53%). Poziom nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów kończących terapię obniżył się znacząco w stosunku do stanu na początku terapii.

Informacje zebrane pół roku po terapii wskazują, że w dużej mierze udało się zrealizować zasadnicze cele terapii, takie jak utrzymywanie abstynencji, znalezienie pracy i wyjście z bezdomności. Ponad połowa absolwentów terapii (51%) utrzymywała pełną abstynencję od alkoholu pół roku po terapii, ponad 1/5 z nich wyszła z bezdomności, zaś blisko 1/3 ma legalne źródło utrzymania (z ubezpieczeniem ZUS).

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między uzależnionymi, bezdomnymi kobietami a mężczyznami, jeśli chodzi o wypadalność z terapii i utrzymywanie abstynencji od alkoholu pół roku po terapii.

Bardziej szczegółowe badania objęły 62 bezdomnych mężczyzn, uzależnionych od alkoholu, przyjętych do terapii odwykowej w OTU "Monar". Dwukrotnie (na początku i na końcu terapii) zbadano poczucie kontroli uczestników, tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle, nasilenie objawów psychopatologicznych, style radzenia sobie ze stresem, inteligencję emocjonalną, kompetencje społeczne i stopień uporządkowania systemu wartości.

Okazało się, że rozpoczynając terapię bezdomni alkoholicy wykazują niskie (w stosunku do ogółu polskiej populacji) umiejętności radzenia sobie ze stresem, niską inteligencję emocjonalną, niskie kompetencje społeczne oraz wysoki poziom trudności i zaburzeń w wartościowaniu.

Udział w terapii odwykowej doprowadził u bezdomnych alkoholików do bardziej wewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli. Obniżył się poziom objawów psychopatologicznych, takich jak somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, myślenie paranoidalne i psychotyczność. Wzrosła umiejętność radzenia sobie ze stresem. Podniósł się poziom inteligencji emocjonalnej oraz kompetencji społecznych. Nastąpiło także znaczne uporządkowanie systemu wartości bezdomnych alkoholików.

Na podstawie uzyskanych rezultatów uznano, że terapia odwykowa bezdomnych alkoholików może być efektywna.

## Bibliografia

- Adamczyk L., Psychologiczna charakterystyka osób bezdomnych uzależnionych od alkoholu. *Szczodre* 2007. <http://www.bezdomnosc.edu.pl/content/view/81/53/>
- Baumeister R., Heatherton T., Tice D., *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*. Warszawa 2000. PARPA.
- Barszcz M., Włodawiec B. *Droga do domu. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2005, nr 3 (42), 13-14.
- Bergin A.E., Lambert M.J., *Ocena wyników terapii* [w:] Garfield S.L., Bergin A.E., *Psychoterapia i zmiana zachowania. Analiza empiryczna*. Warszawa 1990. IPN.
- Bierowski T., *Leczyć przyczynę – nie tylko skutek*. *Świat Problemów* 2003, nr 3 (122), 23-24.
- Brodniak W.A., Zwoliński M., *Rozpowszechnienie myśli i zachowań samobójczych wśród pacjentów lecznictwa odwykowego*. *Alkoholizm i Narkomania* 2006, nr 1 t. 19, 25-33.
- Brodziak A., *Nerwica, stan przeciążenia, choroby psychosomatyczne*. Katowice 1981. Pracownia Informatyki Medycznej Kliniki Gastroenterologii Śląskiej Akademii Medycznej.
- Bronowski P., *Hierarchia wartości u członków wspólnoty anonimowych alkoholików*. *Alkoholizm i Narkomania* 2001, t. 14, nr 4. [http://www.ipin.edu.pl/ain/archiwum/2001/4/t14n4\\_5.pdf](http://www.ipin.edu.pl/ain/archiwum/2001/4/t14n4_5.pdf)
- Brush BL., McGee EM., *Evaluating the spiritual perspectives of homeless men in recovery*. *Applied Nursing Research*. 2000 Nov;13(4): 181-6.
- Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa 1996. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Charakterystyka kobiet współuzależnionych. Raport z badań*. Warszawa 1997. IPZ.
- Chmurska E., *Tu nie ma złodziei, tu są pacjenci*. *Świat Problemów* 2002, nr 5. <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=2325>
- Chodkiewicz J., *Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. *Alkoholizm i Narkomania* 2001, t. 14, nr 2. <http://www.ipin.edu.pl/ain/t14n02.php>
- Chodkiewicz J., *Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14 (1): 39-45.
- Chodkiewicz J., *Zmagając się ze światem. Znaczenie zasobów osobistych*. *Psychologia.net.pl* (2006). <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=136>
- Chrapkowska-Zielińska A., *Brak tolerancji to przyczyna i skutek bezdomności*, [w:] Duracz-Walczak A., (red.) *W kręgu problematyki bezdomności polskiej*. Warszawa, Gdańsk 2001/2002.



Clinebell H. J., *Understanding and Counseling the Alcoholic*. cyt. za: *Alkoholicy z dzielnic biedy*. Świat Problemów 2003, nr 3 (122), 5-6.

Cooper M., *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Warszawa 2010. IPZ.

Corey M.S., Corey G., *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa 1995. IPZiT.

Czabała C., Leder S., Pohorecka A., *Badania nad psychoterapią grupową*, [w:] Wardaszko-Łyszkowska H., *Terapia grupowa w psychiatrii*, Warszawa 1980. PZWŁ.

Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L., *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report*, Psychopharmacology Bulletin 1973, vol. 9, nr 1, 13-28.

Dębski M., Olech P., *Socjodemograficzny portret zbiorowości ludzi bezdomnych województwa pomorskiego*. Gdańsk, 2005/2006. Raport z badań.

Dębski M., *Przyczyny bezdomności. Typologie i kwestie sporne*. [w:] Dębski M., (red.) *Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty – diagnoza Zespołu Badawczego*. Gdańsk 2011. Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności.

Domański P., *Umierali sto razy...* Świat Problemów 2003, nr 3 (122), 21-22.

Drwal R.Ł. *Opracowanie kwestionariusza Delta do pomiaru poczucia kontroli*, Studia Psychologiczne 1979, t. XVIII/I, 67-83.

*Europejski Raport Zdrowia 2002. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 2003*. Nr 2. <http://ipz.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=2055>

Eysenck H., *Sens i nonsens w psychologii*, Warszawa 1971, PWN.

Fichter M.M., Frick U., *The key relative's impact on treatment and course of alcoholism*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1993; 243(2):87-94. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=8218432&ordinalpos=57&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=8218432&ordinalpos=57&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum)

Fudała J., Głowik T., Witek S., *Specyfika leczenia odwykowego w zakładzie penitencjarnym*. [w:] *Leczenie odwykowe w jednostkach penitencjarnych*. Alkohol a zdrowie 1997, nr 18. s. 22-25. <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=2321>

Fudała J., *Lecznictwo odwykowe w Polsce w latach 2005-2006*. Warszawa 2007. PARPA.

Fudała J., *Trzeźwienie się opłaca – o absolwentach naszego programu terapeutycznego*. Świat Problemów 2004, nr 4. <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=7002>

Gasiul H., *Emocjonalno-motywacyjne mechanizmy uzależnień*. [w:] Bołoz W., Ryś M., [red.] *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne*. Warszawa 2002. Wydawnictwo UKSW.

Glatt M.M., *Najczęstsze kontrowersje wokół alkoholizmu*. [w:] Dodziuk A., *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie*. Warszawa 1993. IPZ.

Golińska L., *Uczestnicy SPP w trakcie Studium oraz w rok później*. Maszynopis (bez daty wydania). IPZiT.

Gorski T.T., Miller M., *Jak wytrwać w trzeźwości? Poradnik zapobiegania nawrotom choroby*. Warszawa 1995. Akuracik.

Górski T., *Amerykańskie idee*. Świat Problemów 2003, nr 3 (122), 30-32.

Jakubik A., Kraszewska E., *Zespół alienacyjny u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania 2002, nr 1 (15).

[http://www.ipin.edu.pl/ain/archiwum/2002/1/t15n1\\_8.pdf](http://www.ipin.edu.pl/ain/archiwum/2002/1/t15n1_8.pdf)

Jakubik A., Kowaluk B., *Wsparcie społeczne a utrzymywanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*.

<http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=68>

Januszko P., Radziwoń-Zaleska M., Gmaj B., Mysza D., Wilkowska J., Kostecka-Walenta M., Macoszko D., Matsumoto H., *Aleksytymia jako czynnik prognostyczny abstynencji od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania 2004, nr 3-4 (17).

[http://www.ipin.edu.pl/ain/archiwum/2004/3-4/t17n4\\_5.pdf](http://www.ipin.edu.pl/ain/archiwum/2004/3-4/t17n4_5.pdf)

Jampolski L., *Leczenie uzależnionego umysłu*. Warszawa 1992. J. Santorski & Co.

Jastrzębski J., Kruk M., Ślaski S., Woś A., Jopkiewicz M., *Funkcjonowanie społeczno-zawodowe podopiecznych Stowarzyszenia Monar – cz. I*. Remedium 2008, nr 1 (179), 1-3.

Jaworowska A., Matczak A., *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej*. Warszawa 2001. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Jażdżikowski M., *Najważniejsza jest zmiana świadomości*. Świat Problemów 2003, nr 3 (122), 7-8.

Jellinek E.M., *Stadia nałogu alkoholowego*. [w:] Dodziuk A., *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie*. Warszawa 1993. IPZ.

Kaźmierczak J., *Życie na peweksie – bezdomni, bezrobotni, pracujący*. Pomost – pismo samopomocy. "O bezdomności bez lęku". Grudzień 2006. 37-49.

Kinney J., Leaton G., *Zrozumieć alkohol*. Warszawa 1996. PARPA.

Kostowski W., *Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień*. Alkoholizm i Narkomania 2006, nr 2 t. 19, 139-167.

Kostowski W., *Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień*. Alkoholizm i Narkomania 2009, nr spec. t. 22, 11-38.

Kramarz W., *Dysfunkcjonalność rodziny przyczyną bezdomności*, [w:] Duracz-Walczak A., (red.) *W kręgu problematyki bezdomności polskiej*. Warszawa, Gdańsk 2001/2002.

Krampe H, Stawicki S, Wagner T, Bartels C, Aust C, Rüter E, Poser W, Ehrenreich H., *Follow-up of 180 alcoholic patients for up to 7 years after outpatient treatment: impact of alcohol deterrents on outcome*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2006 Jan; 30(1): 86-95.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=16433735&ordinalpos=23&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResuItsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=16433735&ordinalpos=23&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResuItsPanel.Pubmed_RVDocSum)

Kroloff Ch., *54 Ways You Can Help The Homeless*. Hugh Lauter Levin Associates 1993. <http://home.golden.net/~msavage/ootc/54ways/overview.html>

Kruk M., Jastrzębski J., Ślaski S., Woś A., Jopkiewicz M., *Funkcjonowanie społeczno-zawodowe podopiecznych Stowarzyszenia Monar – cz. II*. Remedium 2008, nr 2 (180), 28-29.

Kucińska M., *Utrzymywanie przez pacjentów abstynencji w rok po ukończeniu lub przerwaniu realizacji podstawowego programu terapii uzależnienia na Oddziale Odwykowym w Łukowie*. Warszawa 1995. IPZ.

<http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=biblioteka&op=opis&id=2688>

Kucińska M., Mellibruda J., *Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia przez pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA*, Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 373-388.

Kucińska M., Mellibruda J., *Zmiany stanu psychicznego po terapii odwykowej u pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA*. Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 405-420.

Lipczyński A., Nowosad A., *Wsparcie społeczne w procesie terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Psychologia.net.pl. <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=14>

Malcolm B. P., *Evaluating the effect of drug treatment on coping resources among homeless men*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, Vol 62 (12-A), Jun 2002. 4333.

Majewicz S., *Bezdomność gorsza niż alkoholizm*. Terapia uzależnienia i współuzależnienia 2001, nr 5.

<http://www.ipz.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=2063>

Matczak A., *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych*. Warszawa 2001. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Mellibruda J., *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 277-306.

Mellibruda J., *Strategiczno – strukturalna psychoterapia uzależnienia*. Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 307-324.

Mellibruda J., Włodawiec B., *Zmiany funkcjonowania społecznego po terapii odwykowej pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA*. Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 389-404.

Mellibruda J., Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin. Warszawa 1999. IPZ.

Mellibruda J., *Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia*. 2002. <http://www.ipz.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=29>

Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. Warszawa 2006. IPZ.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Warszawa 2000. Versalius.

*Monitorowanie przebiegu i efektów terapii w sieci wiodących placówek leczenia odwykowego w Polsce. Portret pacjentów uzależnionych. Raport z badań.*, Warszawa 1996. IPZ.

Monti P.M., Abrams D.B., Kadden R.M., Cooney N.L., *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu*. Warszawa 1994. IPZiT.

Moskalewicz J., Sierosławski J., Dąbrowska K., *Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce*. Alkoholizm i Narkomania 2006. [http://www.ipin.edu.pl/ain/spis/ain\\_s\\_4\\_2006.rtf](http://www.ipin.edu.pl/ain/spis/ain_s_4_2006.rtf).

Mroziak B., *Poczucie koherencji (SOC) a zmiany stylu radzenia sobie z stresem po psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu. Badanie katamnesticzne*. Psychologia Jakości Życia 2002, nr 1/1. <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=68>

Nikodemka S., *Rodzaj i zakres zmian w kontaktach z alkoholem występujący u osób uzależnionych po zakończeniu podstawowego programu terapeutycznego w Pododdziale Terapii Uzależnień w Sandomierzu*. Warszawa 1997. IPZ.

Nikodemka S., *Bezdomni pacjenci leczenia odwykowego*. Świat Problemów nr 6(89)/2000.

Olech P., Ługowski K., *Problematyka zdrowia ludzi bezdomnych – perspektywa specjalistów pomocy społecznej i służby zdrowia*. Pomost – Kompendium "Bezdomność a zdrowie" – informator dla instytucji służby zdrowia i pomocy społecznej. Grudzień 2006. 34-39.

Oleś P., *Kwestionariusz do Badania Kryzysu w Wartościowaniu (KKW)*, Warszawa 1998. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Podymow T; Turnbull J; Coyle D; Yetisir E; Wells G, *Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol*. Canadian Medical Association Journal (Journal De L'association Medicale Canadienne Disease Management) 2006.

Popielarska B., *Przyczyny bezdomności w świetle teorii psychologicznych* [w:] Duracz-Walczak A., (red.) *W kręgu problematyki bezdomności polskiej*. Warszawa, Gdańsk 2001/2002.

*Poradnik statystyczny programu Statistica, wersja 5.5.*

*Raport grupy eksperckiej ds. zdrowia.* [w:] Stenka R. (red.) *Raport z fazy diagnozy. Kondycja i dobre praktyki pomocy ludziom bezdomnym w sześciu obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwo lokalne, zdrowie, zatrudnienie i edukacja.* Gdańsk 2011. Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności.

*Rocznik demograficzny 2007.* Warszawa 2007. GUS.  
[http://www.stat.gov.pl/gus/45\\_3697\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/45_3697_PLK_HTML.htm)

Rohsenow D.J., Monti P.M., Rubonis A.V., Gulliver S.B., Colby S.M., Binkoff .J.A., Abrams D.B., *Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes.* *Addiction.* 2001 Aug;96(8): 1161-74.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=11487422&ordinalpos=21&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResuItsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=11487422&ordinalpos=21&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResuItsPanel.Pubmed_RVDocSum)

Rychtarik R.G., Prue D.M., Rapp S.R., King A.C., *Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics.* *Journal of Studies on Alcohol and Drugs.* 1992 Sep; 53(5): 435-40.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=1405635&ordinalpos=58&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultSPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=1405635&ordinalpos=58&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultSPanel.Pubmed_RVDocSum)

Ryś M., *Rodzinne uwarunkowania uzależnień.* [w:] Bołoz W., Ryś M., [red.] *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne.* Wydawnictwo Warszawa 2002. UKSW.

Ryś M., *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików.* Warszawa 2007. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Seligman M.E., *Optyzizmu można się nauczyć.* Poznań 1993. Media Rodzina of Poznań.

Siwiak-Kobayashi M.M., *Zmiany w stanie klinicznym i modyfikacja niektórych postaw pacjentów leczonych w klinice nerwic.* Warszawa 1974. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Niepublikowana praca doktorska.

*Sprawozdanie merytoryczne Stowarzyszenia "Monar" za rok 2005,* Warszawa 2006. Monar.

Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P., *Kwestionariusz radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik.* Warszawa 2005. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Ślaski S., Bukowska B., *Efektywność terapii odwykowej w zakładzie karnym.* *Problemy Alkoholizmu.* 1996 nr 4, 19-20.

Ślaski S., Żylicz O., *An effect of psychotherapy on self-awareness changes in incarcerated and non-incarcerated alcoholics.* *International Journal Offender Therapy and comparative criminology.* 2006, (50), 5, 559-569.

Ślaski S., Religijność a nadużywanie substancji psychoaktywnych. Psychologia.net.pl 2007. <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=314>

Slesnick N., Kang MJ., Bonomi AE., Prestopnik JL., *Six- and twelve-month outcomes among homeless youth accessing therapy and case management services through an urban drop-in center*. Health Services Research. 2008 Feb; Vol. 43 (1 Pt 1), 211-29.

Świst J., *Efektywność terapii osób z problemem alkoholowym. Zastosowanie modelu terapeutycznego M. Seligmiana*. KUL, Lublin 2001. Niepublikowana praca doktorska. <http://nauka.opi.org.pl/raporty/opisy/synaba/90000/sn90428.htm>

Twerski A.J., *Uzależnione myślenie. Analiza samooszukiwania*. Warszawa 2001. IPZ.

Witkiewicz B., *Psychologiczna charakterystyka pacjentów – więźniów oddziału odwykowego*. [w:] *Leczenie odwykowe w jednostkach penitencjarnych*. Alkohol a zdrowie nr 18. PARPA, Warszawa 1997, 28-30.

Włodawiec B., *Portret pacjenta*. Świat Problemów 1997, nr 6 (53), 23-27.

Włodawiec B., *Ocena efektywności Programu Rozwoju Osobistego dla osób działających w środowiskach trzeźwościowych*. Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 467-492.

Woronowicz B., Lenart W., *Próba oceny skuteczności leczenia uzależnienia od alkoholu w oparciu o długość abstynencji*. Alkoholizm i Narkomania 1996, nr 2 (23). <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=biblioteka&op=opis&id=2450>

Wnuk M., *Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania 2007, nr 1 (20), 31-40.

Zieliński A., *Nadużywanie alkoholu a bezdomność*. Alkoholizm i Narkomania 2005, nr 1/2 t. 18, 71-87.

## Aneks – prace pacjentów

Aneks zawiera prace pisemne pacjentów, napisane w trakcie terapii odwykowej w ramach przewodnika samopoznania. Ostatnia praca to tzw. "piciorys" – praca końcowa, podsumowująca wpływ picia na całe życie pacjenta.

Prace zostały upublicznione za zgodą pacjentów. Imiona pacjentów i niektóre szczegóły pozwalające na ich identyfikację zostały zmienione.

### Wpływ picia alkoholu na moją bezdomność

*Kiedy poznałem moją przyszłą żonę w sylwestra 1992-93, pracowałem i byłem niezależny finansowo. Do ślubu, który odbył się w 1995 roku, kupiliśmy sobie dobry samochód marki Nissan. Mieliśmy sporo oszczędności, więc żeby urządzić wesele, nie potrzebowaliśmy pożyczać żadnych pieniędzy. Żyło się nam ponad przeciętną. W tym okresie nie nadużywałem alkoholu.*

*W 1996 roku znalazłem pracę jako kierowca - magazynier w hurtowni tkanin. Zarabiałem bardzo dobrze. Jeździłem z towarem i po towar po Polsce i Europie. Alkohol spożywałem, jak nie jeździłem w trasy. Zdarzało się, że wyjeżdżałem i na dwa tygodnie. Po powrocie miałem 4-5 dni wolnego. W tym czasie upijałem się przez dwa dni, a kolejne 2-3 dni zostawiałem na wytrzeźwienie.*

*Odkładaliśmy pieniądze, żeby kupić działkę i postawić nieduży dom, po prostu mieć swoje bezpieczne miejsce. Przepijałem w czasie tych wolnych dni część odłożonych pieniędzy. Moja żona często z tego powodu robiła mi awantury. W 1998 roku zrealizowaliśmy nasz zamiar i wreszcie zakupiliśmy działkę pod budowę w Starej Miłosnej i całość materiałów na budowę domu.*

*W 1999 roku kupiliśmy jeszcze jeden samochód marki VW Passat Kombi. Nissan był zarejestrowany na żonę, a VW na mnie.*

*Pod koniec 1999 roku straciłem pracę w hurtowni. Prawdopodobnie z powodu zaniżania cła i nie płacenia podatków przez właściciela, policja gospodarcza zamknęła hurtownię. Wtedy zacząłem nadużywać alkoholu w bardzo dużych ilościach i przestałem w ogóle kontrolować to, co robię. W pewnym momencie zorientowałem się, że przepiłem wszystkie nasze oszczędności. Piłem alkohol zamiast szukać nowej pracy, nie zastanawiałem się, co w ogóle robię. Alkohol był silniejszy, więc nie zastanawiałem się nad konsekwencjami i sprzedałem VW, a pieniądze za niego roztrwoiłem na alkohol, narkotyki i agencje towarzyskie.*

*Moja żona kilkakrotnie uprzedzała mnie, że jeżeli się nie uspokoję, to się rozejdziemy. I tak się stało - po sprzedaży samochodu powiedziała, że bym się wynosił. Niewiele myśląc (bo jak można myśleć trzeźwo w ciągu alkoholowym) sprzedałem działkę, która była zapisana na mnie wraz z materiałami na budowę domu. Aby zrobić to szybko i żeby żona się nie zorientowała, sprzedałem ją za około 70% wartości. Po sprzedaży kontynuowałem picie. Wyniosłem się do brata, a mając w kieszeni dużą ilość gotówki, nie martwiłem się o nic. Przed samym wyjazdem oznajmiłem żonie, że sprzedałem działkę i towar i dałem jej połowę pieniędzy uzyskanych ze sprzedaży. Drugą połowę miałem dla siebie.*

*Będąc u brata dowiedziałem się, że jestem z domu rodzinnego wymeldowany. Roztrwoiłem gotówkę na alkohol i inne używki w przeciągu ok. półtora roku. Po pozbyciu się ostatniego*

grosza u brata, wyjechałem do Warszawy i tutaj zacząłem pić praktycznie co się dało, w tym denaturat.

W Warszawie najczęściej zarabiałem pieniądze na alkohol i papierosy, wyludzając pieniądze na tzw. "wędkę" [tj. żebranie]. Jedzenie najczęściej kupowali mi ludzie sami, którzy nie chcieli mi dać pieniędzy do ręki. Jak nie chciało mi się wędkować, to szedłem do kościoła i wybierałem ubrania, ażeby je sprzedać i mieć na denaturat.

Na izbie wytrzeźwień poznałem Zbyszka, który też pił denaturat. Pomieszkiwaliśmy na klatkach i piwnicach. Zrobiliśmy sobie szałas w parku, obłożony folią i gałęziami, a środkiem wyłożony kartonami i szmatami. Wypijałem wtedy dziennie ok. pół litra denaturatu.

Gdy było nam zimno, to w bardzo prosty sposób staraliśmy się, aby było nam ciepło. Upijaliśmy się w miejscu publicznym, czyli na przystanku tramwajowym lub autobusowym. Najczęściej ludzie wzywali policję lub straż miejską, a oni wtedy wywozili nas na izbę wytrzeźwień. Tam było ciepło i nie kapalo na głowę. Robiliśmy to bardzo często.

Doprowadziłem się moim pić denaturatu do stanu agonalnego, gdy przypadkowo ktoś znalazł mnie na strychu i wezwał pogotowie. W szpitalu leżałem około miesiąca, następnie kolejny miesiąc na oddziale detoksykacyjnym. Na detoksie ordynator zaproponował mi terapię uzależnień dla bezdomnych na Marywilskiej. Zgodziłem się i po rozmowie z panią kierowniczką zostałem przyjęty.

Doprowadziłem się moim pić alkoholu do tego, że straciłem to, co najcenniejsze: najbliższą rodzinę (żonę, córkę), nasz wspólny dorobek, który miał zabezpieczyć naszą przyszłość, zdrowie (co odczuwam do dziś, choć utrzymuję abstynencję już ok. 6 miesięcy) i stałem się bezdomnym alkoholikiem.

Jest mi żal, przykro i wstyd, że mogłem tak postępować. Chociaż czasu nie da się wrócić, ale postaram się z czasem odzyskać część tego, co straciłem. Poprzez obecność na tej terapii uczę się nowego życia w trzeźwości.

Piotrek AA

## **Wpływ picia alkoholu na moje życie towarzyskie**

Krzysztof był moim serdecznym kolegą, znaliśmy się, gdy jeszcze chodziłem do szkoły średniej. Mieliśmy wiele wspólnych tematów do rozmowy, jak również wspólną pasję – grę w brydża. W każdą sobotę i niedzielę z inną parą spędzaliśmy przy stoliku brydżowym niejednokrotnie całe 24 godziny z krótkimi przerwami na posiłki. Byliśmy doskonale zgrani i inne pary pokonywaliśmy dość gładko. Występowaliśmy również w turniejach brydżowych w klubie, gdzie zajęliśmy raz drugie i dwukrotnie trzecie miejsce na około 30 par startujących. Razem również podrywaliśmy dziewczęta, chodziliśmy wspólnie na mecze siatkówki mężczyzn, kibicowaliśmy Skrze Warszawa. Z czasem nasze kontakty uległy rozluźnieniu, gdy ja się ożeniłem i już nie miałem tyle czasu na grę w brydża. Gdy się spotykaliśmy zawsze mieliśmy o czym rozmawiać i co wspominać. Na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych musiałem wziąć kredyt bankowy w wysokości 50 mln. zł., aby kupić samochód Żuk A11 niezbędny mi jako narzędzie pracy (prowadziłem handel obwoźny). Poprosiłem Krzysztofa by mi podżyrował kredyt. Drugi żyrant nie był potrzebny, gdyż posiadałem fałszywy akt własności działki budowlanej w Rembertowie jako zabezpieczenie kredytu. Krzysztof nie robił żadnych problemów i od razu wyraził zgodę.



*Kredyt otrzymałem bez kłopotu, kupiłem samochód za 48 mln. zł. resztę wydałem na bieżące sprawy i towar na handel. Wszystko szło dobrze do czasu śmierci mojej drugiej żony. Czulem się samotny, wydawało mi się, że już nie mam dla kogo żyć. Czulem pustkę wokół siebie, raptem nie miałem żadnych obowiązków rodzinnych. Zaczęłem ciągiem pić alkohol, o niczym innym nie myślałem tylko o tym, żeby się upić. Gdy przychodziły wezwania i monity do spłaty kredytu darłem je i wyrzucałem do kosza.*

*Pewnego dnia odwiedził mnie Krzysztof, pytał, dlaczego nie spłacam rat (został o tym powiadomiony). Powiedziałem mu, że mam przejściowe kłopoty finansowe, ale za tydzień będę miał większą gotówkę i spłacę zaległe raty. Krzysztof oczywiście mi uwierzył, wyszedł uspokojony i zadowolony. Tłumaczenie moje było wierutnym kłamstwem. Piłem dalej alkohol, sprzedałem samochód oraz sklep współnikowi (którego się dorobiłem), a pieniądze przepijałem. Wstyd mi było, że oszukiwałem kolegę, bałem się mu spojrzeć w oczy. Wyprowadziłem się z domu do znajomego, którego adresu Krzysztof nie znał. Tam piłem bez obaw, że on przyjedzie. Uciekłem po prostu ze wstydu. Krzysztof musiał spłacić mój kredyt. Od tamtej pory nigdy go nie widziałem, długu nie spłaciłem ani jemu, ani bankowi.*

\*\*\*

*Ewa i Sławek byli dobrymi znajomymi moimi i mojej drugiej żony. Spotykaliśmy się średnio co dwa tygodnie. Razem spędzaliśmy urlopy, wspólnie wyjeżdżaliśmy do miejscowości Wilga na grzyby. Oni przychodzili do nas z dziećmi, my do nich. Gdy mieliśmy kłopoty pomagaliśmy sobie wzajemnie. Pomogłem Sławkowi znaleźć dodatkową pracę w warsztatach, w których pracowałem na stałe. Lubilem ich dwójkę dzieci i one mnie też, zawsze przynosiłem im jakiś drobiazg lub słodycze. Wybieraliśmy wspólnie dla nich psa. Czulem się dobrze w ich towarzystwie, byli to spokojni, mili i sympatyczni ludzie. Jedynym problemem było ich małe mieszkanie, żyli we czwórce w pokoju z kuchnią. Po śmierci mojej drugiej żony nasze kontakty nadal trwały, tylko praktycznie to ja ich odwiedzałem w domu. Przynosiłem ze sobą wódkę, którą sam wypijałem, przychodziłem do nich również z wódką będąc już pod wpływem alkoholu. Kilkakrotnie przysnąłem u nich w domu, co niestety widziały ich dzieci. Trwało to kilka miesięcy, gdy podczas kolejnej z moich wizyt, kiedy jeszcze nie byłem pijany powiedzieli, że jest to moja ostatnia wizyta u nich. Nie życzą sobie abym przychodził do nich trzeźwy czy pijany. Mają mnie już serdecznie dość, bez względu na stan, w jakim się znajduję, nie chcą, aby ich dzieci miały wujka pijaka. Zabrałem nie dopitą wódkę i wyszedłem wściekły i głęboko obrażony, „mam was gdzieś i tak dam sobie sam radę”. Od tamtego zdarzenia nigdy ich więcej nie widziałem.*

\*\*\*

*Maria była moją dobrą znajomą, poznałem ją na początku lat dziewięćdziesiątych. Łączyła mnie z nią nie tylko znajomość. Bardzo dużo czasu spędzaliśmy razem. Tworzyliśmy parę. Jadłem u niej posiłki, nocowałem dość często. Była wesołą, dowcipną towarzyszką życia. Czulem się w Jej towarzystwie swobodnie. Rozmawialiśmy na różne tematy, rozumieliśmy się doskonale. Bywałem wielokrotnie u jej rodziców. Chodziliśmy na długie spacery, do kina, do jej znajomych i w ogóle było mi z nią dobrze. Gdy robiła pranie prała również moje ubrania oraz pościel. Atmosfera panująca między nami była bardzo dobra. Muszę przyznać też, że taki układ był dla mnie bardzo wygodny, gdyż nigdy nie naciskała na mnie, aby zalegalizować nasz związek. Pracowała jako pomoc medyczna w szpitalu, przy nagłych wypadkach. Po kilku miesiącach naszej znajomości powiedziała, że u niej na oddziale jest spirytus. Od razu postanowiłem tę okoliczność wykorzystać dla swoich potrzeb. Gdy Maria kończyła pracę w szpitalu czekałem na nią na poczekalni oddziału i namawiałem ją, aby wyniosła dla mnie,*

czyli ukradła, trochę spirytusu. Bardzo często tak nią manipulowałem, grając na uczuciach, że udawało mi się Ją przekonać i kradła dla mnie spirytus. Zwykle wypijałem go u niej w domu, gdzie jechaliśmy po zakończeniu jej pracy. Gdy kończyła pracę wieczorem, często przyjeżdżałem po nią do pracy pod wpływem alkoholu. Taki stan rzeczy trwał kilka miesięcy aż wreszcie w szpitalu dopatrzono się braku około 50 l. Spirytusu. Szczęśliwie nikt jej nie skojarzył z tymi brakami. To był koniec naszej znajomości, stwierdziła, że nie chce mnie więcej widzieć i ma mnie dość. Kategorycznie powiedziała, że nie będzie dla mnie więcej kradła spirytusu i mam jej się więcej na oczy nie pokazywać. Gdy przyjeżdżałem do szpitala wychodziła z koleżanką, u której zamieszkała. Później dowiedziałem się, że wyszła za mąż za mojego znajomego, który nie miał problemów związanych z piciem alkoholu. Więcej jej nie widziałem.

Jest mi wstyd, że tak traktowałem życzliwych mi ludzi. Alkohol był silniejszy niż koleżeństwo i przyjaźń. To była moja jedyna wartość, gdy go piłem. Dlatego jestem samotny.

Darek AA

### **Wpływ picia alkoholu na moje życie rodzinne**

Był rok 1994. Piłem wtedy z Darkiem i Mirkiem, moimi kolegami z podwórka, z którymi znamy się od podstawówki. Kupiłem na początku 1 litr wódki z mety i wypiliśmy ją na podwórku. Było nam jeszcze mało, więc złożyliśmy się jeszcze na 1 litr wódki. Gdy piliśmy alkohol podszedł do nas kolega Paweł, też mieszkający na moim podwórku, więc zaprosiliśmy go do wspólnego picia.

Następnie wszyscy poszliśmy do sklepu po piwo. Po wypiciu piwa z kolegami poszedłem do domu. Wchodząc po schodach słyszałem, jak moja matka się z kimś kłóci. Po wejściu na korytarz zauważyłem, że matka kłóci się ze swoim bratem. Widząc to podszedłem i zacząłem go bić. Skończyło się na tym, że głowę miał nad zlewem, z przystawionym nożem przy gardle. Gdyby matka mnie nie prosiła i odciągała, to nie wiem, czym by się to skończyło.

Konsekwencje były takie, że po wytrzeźwieniu miałem wyrzuty sumienia, bo co ja bym najlepszego zrobił, gdyby mnie matka nie odciągnęła. Po tym zdarzeniu wujek odsunął się ode mnie i w ogóle się do mnie nie odzywał, traktował mnie jak obcą osobę ponad pół roku. Po tej kłótni na drugi dzień wujek i matka się pogodzili, bo jednak to siostra i brat, a ja zostałem wrogiem.

\*\*\*

Był listopad roku 2002. Po wyjściu z więzienia we wrześniu przez ten czas nadużywałem alkoholu. Piłem wtedy z różnymi ludźmi i z kolegami. Pewnego dnia obudziłem się na wielkim kacu. Niewiele myśląc ubrałem się i poszedłem do sklepu nocnego, bo zwykle sklepy były jeszcze zamknięte. Kupiłem ćwiartkę wódki i 3 piwa, po czym wróciłem do domu. Matka jeszcze spała, a ja zacząłem pić alkohol.

Gdy matka już wstała, powiedziała, że ma dużo Spraw do załatwienia i nie wie, czy wszystkie je załatwi, ponieważ o godz. 11-tej musi iść do pracy. Ja, niewiele myśląc, zaoferowałem swoją pomoc, więc matka wyjęła rachunki i pieniądze, mówiąc, że trzeba iść na pocztę zrobić opłaty, a potem do administracji i zapłacić komorne. Ja ochoczo wziąłem rachunki i pieniądze, mówiąc, że wszystko załatwię.

Wychodząc na ulicę spotkałem Marka i Andrzeja. Widząc, że też mają kaca zaproponowałem

*im, żeby poszli ze mną do administracji, która mieściła się po drugiej stronie ulicy. Tak więc poszliśmy do administracji, gdzie opłaciłem komorne.*

*Następnie poszedłem z kolegami do pobliskiego sklepu i kupiłem jedną butelkę wódki i po dwa piwa. Wypiłem z nimi alkoholu mnie na podwórku i przy okazji zaniósłem książeczkę opłat do domu. Schodząc na dół wszedłem na metę, gdzie kupiłem litr wódki. Będąc na podwórku wypiłem z Markiem i Andrzejem jedną butelkę wódki i zaproponowałem, żeby jechać na miasto. Chodziliśmy po mieście i co raz piliśmy po łyku wódki. Gdy się skończył alkohol, poszliśmy do sklepu, żeby zakupić jeszcze ze dwie butelki alkoholu. Potem spacerem poszliśmy na Stare Miasto, gdzie na ławce piliśmy wódkę.*

*Po wypiciu alkoholu przyjechaliśmy powrotem do naszej dzielnicy. Jeszcze po drodze kupiłem na mecie pół litra wódki, którą wypiliśmy u mnie na podwórku.*

*Po rozstaniu się z kolegami poszedłem do domu spać, bo byłem pijany. Gdy zacząłem się budzić, w tym czasie akurat wróciła matka z pracy. Zapytała, czy wszystko załatwiłem. Dałem jej książeczkę opłat tylko z administracji i zacząłem jej kłamać, że zgubiłem pieniądze, które miałem wpłacić na pocztę. Szukałem różnych wymówek, ale matka i tak czuła ode mnie alkohol.*

*Konsekwencje były takie, że miałem zakaz korzystania z lodówki, matka w ogóle się do mnie nie odzywała przez jakiś czas i co najważniejsze, straciłem u niej zaufanie. Musiałem znaleźć sobie pracę, utrzymywać się z wypłaty i oddać matce przehulane pieniądze.*

\*\*\*

*Było to zdarzenie około roku 2004. Pojechałem jak zwykle rano do pracy. Pracowałem wtedy na budowie, przy zakładaniu płyt piaskowych na ocieplenia. Będąc w pracy pochwalilem się, że moja dziewczyna będzie rodzić, prawdopodobnie za 4 tygodnie. Koledzy się ucieszyli i powiedzieli, że trzeba opić pępkowe. Ja, niewiele myśląc, poszedłem na stację benzynową, która znajdowała się koło budowy. Kupiłem dwa litry wódki, które wniosłem na teren budowy. Następnie, gdy szef pojechał do domu, zwołałem kolegów, żeby opić tą sytuację związaną z narodzinami dziecka.*

*Było nas około sześciu osób. Tomek, który był pomocnikiem razem ze mną, polewał alkohol kolegom, którzy pracowali na rusztowaniu, tak że została jedna butelka wódki, którą wypiłem z nim.*

*Po skończonej pracy wszyscy szliśmy w tym samym kierunku, na przystanek autobusowy. Jednak któryś z kolegów spytał się, czy składamy się na następne dwa litry. Oczywiście ja nie miałem nic przeciwko temu. Dołożyłem się i reszta kolegów też. Poszliśmy do parku, gdzie na ławce rozpijałem z nimi alkohol.*

*Gdzieś około godziny 19 rozeszliśmy się do domów. Ja z Tomkiem jechałem w tę samą stronę. Po przyjechaniu na miejsce poszliśmy do sklepu po piwo. Kupiłem 6 piw i szliśmy w stronę domu, gdzie po drodze piłem z nim te piwa. Po rozstaniu się z Tomkiem wszedłem do sklepu obok mojej bramy i kupiłem tam butelkę wódki.*

*Wchodząc do mieszkania zauważyłem, że moja dziewczyna jest na mnie wściekła i zdenerwowana. Ja nie przejmowałem się tym, i mówiłem, że tylko dzisiaj się napiję i jutro nawet grama nie ruszę i rano na pewno pójdę do pracy. Jednak tak nie było, ponieważ budząc się rano miałem okropnego kaca, ból głowy, wymioty i osłabienie.*

Ubrałem się i zeszłem na dół do sklepu, gdzie kupiłem butelkę wódki i napój, po czym wróciłem do domu, nie zauważając, że Aśki nie ma w domu. Pomyślałem, że poszła po coś do sklepu. W tym czasie ja rozpijałem butelkę wódki, gdy ktoś zapukał do drzwi. Okazało się, że to sąsiadka z naprzeciwka. Zapytała mnie, czy pamiętam wczorajszy wieczór. Odpowiedziałem, że nie, więc ona powiedziała, że Aśka jest w szpitalu. Sąsiadka usiadła na chwilę i opowiedziała, co się zdarzyło. Ja pamiętałem tylko to, jak rozpijałem butelkę wódki, którą przyniosłem do domu, potem urwał mi się film. Sąsiadka mówiła, że jak przyszła do Aśki zaprosić ją na kawę, to ja spałem pijany w trupa. Gdzieś około godziny 23 Aśka zadzwoniła z telefonu do sąsiadki, żeby jak najszybciej do niej przyszła. Okazało się, że Aśce odeszły wody płodowe. Sąsiadka próbowała mnie obudzić, ale bez skutku, więc sama zadzwoniła po pogotowie, które Aśkę zabrało do szpitala.

Sluchając sąsiadki wypilem jeszcze kieliszek wódki i pojechałem do szpitala, gdzie już tam byli rodzice Aśki, brat i siostra. Widząc ich zrobiło mi się głupio i byłem zawstydzony moim niedopilnowaniem i nieodpowiedzialnością.

Wchodząc do szpitala zapytałem w informacji, gdzie jest oddział położniczy. Będąc na oddziale zaczęłam położną i się zapytałem o Aśkę. Położna zaczęła na mnie krzyczeć, że jak mogłem tak zaniedbać dziewczynę, że sama musiała dać sobie radę, że miała przedwczesny i skomplikowany poród.

Konsekwencje były takie, że po wyjściu ze szpitala Aśka przez miesiąc była u matki. W ogóle nie odbierała telefonów ode mnie i musiałem przekonać całą jej rodzinę, że nie ruszę alkoholu, a było to naprawdę trudne i długie przekonywanie, że nie będę pił. Potem przez jakiś czas miałem wyrzuty sumienia, że mogła przeze mnie poronić lub urodzić kalekie dziecko. Po prostu nienawidziłem siebie, że dorosły człowiek mógł tak zaniedbać obowiązki przyszłego ojca.

Pisząc ten przykład mam do siebie uczucie pogardy, wstydu i poczucia winy, przypominając sobie tamte chwile.

Jakub AA

## **Wpływ picia alkoholu na moje problemy z przestrzeganiem prawa**

*Było to w roku 1974. Razem z kolegami poszedłem na zabawę taneczną, która odbywała się na drugiej wsi. Po przybyciu na miejsce poszedłem z kolegami do bufetu, gdzie każdy z nas kupił po butelce taniego wina, które następnie ja i mój koledzy wypiliśmy. Potem wypilem następne wino. Byłem już dobrze pijany, gdy wybuchła bójka, nawet w tej chwili nie pamiętam, z jakiego powodu. Dostałem kilka razy, w zamieszaniu straciłem kolegów z oczu i znalazłem się na dworze. Z powodu wypitego przeze mnie alkoholu nie mogłem logicznie myśleć. Byłem wściekły i jedyna myśl, która tłukła mi się w głowie, to myśl o zemście. Poprosiłem nieznaną dziewczynę o kupno wina i otworzywszy je wracałem na swoją wieś, po drodze szukając ofiary, na której mógłbym wyładować swoją złość.*

*Odszedłem ze 200 m, gdy zobaczyłem prowadzącego rower mężczyznę, podszedłem do niego i zapytałem go, skąd jest. Gdy usłyszałem, że z tej miejscowości, uderzyłem go butelką, a gdy upadł, zacząłem kopać.*

*Po dwóch dniach dowiedziałem się od znajomych, że mężczyzna rozpoznał mnie, chce ze mną rozmawiać, gdyż inaczej zgłosi sprawę na milicję. Poszedłem do niego. Miał zadrutowaną szczękę i liczne krwaki na ciele. Zażądał 3 tysiące złotych za to, że nie powie, kto go pobił. Zapłaciłem. Z powodu wypitego przeze mnie alkoholu i złości, którą we mnie wywołał mogłem zabić niewinnego człowieka i iść na wstępie mojego dorosłego życia do więzienia. Wystarczyłoby kilka centymetrów bym uderzył w skroń i miał na sumieniu życie człowieka.*

\*\*\*

*W roku 1975 skuszony większymi zarobkami rozpocząłem pracę w kopalni. Mieszkałem w hotelu robotniczym dla górników. W lipcu w sobotę po pracy zjadłem obiad i poszedłem do pobliskiej restauracji, gdzie samotnie wypilem kilka piw. Obok mego stolika siedziało towarzystwo złożone z dwóch dziewczyn i chłopaka. Przysiadłem się do nich, kupiłem butelkę wódki, którą ja i oni wspólnie wypiliśmy. Byłem tak pijany, że nie pamiętam w jaki sposób znalazłem się z jedną z dziewcząt w hotelu, w którym istniał całkowity zakaz przyprawiania dziewcząt. Wkrótce do drzwi zapukał strażnik przemysłowy, który powiedział, że dziewczyna ma opuścić hotel, a ja będę miał jutro rozmowę z kierownikiem hotelu. Wściekły kilkakrotnie uderzyłem strażnika pięścią. Dziewczyna w czasie szamotaniny uciekła. Wpadłem we wściekłość, zdemolowałem pokój hotelowy, łamiąc stół, krzesła, wybiłem szybę w oknach*

*Po kilku minutach przyjechała milicja. Zrobiono mi sprawę o pobicie strażnika i dewastację mienia społecznego. Dzięki dobrej opinii w pracy, z uwagi na to, że nie byłem wcześniej karany, skończyło się 6 miesiącami w zawieszeniu na dwa lata. Gdybym był trzeźwy, mogłem iść z tą dziewczyną iść do obojętnie jakiego hotelu lub spędzić czas w plenerze (było lato). Przez moje picie mogłem iść do więzienia.*

\*\*\*

*W końcu 2004r. spadłem na samo dno. Mieszkałem w kanale ciepłowniczym, piłem wszystko, przeważnie denaturat, gdyż jest najtańszy i najłatwiej na niego wyżebrać lub wyłudzić kilka złotych. Tego wieczoru wraz z nieżyjącym już kolegą Grześkiem szukałem kogoś, od kogo można by wyłudzić kilka złotych. Byłem tak skacowany, że wydawało mi się, że umrę, jeśli się czegoś nie napiję. Na pętli tramwajowej starszy mężczyzna dzwonił z telefonu komórkowego. Wraz z Grześkiem podszedłem do niego i złapałem za komórkę. Gdy mężczyzna zaczął krzyczeć, zacząłem go wraz z kolegą okładać pięściami.*

*Mężczyzna upadł, ja i kolega pośpiesznym krokiem poszliśmy na pijalnię piwa, gdzie za 50 zł sprzedałem telefon, nie interesując się jego rzeczywistą ceną. Następnie poszedłem do CPN-u, gdzie kupiłem 4 butelki denaturatu. Pijąc go żartowałem i nie czułem żadnych wyrzutów sumienia.*

*Pisząc to teraz nie mogę zrozumieć, co się stało ze mną, kiedy jeszcze nie tak dawno mogłem bezinteresownie zrobić wiele dobrego dla obcego człowieka, a teraz, żeby zdobyć parę złotych na alkohol, mogłem zabić niewinną, nieznaną osobę. Czuję bezsilność, gdyż nie mogę tego co zaszło zmienić, niechęć do siebie, wstyd za siebie, niepewność, czy to się już więcej nie powtórzy.*

Franciszek AA

## **Wpływ picia alkoholu na moje poczucie własnej wartości i myślenie o sobie samym**

*Po rozstaniu z żoną w 2000 roku postanowiłem udowodnić sobie i całemu światu swoją zaradność i przedsiębiorczość. Piłem codziennie ok. 0,5 l wódki i rosło we mnie przekonanie, że samemu, w pojedynkę, stawię czoło wszystkim problemom. Ze tym razem nikt nie będzie przeszkadzać mi w realizacji własnych celów.*

*Byłem pewien siebie, pełen pogardy dla ludzi, którym gorzej się wiodło. Miałem dobrą pracę, a pijąc próbowałem sobie bardziej podnieść dobre mniemanie o sobie, wprawiając się niejednokrotnie w stan euforii i uniesienia.*

*Zadzwoiłem do Jarka, który prowadził własną działalność gospodarczą, przekonując go, że mógłbym wejść z nim w kooperację, udostępnić szereg intratnych kontraktów biznesowych. Wierzyłem, zwłaszcza będąc pod wpływem alkoholu, że potrafię przekonać klientów firmy, w której pracowałem, do tego, że zaczną korzystać z usług firmy Jarka. Pełen entuzjazmu i zaangażowania przekonałem go do podjęcia współpracy. Byłem pewien, że w końcu stanę się jego współnikiem i nie będę zmuszony pracować najemnie.*

*Na deklaracjach jednak zakończyło się moje zaangażowanie. Po kilku nieudanych rozmowach z klientami zniechęciłem się i nie podejmowałem dalszych działań. Nie podjąłem też jakichkolwiek profesjonalnych przygotowań do tego, gdyż w pracy nie miałem na to czasu, a wieczorami wolałem pić alkohol i bawić się w towarzystwie znajomych. Wypijałem 0,5 litra wódki i 2-3 piwa 0,5 l, a weekend nawet 1 l wódki dziennie. Zacząłem unikać Jarka, nie odbierałem telefonów i nie odpisywałem na maile.*

*Pewnego dnia, gościłem u siebie grono znajomych. Byłem pijany, wypiłem ok. 0,5 l wódki. W pewnym momencie wszedł Jarek. Przywitał się i postawił na stole 0,7 l wódki. Następnie, podnosząc kieliszek powiedział, że ze mną może jedynie wypić, ale na pewno nic więcej. Po czym pożegnał się i wyszedł. Poczulem się upokorzony i odrzucony.*

*Będąc zmuszonym do tłumaczenia się przed znajomymi, moje mniemanie o sobie obniżyło się jeszcze bardziej, zwłaszcza, kiedy widziałem miny niektórych osób. Myślałem, że oprócz Jarka, pozostali również odczuwają wobec mnie pogardę. Straciłem pewność siebie i poczucie mocy. Nagle dotarło do mnie, że nie mam wystarczających predyspozycji do samostanowienia o sobie w sferze biznesowej, że brak mi konsekwencji, uporczywości i zaangażowania. Zrozumiałem też, że picie alkoholu jest dla mnie ważniejsze niż praca i*

zabieganie o zapewnienie sobie perspektyw na przyszłość. Zacząłem się bać, że stanę się taki, jak ludzie, którymi gardziłem.

\*\*\*

Latem 2002 roku jak zwykle w sobotę byłem na imprezie u znajomych. Wypiłem ok. 0,5 l wódki i zażyłem ok. 1,5 g amfetaminy. Czulem odprężenie, poczucie mocy i entuzjazm. Byłem jak w transie, nie było końca rozmów, dowcipów i wspólnej zabawy przy głośnej muzyce.

W pewnym momencie zadzwoniła moja ex-żona z prośbą, abym w przyszły weekend zaopiekował się synem, ponieważ musi wyjechać służbowo. Zgodziłem się natychmiast i choć od kilku miesięcy go nie widziałem (nie miałem czasu ani ochoty lub właśnie klóciłem się z Nią), ucieszyłem się, że mi to proponuje.

Obiecałem, że wezmę go do ZOO i do kina, że nie będę pił i że skupię się tylko na dziecku. O amfetaminie nie wspominałem, gdyż ukrywałem przed Nią, iż ją zażywam. Wstydzilem się przed Nią tego. Bardzo chciałem okazać się dobrym ojcem, gdyż jeszcze niedawno syn był dla mnie najważniejszy.

Przez cały tydzień ćpałem codziennie, ok. 0,5 g amfetaminy. W piątek wieczorem byłem wykończony. Czulem pustkę, beznadziejność, ból głowy i całego ciała, lęk i niepokój. Upiłem się, wypijając 0,7 l wódki.

Rano w sobotę miałem kaca - ból głowy, mdłości i czulem bezsilność. Żeby polepszyć sobie samopoczucie, zażyłem 1 g amfetaminy. Bardzo szybko poczułem odprężenie, ból minął, poczułem przyływ mocy. Myślałem, że jestem w stanie kontrolować swoje życie. Na przepicie stosowałem narkotyki. Na przespanie - piłem alkohol. Byłem pewien, że potrafię szybko się regenerować, że nawet po zabawie znajdę lekarstwo, które pozwoli mi szybko i bezboleśnie osiągnąć stan, jaki chciałem osiągnąć.

Tym razem chciałem być pełnym energii i zapału super-ojcem zabawnym gościem, który zapewni opiekę i zabawę dziecku.

Podjechałem pod dom eks-małżonki. Wbiegłem po schodach do Jej mieszkania. Zachowywałem się nadpobudliwie, cały drżałem, wymachiwałem rękoma i gadałem bez przerwy, czasami wręcz krzycząc. Syn patrzył na mnie z przerażeniem, a żona szybko się zorientowała, że jestem, nie dość że po picciu (piłem dzień wcześniej i zapomniałem nawet umyć zęby), to w dodatku jestem naćpany.

Wzięła mnie na bok, powiedziała, że mam się wynosić, że nie chce mnie widywać w takim stanie, a tym bardziej, żeby to widział nasz syn.

Czulem złość, frustrację, więc wypiłem tego dnia jeszcze 0,7 l wódki i wypaliłem 0,5 g marihuany.

Następnego dnia rano poczułem jednak do siebie wstręt, obrzydzenie, Czulem się upokorzony przed nimi, lecz także we własnych oczach. Pomyślałem, że po raz kolejny zawiodłem jako ojciec, wykazałem się nieodpowiedzialnością i niedojrzałością. Fakt, że zawiodłem własne dziecko spowodował, że straciłem do siebie szacunek. Nie potrafiłem sprostać tak naturalnemu dla normalnych ludzi zadaniu, jak opieka nad własnym potomstwem. Poczułem

się gorszy od większości ludzi. Pomyślałem, że straciłem podstawowy instynkt, że nie potrafię już zadbać ani o siebie, ani o kogokolwiek innego.

\*\*\*

Na początku 2010 roku byłem w wolnym związku z Agatą. Staralem się wykazywać odpowiedzialnością i dojrzałością, choć przeważnie kończyło się na poziomie deklaracyjnym, czyli obietnic i zapewnień. Straciłem pracę i szukając nowej popadałem w coraz większe przynębienie i marazm. Po 3-letniej abstinencji spowodowanej wszyciem esperalu zacząłem na nowo pić. Początkowo udawałem przed sobą i innymi, że potrafię pić kontrolowanie. Staralem się ograniczać picie do okazji towarzyskich. Coraz częściej pijąc chciałem zmniejszyć lęk i frustrację spowodowaną brakiem pracy.

Wypijałem ok. 200-300 gram alkoholu, po czym roztaczałem wizje nowej, wspaniałej przyszłości. Obiecywałem i wierzyłem w to, iż przy odrobinie szczęścia i wysiłku stworzę warunki, w których będziemy mogli założyć rodzinę i żyć zgodnie z moimi wyobrażeniami.

Pracy nie potrafiłem znaleźć, natomiast przesiadując w domu miałem komfort picia. Zacząłem pić od rana - średnio 0,5 litra wódki dziennie. Wieczorem, gdy wracała Agata, byłem pełen energii. Wykazywałem się opiekuńczością, perorowałem i opowiadałem dowcipy. Po prostu byłem jak marzenie, idealny kandydat na męża - bez pracy i ciągle pod wpływem alkoholu, za to pełen frazesów, ciekawych historii i analiz, którymi ją zameczałem.

Byłem pewien, że powinna być mi wdzięczna za to, że mogła spotkać tak intrygującego człowieka na swojej drodze. Pycha i ignorancja zalepiły mi oczy. Lęk i obawy o przyszłość zagłuszałem szyderczym śmiechem. I nadal piłem alkohol.

Wiedziałem, że Aga się boi, że boi się o mnie i o naszą przyszłość. A ja, jak tchórz, zamiast zrobić cokolwiek, wybrałem drogę ucieczki. Przerastało mnie to wszystko - tak myślałem.

Napięcie między nami rosło i rosło do tego stopnia, że któregoś dnia w lipcu zeszłego roku wszcząłem kłótnię. Oczywiście, jak zwykle byłem pod wpływem alkoholu (wypiłem tego dnia 0,7 litra wódki). Za wulgarne słowa dostałem w policzek, ale doprowadzony do furii i słaniając się na nogach miałem jednak dość sił i uderzyłem Ją pięścią w twarz. Nie wiem, jak silny był to cios, ale mnie sparaliżowało. Prawie natychmiast się spakowałem i wybiegłem.

Zadzwoiłem do byłej kochanki i zamieszkałem u niej. Tak było najwygodniej i najprościej. Poczulem się podle, uciekłem przed miłością do jednej i wpadłem w ramiona następnej kobiety, które mnie również kochała. Wykorzystałem jedną kobietę i zamierzałem wykorzystać następną. Po raz kolejny zresztą. Czulem do siebie wstręt i obrzydzenie.

Zarówno wtedy, jak i dziś myślę o sobie jak o tchórze i manipulancie. Zacząłem zachowywać się w sposób, jaki kiedyś mnie brzydził. Stałem się hipokrytą i konformistą, klamiąc i przedkładając wygodę nad wszystko. Nie mogłem uwierzyć, że stawianie komfortu picia zawsze na pierwszym miejscu tak mnie wyjałowi i sprawi, że stanę się karłem moralnym we własnych oczach.

Ale nadal piłem coraz więcej.



*Jak już wspomniałem, [po rozstaniu z Agatą] zamieszkałem u byłej konkubiny. Rozstałem się z nią po klótni 1,5 roku temu. Okłamałem ją, że przez ten czas nie byłem z nikim. Wymyślałem różne historie na temat tego, co robiłem przez ten czas.*

*Piłem średnio 0,5 lita wódki i 3-4 piwa dziennie. Będąc pod wpływem alkoholu obiecywałem swoje zaangażowanie w prowadzenie Jej firmy, zbudowanie przyszłości, której pragnę i zgodnej z tym, czego Ona pragnie. Wierzyłem w to, co mówiłem nawet czasami. Rano, na kacu, świadom tego, że kłamię i wykorzystuję ją po raz kolejny, czułem zażenowanie i niesmak. Jak najszybciej chciałem się napić i biegłem wręcz do sklepu po kolejne 2 piwa 0,5 litra lub 200 gram wódki. W dodatku piłem za Jej pieniądze. Moje oszczędności już się skończyły.*

*Naciągane w moim mniemaniu było jednak to, że nadal korespondowałem mailowo z Agatą - na przemian deklarując miłość lub obrażając ją z użyciem wulgaryzmów. Oczywiście przed Agatą również ukrywałem fakt, że jestem już z inną, a tym bardziej to, że wróciłem do Ani, o której przecież wiedziała dość sporo z moich opowieści.*

*Życie w kłamstwie powodowało, iż czułem coraz większe napięcie, niepokój, że wszystko się wyda, strach o to, co będzie. Nie potrafiłem tego przerwać. Kochałem jedną, lecz wygodniej mi było być z drugą. Miłość kontra namiętność. I dwie kobiety. Nie wiedziałem, czego chcę. Wiedziałem, że krzywdzę obydwie, że nie powinienem tak postępować. Ale trwało to 3 miesiące.*

*Ania przechwyciła w końcu jakiegoś sms-a, zadzwoniła do Agaty i wszystkiego się dowiedziała. Zrozpaczona i kipiąc nienawiścią wyrzuciła wszystkie moje rzeczy na podłogę i wyrzuciła mnie za drzwi.*

*Nie chciała się ze mną kontaktować. Nie odbierała telefonów. Kiedy spotkałem ją na ulicy, uciekła przede mną ze łzami w oczach.*

*Na początku czułem strach i przerażenie, co ze mną będzie, lecz po kilkunastu dniach znalazłem się na detoksie i terapii. Wtedy dopiero zacząłem analizować swoje postępowanie, kiedy minęła mi złość, gniew, ból i poczucie krzywdy.*

*Zrozumiałem, że jestem wszystkiemu winien, że przez kłamstwa i manipulacje skrzywdziłem najbliższe mi osoby. Zachowywałem się jak małe dziecko, które chciałoby mieć ciastko i zjeść ciastko. Egoizm, pycha i arogancja jeszcze bardziej się nasiliły, stałem się wrakiem, ledwie siebie przypominałem sprzed lat. Zdecydowana większość cech, za które kiedyś się cenilem - gdzieś uleciała. Do dziś trudno mi znaleźć w sobie cokolwiek, z czego na nowo mógłbym być dumny, za co mógłbym siebie znowu polubić, wybaczyć sobie i przestać się obwiniać.*

Konrad AA

## **Wpływ picia alkoholu na moje życie duchowe**

*Od młodych lat moja Siła Wyższa była niesprecyzowana, ale miałem szacunek do ludzi prawych, którzy godnie żyli i miałem swoje autorytety, które były dla mnie wzorem. Słuchałem z pokorą i pragnąłem żyć według tych wzorów moralnych. Lecz gdy zacząłem w 1993 roku pić alkohol, mój świat wartości zaczął się powoli sypać. Przestałem w ludziach dostrzegać dobro. Zacząłem się na siłę doszukiwać w nich wad, pałałem do nich złością i nienawiścią. Z czasem, gdy moje picie i uzależnienie postępowało, zacząłem miewać załamania. Szukałem sobie winowajców i to nie była już tylko nienawiść do ludzi, bo przecież gdy ludzie są źli to świat też jest zły. Więc zacząłem winić najbliższych za całe zło, jakie napotykałem, a napotykałem je prawie na każdym kroku. Nawet kobiety były złe, choć były potrzebne, ale nie miały dla mnie żadnej wartości na tym złym świecie.*

*Gdy przerywałem picie moja wartość była taka, że uważałem, iż nie jestem godzien stąpać po matce ziemi. Ludzie się ode mnie odwrócili, rodzina i cały świat i wtedy tak myślałem, że narobiłem tyle złego, i wyrzuciłem tyle krzywd, iż niewiele już mogę zrobić i naprawić.*

*Miałem już doświadczenie, z moich prób nie picia, gdy miałem już pracę, rozpoczynałem coś odbudowywać w swoim życiu, podniosłem już swoją wartość, zawsze gubiła mnie moja duma i pycha. Bo przecież musiałem pokazać, że już się poprawiłem i mogę normalnie funkcjonować, więc mogę się napić. I gdy wpadłem w któryś znów z kolei ciąg, uświadomiłem sobie, że to wszystko kit, bo jestem tak beznadziejnym przypadkiem, że nie mam prawa żyć. A wtedy chciałem popełnić samobójstwo, ale gdy nawet to mi nie wychodziło, bo jak nie galgą pękła, to sznur się odwiązał i spadłem, narobiłem hałasu i rodzina mnie odratowała, albo następnym razem proszki zadziałały tylko nasennie. Wiele razy z płaczem wyklinałem Boga, że nie daje mi odejść, lub, że go nie ma, no bo jak może na to wszystko pozwalać. Zaprzestałem prób samobójczych, a to dlatego, że wszystko sobie przemyślałem i doszedłem do wniosku w swym pijanym myśleniu, że jestem męczennikiem i żyję na przestrożę dla innych z całego świata. Byłem po prostu jak znak informacyjny, jak nie można postępować. A dopełnieniem mojego przeznaczenia miał być moja śmierć w młodym wieku, bo to była tylko kwestia czasu. I to było moje zadanie na tym świecie. I z pełną akceptacją kontynuowałem swą wegetację, stąpając po swym dnie bez wiary, nadziei i siły. Nie mając na świecie nikogo i niczego, oprócz alkoholu. To była moja "siła wyższa".*

*Teraz, gdy to czytam, czuję smutek, żal i ból, że tyle trzeba mi było przykrych przeżyć i tak blisko byłem śmierci, żeby zrozumieć i poznać swoje wnętrze. Czuję też wstyd, że dałem się tak opętać uzależnieniu, że wysnuwałem takie wnioski.*

*Ale teraz też jestem pełen wiary, że Bóg miał co do mnie inny plan, sam jeszcze nie wiem, jaki. Ale wierzę w powodzenie swoje dzięki terapii i dzięki wszystkim ludziom, których spotykam na swoje drodze, nie tylko dlatego, że ja tego chcę, ale że Bóg to tak zaplanował, że tak musi być i nie mam na pewne rzeczy wpływu. Godzę się na to z pokorą, choć... Bo dobro bez zła nie byłoby dobrem i tak już jest. Wiem, że Bóg pomaga tym, którzy sami chcą sobie pomóc. Czasami brakuje słów, ale są łzy.*

## Piciorys

Urodziłem się 15 maja 1975 roku w Warszawie w rodzinie robotniczej. Mam siostrę młodszą o 5 lat. W domu alkoholu nadużywał tata i posiadając obecną wiedzę sądzę, że był alkoholikiem. Czasem w domu dochodziło do awantur, a ja zawsze starałem się załagodzić sytuację. Mama, wiedząc, jaki mam wpływ na tatę, wykorzystywała mnie do tego, żeby wyciągać ojca z knajpy, co zawsze skutkowało.

Po urodzeniu się siostry czułem się odrzucony i odsunięty na dalszy plan, ponieważ rodzice zajmowali się przede wszystkim siostrą. Zamknąłem się w świecie książek i fantazji.

W szkole podstawowej nie miałem problemów z nauką, chociaż przedmioty ściśle wymagały ode mnie dużo pracy, ponieważ suche i zimne definicje i wzory nie docierały do mnie. Po raz pierwszy upiłem się na początku roku szkolnego w 1990 roku, idąc do ZSZ. Chciałem przelamać obawy przed nowym i pokazać, jaki jestem dorosły, wypilem chyba 5 porterów. Pamiętam jedynie, że gdy ocknąłem się, leżałem obrzygany w windzie gdzieś na Ursynowie. Czułem się bardzo źle i w strachu powlokłem się do domu. Miałem szczęście, bo rodzice byli w pracy i cała sprawa nie wyszła na jaw.

W zawodówce również nie miałem problemów z nauką i nie piłem alkoholu, mając w pamięci swój stan z początku nauki w tej szkole. Ze względu na swój styl ubierania się, zainteresowania i rodzaj muzyki, stałem zawsze nieco z boku. Czułem się wtedy wyobcowany. W domu również nie czułem się najlepiej, bo wydawało mi się, że rodzice cały swój czas poświęcają siostrze. W tym okresie odkryłem w sobie swój talent do gry na gitarze elektrycznej.

W 1992 roku do szkoły trafiło kilku kolegów mojej, że się tak wyrażę, subkultury. Chcąc mieć poczucie przynależności i bojąc się odrzucenia i niezrozumienia, zacząłem z nowymi kolegami pić alkohol. Na początku były to jakieś wina pite w krzakach za szkołą. Zacząłem wtedy wagarować. Z kumplami na wagary jeździłem np. na próby jakiś kapel. Było to dla mnie ciekawsze niż stanie przy maszynie. Wtedy to założyliśmy zespół i na naukę nie miałem już ochoty. Piłem coraz więcej.

W 1993 roku rzuciłem naukę, nic nie mówiąc o tym rodzicom. Udawałem, że idę do szkoły, a w rzeczywistości jeździłem na próby kapel, do klubu, gdzie mieliśmy próby, czy też na koncerty. Wszystkie takie działania były nieodłącznie związane z piciem przede mną alkoholu. Z innych moich zainteresowań niewiele zostało, nawet muzyka stała się dla mnie tylko dobrym pretekstem do picia. W tym okresie również jeździłem na koncerty po całej Polsce.

Nie mając stałego źródła dochodu, z kumplami, z którymi się trzymałem, napadaliśmy na ludzi z innych subkultur młodzieżowych. Ja występowałem w roli prowokatora, czyli zaczepiałem i wyprowadzałem z równowagi ofiarę, a gdy za mną pogoniła, nadziewała się na resztę grupy. Z reguły napadnięty zostawał okradziony ze wszystkich wartościowych przedmiotów. Moje postępowanie klóciło się ze wszystkimi wartościami, które wpoili mi rodzice, więc piłem alkohol, bo po nim wyrzuty sumienia nie były tak dotkliwe. Alkohol skutecznie też tłumił lęk, jaki pojawiał się przed rozróbą.

Taka sytuacja trwała do końca 1994 roku, gdy podczas ulicznej bójki zostałem dwukrotnie ugodzony nożem w rękę i brzuch. Mimo, że rany nie były bardzo poważne, bardzo się wystraszyłem. Wrócił mi wtedy rozsądek i zastanowienie, co ja właściwie robię.

Poszedłem do szkoły spowrotem - do liceum dla pracujących i podjąłem pracę w zakładzie

rzemieślniczym. Piłem wtedy tylko w weekendy i czasami po pracy. Okazyjnie grywałem z kumplami na jakiś garażowych koncertach.

Gdy dowiedziałem się, że do wojska mam bilet, zawiesiłem naukę z przekonaniem, że po służbie wrócę do szkoły. Dostałem przydział do jednostki jako mechanik. Czułem wielką radość, bo służba pokrywała się z moimi zainteresowaniami. Do tak zwanej "obcinki" alkohol piłem tylko na przepustkach. W pierwszym okresie służby otrzymałem nawet odznakę "wzorowego żołnierza". Po imprezie z okazji tzw. "obcinki" po raz pierwszy w dorosłym życiu zeszczalełem się w spodnie. Wypiłem tak dużą ilość alkoholu, że utraciłem kontrolę nad swoim ciałem. Czułem wtedy upokorzenie i ogromny wstyd.

Gdy nie byłem wstanie przejść służby powodu swojej nietrzeźwości, stanąłem do raportu i otrzymałem karę - zakaz opuszczania miejsca zakwaterowania. Od tego momentu zacząłem pić już regularnie. Z czasem doszedł również alkohol niespożywczy, bo do niektórych prac związanych z obsługą sprzętu wojskowego używany był spirytus techniczny, który podkradałem w celu picia. Nieraz za swoje picie karany byłem aresztem. W sumie zebrało się tego 25 dni. Nieraz w rozmowach z oficerem wychowawczym padało pytanie, gdzie podział się tamten "wzorowy żołnierz". Służba wojskowa przestała mieć dla mnie jakiegokolwiek znaczenie. Liczyło się dla mnie tylko jak najszybsze wyjście do cywila i chęć zaimponowania kolegom ilościami wypitego alkoholu i coraz głębszymi pomysłami, które z nudów przychodziły mi do głowy.

W wojsku rozwinąłem w sobie arogancję i cynizm. Stałem się zimny, oschły i nie przejmowałem się niczym. Wszystko starałem się podporządkować sobie, kłamiąc i manipulując. Po wyjściu z wojska w 1997 roku piłem przez około pół roku i w końcu, gdy rodzice zagrozili mi, że wywalą mnie z domu, dla świętego spokoju zacząłem szukać pracy. Do szkoły nie wróciłem, ale mimo to, na rozmowie kwalifikacyjnej w nowej firmie - hurtowni - skłamałem, że się uczę. Prowadziłem wtedy grę - w pracy sumienny i obowiązkowy, a po pracy piłem alkohol i bawiłem się, nieraz do późnej nocy. Moje zaangażowanie w pracę zostało dostrzeżone i od pomocnika magazynowego awansowałem na starszego magazyniera. Byłem odpowiedzialny za przyjęcie towaru i wysyłkę na sklepy. W tym czasie miałem już zapewniony komfort picia, bo sprawdzić mógł mnie w zasadzie tylko kierownik zmiany, ale mając jego zaufanie wiedziałem, kiedy będzie i wtedy po prostu nie piłem. Często również pobłażałem podległym mi pracownikom i pozwalałem pić w pracy. Zasada była jedna - mają się nie upić i praca ma być wykonana, a wtedy wszystko będzie ok.

W 2001 roku, przez swoje zaniedbanie naraziłem pracowników i siebie na straty finansowe z powodu niezgodności przyjętego towaru ze stanem faktycznym. Przyjmując towar byłem pod wpływem alkoholu, ale zdawało mi się, że wszystko jest w porządku. W złości nawymyślałem kierownikowi przy wszystkich i pijąc ostentacyjnie wódkę wyszedłem w połowie dnia z pracy. Zwolniono mnie, ale o dziwo, nie z powodu picia w pracy alkoholu, tylko za samowolne opuszczenie miejsca pracy. Czułem wtedy tak duży wstyd, że nie poszedłem po zaległe pieniądze, ani nie rozliczyłem się z firmą.

W 2002 roku podjąłem pracę w nowej firmie. Znowu użyłem kłamstwa że się uczę (wstydzilem się swojego braku wykształcenia) i zataiłem fakt zwolnienia dyscyplinarnego. Pracowałem na stanowisku pracownika administracyjno-gospodarczego, czyli po prostu ciecia. Miałem swoje pomieszczenie i sprecyzowany zakres obowiązków, do których nikt się nie wtrącał. Piłem wtedy prawie codziennie, chcąc stłumić poczucie straty dobrej pracy. Jednak alkohol, który wypijałem, zamiast przynosić ulgę i rozluźnienie, powodował we mnie frustrację i stawałem się coraz bardziej zgorzkniały.

*W tym okresie jedyną moją radością były spotkania z Anetą, która poznałem na przełomie 2000/2001 roku. Mimo, że nasz związek był dość luźny, starałem się na spotkania przychodzić trzeźwy. Były to nieliczne momenty, w których wracał dawny, marzycielski, wesoly i potrafiący kochać Paweł. Aneta wiedziała, że piję, ale nie widziała ilości, bo przecież w jej towarzystwie piłem tylko piwo. Po spotkaniach, gdy wracałem do domu, wracało przygnębienie, złość do świata i pretensje (całkiem bezpodstawne) do rodziców.*

*W 2002 roku okazało się, że siostra jest narkomanką. Trafiła wtedy do ośrodka pod Modlinem na terapię. A ja, widząc, że rodzice starają się siostrze pomóc, zinterpretowałem to jako kolejne odrzucenie i brak zainteresowania moimi problemami, a przecież były one w moim mniemaniu ogromne. Ilości alkoholu, które wypijałem, stawały się coraz większe. Dziennie wypijałem do 0,7 litra wódki z mety i jakieś piwa. Mieszkając z rodzicami, nie poczuwałem się do odpowiedzialności za życie rodzinne i nie dokładałem się do opłat. Dom traktowałem jako przejściowy przystanek między pracą, Anetą a piciem. Gdy rodzice zwracali mi uwagę na moje zachowanie, reagowałem gniewem i nieraz wszczynałem awantury. Z mojego powodu mama nieraz płakała, a tata z nerwów zaczął podupadać na zdrowiu. Było mi to wtedy obojętne, a liczyło się dla mnie tylko to, by dali mi święty spokój. Rodzice z pewnością chcieli dla mnie dobrze, a ja tę pomoc traktowałem jako atak na moją swobodę.*

*Nie wiem, w jaki sposób udało mi się utrzymać to wszystko w tajemnicy przed Anetą. Chciałbym, aby prawdą było, że ją kochałem, ale nie jestem pewien, czy nie prowadziłem manipulacji, bo w planach rysowało się wspólne zamieszkanie z dala od moich rodziców.*

*W 2003 roku przeprowadziłem się do Anety. Prawdopodobnie była to tylko poza, ale, o dziwo, w początkowym okresie przestałem pić tak kasacyjnie jak do tej pory. Owszem, zdarzało mi się wypić 250 gram alkoholu z mety, ale zapijałem to piwem, żeby mieć tłumaczenie przed Anetą, że wypilem tylko piwo. Po pracy często przynosiłem do domu alkohol, a Aneta piła ze mną dla towarzystwa. Nie awanturowałem się w tym okresie, Anetę zabierałem na spacer, na koncerty i mimo różnych, targających mną emocji do 2004 roku żyliśmy we względnym spokoju i bez problemów. Nie zauważyłem, że Aneta pije coraz więcej. W marcu 2004 roku po raz pierwszy pokłóciłem się z nią bardzo poważnie i pojechałem do kolegów do pracy, bo wiedziałem przecież, że alkohol "ukoi" moje nerwy. Teraz wiem, że chciało mi się po prostu pić, a złudne powody i preteksty podsunęły mi mechanizmy choroby. W tym miesiącu zostałem wyrzucony z pracy za picie alkoholu w miejscu pracy w dzień wolny od pracy. Machnąłem na to ręką, wiedziałem, że Aneta ma pieniądze i w zasadzie nie muszę pracować. Do końca 2004 roku i przez cały rok 2005 nie pracowałem, będąc na utrzymaniu Anety. Ze wstydem muszę przyznać, że taka sytuacja bardzo mi odpowiadała. Piłem wtedy od rana do wieczora za pieniądze Anety i jedynie, gdzie wychodziłem, to do sklepu po alkohol. Aneta bardzo często dotrzymywała mi towarzystwa.*

*Wtedy zaczęły się moje tzw. "giganty". Kradłem pieniądze Anety i jechałem do koleśków pić. Piłem wtedy na melinach i po parkach, zresztą w sumie nie było to ważne, gdzie piję i z kim, ale liczyło się tylko picie. Nieraz zdarzało mi się spać na ławkach, klatkach schodowych, albo po prostu tam, gdzie straciłem świadomość z powodu swojego picia. Chodziłem wtedy brudny, obszarpany, ze skołtunionymi włosami, nieraz ziszczałem się pod siebie, czy obrzygalem. Notorycznie trafiałem na izbę wytrzeźwień, byłem agresywny i zaczepny, co niejednokrotnie kończyło się pobiciem. W wyniku bójek, które wszczynałem, straciłem zęby, nieraz lądowałem w szpitalu z obrażeniami głowy, pękniętymi żebrami. Ze szpitala zawsze uciekałem. W zasadzie mój stan był mi obojętny, bo wiedziałem, że mogę do Anety wrócić. Po takich ciągach i swoim powrocie kajałem się, obiecywałem, że nie będę pił. Po doprowadzeniu się do porządku podejmowałem pracę przy roznoszeniu ulotek,*

wytrzymywałem wtedy w abstinencji 2-3 tygodnie. Odwiedzałem czasem rodziców. Wydawało mi się, że potrafię nie pić i wszystko idzie ku lepszemu. Niestety, zawsze zapijałem. Gdy nie było pieniędzy na picie, podczas odwiedzin okradałem rodziców pieniędzy bądź drobnych rzeczy. Na skutek kradzieży rodzice nie chcieli wpuszczać mnie do mieszkania, albo po mojej wizycie sprawdzali, czy nic nie zginęło.

Do Anety zacząłem mieć pretensje, że pije sama i nie czeka na mnie. Z tego powodu potrafiłem zdemolować mieszkanie, lub gdy Aneta ośmieliła się w jakiś sposób na mnie wpłynąć, potrafiłem ją pobić. Jedna z awantur skończyła się interwencją policji. Po pobycie na izbie wytrzeźwień zostałem przewieziony na komendę, tam, ku mojemu zdumieniu dowiedziałem się, że Aneta nie chce złożyć na mnie skargi. Zamiast poczuć wdzięczność, poczułem pewność siebie i miałem poczucie bezkarności.

Pilem ciągam do listopada 2008 roku, kiedy to zmarł mój tata. Nawet na pogrzebie piłem alkohol i mama powiedziała, żebym zniknął z jej oczu, bo przynoszę wstyd całej rodzinie. Poczułem się wtedy odrzucony, samotny i nic nie wart. Dotarło do mnie wtedy, że z moim piciem jest coś nie tak. Byłem wtedy również bez mieszkania, bo mieszkanie Anety zostało zamienione na mniejsze, żeby pokryć długi, które narosły przez moje picie. Aneta nie chciała mnie wtedy do siebie przyjąć i zostałem zupełnie sam.

W końcu trafiłem na terapię na ul. Kolską, dzięki koledze, który wyciągnął do mnie rękę i pozwolił u siebie zamieszkać do czasu przyjęcia na leczenie. Na terapii uświadomiłem sobie, że jestem alkoholikiem, ale nie akceptowałem tego. Nie mieściło mi się głowie, że już nigdy nie będę mógł się napić. Cały wysiłek terapeutów i wiedzę, jaką wtedy zdobyłem ukierunkowałem na próbę powrotu do kontrolowanego picia.

Po terapii przez krótki czas mieszkałem u mamy, która mi zaufała, zresztą umiejętnie świeciłem jej w oczy dyplomem i medalem. Tak samo postąpiłem a Anetą. W 2009 roku znów zamieszkałiśmy razem. Łamałem wszelkie zalecenia terapeutyczne, potrafiłem po pracy kupić Anecie piwo i z piwem w plecaku pojechać na spotkanie grupy terapii pogłębionej. Byłem gotowy do powrotu do picia.

Abstynencję przerwałem w lipcu 2009 roku. Na początku piłem niewielkie ilości alkoholu i czułem euforię, że potrafię pić kontrolowanie. Nie wiem kiedy, zacząłem pić ciągam. Znowu stałem się apodyktyczny i zaborczy w stosunku do Anety. Znowu mieszkanie zaczęło być zadłużone, bo nie było pieniędzy. Podczas ciągu niejednokrotnie chodziłem kraść do hipermarketu, lub żebrać pod nim. Znowu prowokowałem awantury, a Aneta uciekała do rodziców. Podejmowałem jakieś dorywcze prace, ale tylko po to, żeby mieć za co pić.

Taka sytuacja trwała do 8 marca 2011 roku (dzień kobiet). Zalatwiłem wtedy dla nas jakąś fuchę i chciałem to oblać. Czekaając na Anetę piłem piwo, a jako, że był wieczór, zapaliłem świecę (w domu prąd przez zadłużenie był wyłączony). Będąc pijany usnąłem, od świecy zajęła się szafka i w wyniku tego spaliło się doszczętnie całe mieszkanie. Ja w sumie z niewielkimi oparzeniami trafiłem do szpitala, z którego po badaniach i opatrzeniu w środku nocy wypisałem się na własne życzenie.

Straciłem wszystko i na dodatek pozbawiłem wszystkiego Anetę. Czując całkowitą beznadzieję, pustkę i przerażenie znalazłem tylko jeden sposób na tak tragiczną sytuację - zapisać się na śmierć, uciec w ten sposób od odpowiedzialności. Od 9 marca do 1 kwietnia piłem destrukcyjnie. Spałem tam, gdzie się upiłem, nie myłem się i byłem ubrany w te same rzeczy, które miałem na sobie w chwili pożaru. Cuchnąłem spalenizną, moczem i brudem.

*Gdy budziłem się gdzieś cały roztrzęsiony zbierałem kiepy i spijałem resztki alkoholu z porozrzucanych butelek.*

*W takim stanie spotkał mnie kolega Maciek, który siłą zabrał mnie do siebie, domył, ubrał i dowiadywał się o leczenie dla mnie. Byłem tak zobojętniały, że było mi wszystko jedno, co się ze mną dzieje. Kolega znalazł ośrodek na Marywilskiej. Dopiero na terapii powoli zaczęła wracać mi nadzieja, że nie wszystko jest stracone, bo przecież mimo wszystko jakimś cudem, mimo głupot, jakie robiłem, niebezpieczeństw, na jakie się narażałem i utraty wszystkiego, co miałem, zachowałem życie.*

Paweł AA

## **Jak wróciłem do picia alkoholu?**

***Jakie błędy popełniłem [po poprzedniej terapii odwykowej], że wróciłem do picia?***

*Podstawowym błędem jaki popełniłem w okresie mojej ostatniej 18 miesięcznej abstynencji było to, że nie stosowałem się do zaleceń dla trzeźwiejących alkoholików. W dalszym ciągu dokonywałem codziennych zakupów w sklepie w którym wcześniej nabywałem alkohol. Działanie takie narażało mnie na codzienny kontakt wzrokowy z alkoholem. Pomimo tego, iż nie odczuwałem bezpośredniej chęci picia to musiało to w jakiś sposób oddziaływać na psychikę - utrwałać w podświadomości obraz alkoholu oraz miejsce gdzie on się znajduje. Na skutek choroby alkoholowej mój krąg znajomych zawężił się tylko i wyłącznie do osób pijących. Dlatego też w czasie wolnym szukałem kontaktu z nimi chcąc uniknąć przykrego dla mnie uczucia samotności. Sukcesywnie ograniczałem swój i tak minimalny udział w mityngu AA (z 1 raz w tygodniu do 1 raz w miesiącu) a w końcowym okresie przed zapiciem przestałem w ogóle uczęszczać na nie. Uzasadniałem to sobie w ten sposób, że skoro tak długo nie piję, to są mi one nie potrzebne. Jak pokazało życie, było to błędne myślenie. Może jakbym powiedział o swoich odczuciach na mityngu, to uświadomiono by mi, że mój tok rozumowania jest mylny.*

*W początkowym okresie trzeźwienia odmawiałem pieniędzy na alkohol kolegom, którzy się z tą prośbą zwracali do mnie. Później dawałem im drobne kwoty, (2-5 złoty). Dawało mi to poczucie wyższości, złudzenie, że jestem kimś lepszym, bo mam dobrze płatną pracę i emeryturę i tak długo (w moim przekonaniu) nie piję. Że moja sytuacja materialna jest bardzo dobra i to oni przychodzą do mnie z prośbą po pieniądze a nie na odwrót, tak jak to niejednokrotnie bywało w przeszłości kiedy piłem, a nie wpłynęły jeszcze pieniądze z emerytury.*

*W poczuciu wyższości i pychy podtrzymywały mnie i umacniały przypadki zwracania się do mnie o pomoc w wyjściu z alkoholizmu ze strony trzech pijących kolegów. Widziałem w ich oczach oraz słyszałem w ich wypowiedziach podziw, iż tak długo nie piję, a nie jestem zaszyty, tzn. nie mam implantowanego esperalu.*

*O ile w początkowym okresie trzeźwienia starałem się planować, co mam zrobić w dniu następnym, to później zaprzestałem tego robić, zdawałem się na los - a jutro się samo pokaże co będzie do roboty. Niejednokrotnie na pytania matki, z którą mieszkalem, co planuję jutro zrobić odpowiadałem, że nie wiem, jak wstanę to zobaczę. Najczęściej wtedy nic nie robiłem, nudziłem się, a w momentach kiedy matka prosiła o wykonanie prac w ogródku lub na działce to byłem zły iż zarzucałem jej, że nawet w sobotę i w niedzielę nie daje mi wypocząć.*

*Kolejnym błędem była zamiana picia w pracoholizm. W czasie, gdy zaczynałem trzeźwieć,*

*rzuciałem się w wir pracy. Pracowałem po 10-12 godzin, aby jak najwięcej zarobić (praca w systemie akordowym), jak najszybciej zniwelować starty materialne powstałe na skutek na skutek mego picia. Powodowało to, że nie przestrzegałem programu HALT - chodziłem zły i zmęczony. Zły jeśli było mało przesyłek do doręczenia (płacono mi od doręczonej przesyłki) a zmęczony bo byłem nadmiernie obciążony. Wyrabiane przeze mnie normy były prawie dwukrotnie wyższe niż mojego poprzednika, a tym samym i zarobki.*

*W okresie 18 miesięcznej abstynencji podjąłem leczenie psychiatryczne (stres i depresja) zgodnie z zaleceniami lekarzy zażywałem leki przez okres 16 miesięcy. Później doszedłem do błędnych wniosków, że skoro radzę sobie bez alkoholu, to mogę sobie poradzić bez leków. Zaprzestałem ich zażywania. Po okresie ok. 2-3 tygodniu od tego momentu matka zaczęła mi zwracać uwagę, że staję się coraz bardziej nerwowy i czepiam się o byle co. Nie rozpoznałem wtedy objawów głodu alkoholowego, co w połączeniu z opisanymi wcześniej objawami w konsekwencji doprowadziło do zapicia i kolejnego 5 miesięcznego ciągu.*

### **Co mam zrobić aby nie wrócić do picia?**

*W ramach bieżącej terapii zamierzam przypomnieć sobie mechanizmy choroby alkoholowej. Szczególną uwagę zamierzam zwrócić na przejawy występowania głodu alkoholowego, rozpoznawanie ich oraz radzenia sobie z nimi. Nabyć większą motywację do trzeźwienia.*

*Po zakończeniu terapii aktywnie uczestniczyć w ruchu AA. Częściej brać udział w mityngach AA, mówić na nich o swoich odczuciach i nastroju, dążyć do nawiązania nowych kontaktów i znajomości w tym środowisku.*

*Kontynuować prowadzenie dzienniczka uczuć, co pozwoli mi na lepsze samodiagnozowanie swoich stanów emocjonalnych, a tym samym na wcześniejsze wykrycie objawów głodu alkoholowego i zapobieżenie im w fazie wstępnej.*

*Powrócić do planowania swoich zamierzeń na dzień następny. Efektem tego ma być samodyscyplinowanie się, oraz odzyskanie kontroli nad swoim działaniem.*

*Kontynuować dalsze leczenie z choroby alkoholowej w ramach terapii pogłębionej.*

*Przestrzegać zaleceń dla trzeźwiejących alkoholików, programu HALT i "24 godziny".*

*Marek AA*