



Złożenie pracy online:
2021-07-14 10:01:03
Kod pracy:
8601/37913/CloudA

Agnieszka Witowska

(nr albumu: 23681)

Praca magisterska

POZIOM I STRUKTURA LĘKU A POCZUCIE JAKOŚCI ŻYCIA U OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W PROCESIE LECZENIA

THE LEVEL AND STRUCTURE OF ANXIETY AND THE SENSE OF QUALITY OF LIFE OF PEOPLE ADDICTED TO ALCOHOL DURING THE TREATMENT PROCESS

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i
Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Marta Brachowicz

Dziękuję Pani Promotor dr. M. Brachowicz za okazaną pomoc.

I



Streszczenie

Przedstawiona praca badawcza jest ukierunkowana na analizę funkcjonowania osób uzależnionych od alkoholu, które podjęły się trudu pracy nad sobą w procesie terapii. W projekcie badawczym wzięły udział dwie 32-osobowe grupy pacjentów leczenia odwykowego, znajdujące się na różnych poziomach rozumienia swoich problemów osobistych, wynikających z destrukcyjnego używania alkoholu. Pierwszą grupę stanowią osoby na początku drogi zdrowienia z nałogu. W drugiej grupie natomiast są osoby, które dokonały już istotnych zmian i nabyły wielu koniecznych umiejętności dla poprawy swojego funkcjonowania. Obie grupy poddano badaniu pod kątem dwóch zmiennych: poziomu i struktury lęku oraz poczucia jakości życia. Celem badania było wykazanie powiązań pomiędzy zmiennymi na różnych etapach terapii aby zobaczyć, czy w miarę trwania abstynencji i pogłębiania oddziaływań terapeutycznych lęk pacjentów zmniejsza się, a poczucie jakości życia wzrasta. Praca niniejsza jest też próbą przyjrzenia się, co konkretnie ulega zmianie w postrzeganiu świata i samych siebie oraz jakie czynniki wpływają na odczuwalną poprawę dobrostanu osób badanych. W procesie badawczym wykorzystano następujące metody pomiaru psychologicznego: Arkusz Samopoznania R. B. Cattella, Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia (KPJŻ) M. Straś-Romanowskiej, Skale Psychologicznej Jakości Życia (SPJŻ) Z. Uchnasta oraz Arkusz personalny własnej konstrukcji. Przeprowadzona analiza statystyczna i psychologiczna pozwoliła na weryfikację postawionych hipotez badawczych oraz sformułowanie wniosków końcowych. Dzięki zastosowaniu wymienionych wyżej metod wykazano istnienie powiązań między poziomem i strukturą lęku a poczuciem jakości życia osób uzależnionych od alkoholu na różnych etapach leczenia.

Słowa kluczowe

lęk, jakość życia, alkohol



Abstract

The research paper is focused on the analysis of the functioning of people addicted to alcohol who have undertaken the effort to work on themselves during the therapy process. The two 32-person groups of patients taking part in the rehab centre treatment participated in the research project, with different levels of understanding of their personal problems resulting from the destructive process of consuming alcohol. The first group are people at the beginning of their recovery from alcohol addiction. In the second group, however, people have already made significant changes and acquired many necessary skills to improve their lives. Both groups were tested for two variables: the level and structure of anxiety and the sense of life quality. The research aimed to show the relationships between the variables at different stages of therapy to see whether, as abstinence continues and therapeutic interactions deepen, patients' anxiety decreases and their quality of life increases. This work is also an attempt to examine the changes in the perception of the world and oneself and what factors affect the perceptible improvement in the respondents' well-being. The following methods of psychological measurement were used in the research process: The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF) by R. B. Cattell, Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia (KPJŻ) by M. Straś-Romanowska, Skale Psychologicznej Jakości Życia (SPJŻ) by Z. Uchnast and a self-prepared personality test. The conducted statistical and psychological analysis allowed for verifying the research hypotheses and building up a conclusion. Due to the use of the methods mentioned earlier, the existence of links between the level and structure of anxiety and the sense of the quality of life of people addicted to alcohol at various stages of treatment have been demonstrated.

Keywords

anxiety, quality of life, alcohol



POZIOM I STRUKTURA LĘKU A POCZUCIE JAKOŚCI ŻYCIA U OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W PROCESIE LECZENIA

Agnieszka Witowska

Psychologia WSB – NLU



Spis treści

Wstęp	2
Rozdział 1. Problematyka lęku w funkcjonowaniu człowieka	8
1.1. Kwestie terminologiczne	8
1.2. Wybrane psychologiczne koncepcje lęku	10
1.2.1. Psychoanalityczna koncepcja Zygmunta Freuda	11
1.2.2. Neopsychodynamiczna koncepcja Karen Horney	14
1.2.3. Koncepcja lęku Antoniego Kępińskiego	18
1.2.4. Koncepcja lęku jawnego i ukrytego Raymonda B. Cattella	22
1.2.5. Koncepcja lęku jako stanu i jako cechy Charlesa D. Spielbergera	25
1.3. Uwarunkowania lęku	26
1.3.1. Czynniki podmiotowe	27
1.3.2. Czynniki społeczne	28
1.4. Charakterystyka zaburzeń lękowych	30
1.5. Psychospołeczne funkcjonowanie osób lękowych	34
Rozdział 2. Problematyka poczucia jakości życia	39
2.1 Kwestie terminologiczne	39
2.2 Wybrane psychologiczne koncepcje jakości życia	45
2.2.1 Teoria potrzeb Ruuta Venhoveana	45
2.2.2 Cebulowa teoria szczęścia Janusza Czapińskiego	47
2.2.3. Teoria dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego	50
2.2.4 Teoria poszerzania umysłu i budowy zasobów osobistych Barbary Fredrickson	53
2.2.5 Personalistyczno-egzystencjonalny model jakości życia Marii Straś-Romanowskiej	55
2.3 Uwarunkowania poczucia jakości życia	57
2.3.1 Czynniki podmiotowe	58
2.3.2 Czynniki społeczne	64
Rozdział 3. Psychospołeczne funkcjonowanie osób uzależnionych od alkoholu	71
3.1. Uzależnienie od alkoholu	71
3.1.1. Rys historyczny używania alkoholu	72
3.1.2. Kwestie technologiczne	74
3.1.3. Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu	79



3.1.4. Podłoże bio-psycho-społeczne uzależnienia od alkoholu	82
3.1.5. Charakterystyka osób uzależnionych od alkoholu.....	89
3.2. Degradująca rola uzależnienia od alkoholu dla organizmu	93
3.2.1. Neuropsychologiczne podłoże zmian w osobowości alkoholików	93
3.2.2. Psychologiczne mechanizmy uzależnienia	94
3.2.3. Spojrzenie na osobowość alkoholika przez pryzmat analizy transakcyjnej... ..	99
3.3. Leczenie uzależnienia od alkoholu.....	101
3.3.1. Rokowanie i ocena warunków leczenia	111
Rozdział 4. Metodologia badań własnych	116
4.1. Problem i hipotezy badawcze	116
4.2. Charakterystyka zastosowanych metod.....	117
4.2.1. Arkusz Samopoznania R. B. Cattela	117
4.2.2. Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia (KPJŻ) M. Straś-Romanowskiej... ..	119
4.2.3. Skale psychologicznej jakości życia Z. Uchnasta	120
4.2.4. Arkusz personalny.....	121
4.3. Charakterystyka badanej grupy	122
4.4. Procedura badania	141
Rozdział 5. Analiza i interpretacja wyników badań własnych.....	143
5.1. Powiązania między zmiennymi w badanych grupach	143
5.2. Porównanie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pracy nad swoim trzeźwieniem	150
5.2.1 Porównanie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie leczenia pod względem poziomu lęku	150
5.2.2. Porównanie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie leczenia pod względem poczucia jakości życia	153
Zakończenie	159
Bibliografia	164
Spis tabel	170
Spis wykresów.....	171



Wstęp

W XX wieku powszechnie sądzono, iż chorobą odzwierciedlającą aktualne wówczas problemy człowieka i społeczeństwa – jest nerwica. Sztandarowe dzieło Horney pt. *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, oddaje w pełni skomplikowaną naturę nerwicy oraz realne cierpienie osoby narażonej na takie doświadczenia. Autorka opisała, w jaki sposób osoby o neurotycznej strukturze osobowości redukują napięcie i nadmiarowo przeżywany lęk, między innymi poprzez substancje psychoaktywne. Kolejne dziesięciolecia pokazały, iż wraz z wejściem w XXI wiek, ludzkość wkroczyła w *nałogową osobowość naszych czasów* (Mellibruda, 2006). Tragizmem w tym wszystkim jest to, że *za każdym uzależnieniem stoi tęsknota i pragnienie szczęścia* (Chodkiewicz, 2012). Niniejsza praca dyplomowa pozwala na przyjrzenie się temu, czym jest owo szczęście, czy też poczucie jakości życia; w jaki sposób lęk, zwłaszcza irracjonalny, wpływa na psychofizyczny dobrostan oraz jak może przyczynić się do rozwoju uzależnienia, które ostatecznie z ogromną siłą dewastuje to, co w człowieku jest najpiękniejsze. Cały jego potencjał, talenty, szanse na dojrzałe, spełnione i szczęśliwe życie.

Istnieją liczne dowody uzyskane na drodze empirycznej, że w obecnych czasach ludzie doświadczają dużo więcej stresu niż w którejkolwiek z poprzednich epok historycznych (Bourne, 2011). Od zarania dziejów społeczeństwa czy pojedyncze jednostki musiały konfrontować się z sytuacjami kryzysowymi, klęskami żywiołowymi, chorobami, konfliktami zbrojnymi. Jednak stres dzisiejszych czasów jest inny; wiąże się bowiem z gwałtownością przemian cywilizacyjnych i trudnościami, jakich doświadczają ludzie poddawani presji adaptowania do wciąż zmieniających się warunków. W poczuciu „nienadążania” i dezorientacji w „przebudzonym” technicznie świecie, dodatkowo pojawia się chaos w hierarchii wartości, brak autorytetów, adekwatnego wsparcia; narasta społeczna izolacja. To wszystko składa się na prawdziwą plagę zaburzeń lękowych oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Lęk jest tym większy, im bardziej ludziom brakuje w życiu poczucia celu, sensu oraz bliskości – obecności drugiego, rozumiejącego człowieka. Podkreślić należy, iż dużą trudnością jest właściwy proces diagnostyczny, gdyż lęk i depresja z jednej strony maskują uzależnienie, a z drugiej są objawami przez uzależnienie wywołanymi; tworzy się błędne koło przyczynowo-skutkowe. Stąd bezskuteczne jest leczenie nerwicy czy depresji bez naruszenia leżącego głębiej nałogu, który na domiar złego obwarowany jest specyficznymi mechanizmami obronnymi.



Paradoksalnie – w przerwaniu takiego błędnego koła pomocne jest zjawisko kryzysu, który dezorganizuje wstępnie funkcjonowanie osoby uzależnionej i może spowodować „przebudzenie” do podjęcia leczenia, a co za tym idzie – bardziej świadomego, dojrzałego życia. W tym miejscu na szczególną uwagę zasługuje słynna teoria dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego, która dotyczy rozwoju osobowości: od stanu pierwotnej integracji poprzez dezintegrującą rolę kryzysu, aż do kolejnego zintegrowania osobowości na wyższym poziomie jej rozwoju. Jak wcześniej wspomniano, bardzo często na uzależnienie narażone są osoby o neurotycznej strukturze osobowości – a więc bardziej wrażliwe i lękowe. Społecznie pożądany jest wzorzec osoby prezentującej wysoki poziom wewnętrznej integracji, czyli zdolnej do oparcia na sobie, sprawnej i skutecznej w działaniu, elastycznej, osiągającej zamierzone cele, wysokie stanowiska. Osoby neurotyczne traktowane są jako jednostki słabe, gorzej przystosowane do życia ze względu na niepewność siebie, nadmierną refleksyjność czy empatyczność, co może przejawiać się w postawie stawiania dobra innych nad własne, a także w doświadczaniu wewnętrznych konfliktów, rozterek, stanów lękowych, depresyjnych czy psychotycznych oraz tendencji samobójczych. Osoby takie nie wykorzystują w pełni swojego potencjału (choć potrafią być twórcze i kreatywne), ponieważ przyjmują postawę unikania, wycofywania się, przez co tracą możliwość osiągnięcia społecznego awansu, osobistego rozwoju, stworzenia satysfakcjonujących związków. Mogą być też wykorzystywane przez innych, sprowadzane do roli ofiary. Zatem w obliczu tak wielu trudności przeżywanych przez osoby lękowe, wydaje się zrozumiała ich skłonność do uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych za pomocą środków psychoaktywnych, zwłaszcza powszechnie dostępnego alkoholu. Powolne pogrążanie się w nałogu jest – na głębszym poziomie rozumienia – też przejawem autodestrukcji tych osób. Bardzo pomocna jest wówczas terapia dotycząca zarówno samego uzależnienia, jak też problemów osobistych sprzed rozwinięcia się nałogu. Pozwala ona na osiągnięcie większej świadomości siebie (swoich słabych i mocnych stron, autodestrukcyjnych schematów funkcjonowania) oraz nabycie nowych umiejętności życiowych i większej odporności. Na początku, kiedy pod wpływem oddziaływań terapeutycznych osłabieniu ulegają psychologiczne mechanizmy uzależnienia oraz mechanizmy obronne ego, skonfrontowanie się z rzeczywistością, złożonością swoich problemów, może pogorszyć na jakiś czas samopoczucie i obniżyć poczucie jakości życia. Jednak w miarę nabywania umiejętności zaradczych oraz pokory, poczucie zadowolenia z życia wzrasta. W ten sposób może urzeczywistnić się wspomniana koncepcja dezintegracji pozytywnej – na zgliszczach poprzednich, mogą utworzyć się nowe struktury psychiczne, dające szansę na powstanie spójnej, bardziej zintegrowanej osobowości. W tym znaczeniu



nałóg (poprzez stworzenie rzeczywistości kryzysu) może niejako „wymusić” rozwój i pozwolić osobie lękowej funkcjonować na wyższym poziomie umiejętności, niż gdyby się nie uzależniła. Na szczególną uwagę zasługuje również koncepcja analizy transakcyjnej Berne’a, za pomocą której można obrazowo przedstawić proces dojrzewania: od wewnętrznej postawy „dziecka” (jaką reprezentuje osoba w czynnym uzależnieniu) do postawy „dorosłego” (a więc trzeźwiejącego, pracującego nad sobą alkoholika).

Niniejsza praca ma na celu zbadanie, **czy w miarę trwania abstynencji i pogłębiania oddziaływań terapeutycznych lęk pacjentów leczenia odwykowego zmniejsza się, a poczucie jakości życia wzrasta?** Praca jest też próbą przyjrzenia się, co konkretnie ulega zmianie w postrzeganiu świata i samych siebie oraz jakie czynniki mogą wpływać na odczuwalną poprawę funkcjonowania osób badanych. Idealnie byłoby porównać tę samą grupę osób na początku terapii i na końcu, czyli po około dwóch latach jej trwania, jednak w praktyce nie jest to możliwe z powodu różnych czynników zależnych bądź niezależnych od każdego pacjenta (głównie chodzi o nawroty uzależnienia, regresujące czasowo pracę w terapii). Dlatego też zestawiono grupę (tej samej ilości) pacjentów na początku procesu leczenia oraz grupę osób po pogłębionym etapie terapii, z których większość podejmuje dalszą pracę nad zdrowieniem (m.in. we wspólnocie AA). Dodać można jeszcze (za: Chodkiewicz, 2012), iż dotychczasowe badania w tym obszarze tematycznym koncentrowały się wyłącznie na porównaniu jakości życia osób zdrowych i uzależnionych od alkoholu, czyli że zdrowie było tutaj zmienną najczęściej poddawaną analizie. Zdecydowanie brakuje badań dotyczących jakości życia osób uzależnionych przed terapią i po jej zakończeniu.

W niniejszej pracy zastosowane zostały następujące metody psychologiczne:

1. *Arkusze Samopoznania* R.B. Cattella.
2. *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia* M. Straś-Romanowskiej.
3. *Skale psychologicznej jakości życia* Z. Uchnasta.
4. *Arkusze personalny własnego autorstwa.*

Praca składać się będzie z pięciu rozdziałów. Pierwsze trzy mają na celu próbę teoretycznego opisu zagadnień ujętych w tytule, a tym samym wprowadzenie do części empirycznej. Rozdział pierwszy dotyczy lęku – przedstawiona zostanie terminologia (zwłaszcza rozróżnienie lęku i strachu), objawy, funkcje i determinanty lęku oraz koncepcje różnych autorów, pozwalające zobaczyć złożoną naturę omawianego zjawiska. Będzie więc pokazana ciemna strona lęku, dezintegrująca czynności psychiczne, doprowadzając ostatecznie do zaburzeń lękowych oraz podejście do lęku jako czynnika rozwoju, kiedy można przekuć słabość w siłę. Drugi rozdział ma na celu przybliżenie problematyki poczucia jakości życia –



pokazane zostaną trudności ze zdefiniowaniem tego pojęcia, psychologiczne koncepcje z nim związane oraz uwarunkowania (szczególnie interesujące mogą się wydawać badania dotyczące wpływu konkretnych cech osobowości na jakość życia). Z kolei rozdział trzeci – najbardziej obszerny ze względu na wielopłaszczyznowość zjawiska uzależnienia – obejmuje przegląd najważniejszych zagadnień, pozwalających zrozumieć funkcjonowanie osoby uzależnionej od alkoholu. Znajdzie się tutaj: rys historyczny używania alkoholu, próby opanowania problemów związanych z niewłaściwym jego używaniem, aż po profesjonalną pomoc udzielaną osobom zdiagnozowanym jako uzależnione. Przedstawione zostaną kwestie terminologiczne i diagnostyczne – na szczególną uwagę zasługuje tutaj fakt wprowadzenia nowej kategorii: *zaburzenie związane z używaniem alkoholu*, zamiast dotychczasowych pojęć, takich jak: *alkoholizm; choroba alkoholowa; nadużywanie alkoholu* czy nawet *uzależnienie od alkoholu*. Opisane zostanie bio-psycho-społeczne podłoże tych zjawisk, charakterystyka osób uzależnionych, a także bardzo ważna tematyka degradacji osobowości przez intensywne oddziaływanie alkoholu. W części dotyczącej spojrzenia na osobowość alkoholika przez pryzmat wspomnianej już wcześniej analizy transakcyjnej, opisane zostaną obserwacje własne dotyczące tego tematu. Pojawi się też – budząca wiele emocji i wątpliwości – kwestia rokowania i oceny wyników leczenia. Mimo wciąż jednak niezadowalającej skuteczności leczenia odwykowego warto pamiętać, iż za jedną „uratowaną ze szponów nałogu” osobą stoi zazwyczaj cały system rodzinny, którego funkcjonowanie również może ulec poprawie.

Część empiryczna zawarta jest w dwóch kolejnych rozdziałach. Czwarty dotyczy metodologii badań własnych – przedstawiony zostanie problem badawczy oraz odpowiednie hipotezy, które będą poddane zweryfikowaniu. Omówione zostaną metody badawcze, jak również procedura wykonywanych badań wraz z opisem grup pacjentów poproszonych o współpracę. Rozdział piąty obejmować będzie rezultaty badań własnych, z których uzyskane dane zostaną przeanalizowane pod względem statystycznym i psychologicznym.

Praca w efekcie końcowym zawierała będzie podsumowanie wraz z weryfikacją hipotez, a także spis literatury i tabel.



Rozdział 1. Problematyka lęku w funkcjonowaniu człowieka

Niniejszy rozdział ma na celu spotkanie się z naturą lęku – czym on jest w samej swej istocie, w jakim stopniu jest „przyjacielem”, a w jakim „wrogiem” człowieka. Przedstawione zostaną różne koncepcje psychologiczne, pozwalające na eksplorację pojęcia lęku, a także zrozumienie jego uwarunkowań (podmiotowych i społecznych). Ostatnia część rozdziału poświęcona jest osobom z podwyższonym poziomem lęku i ich trudnościom w funkcjonowaniu społecznym, zwłaszcza, gdy zaburzenia lękowe powikłane są z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych.

1.1. Kwestie terminologiczne

Jak podaje Kozielecki, wybitny polski psycholog i naukowiec, powołując się na różnych autorów – od kiedy człowiek stał się obiektem interdyscyplinarnego zainteresowania, czyli od czasu renesansu – wiele miejsca poświęcono problemowi strachu i lęku w dziełach filozoficznych, literaturze pięknej, teologii, socjologii czy naukowej psychologii. Począwszy od myśli teologicznej, w której lęk rozumiany był jako konsekwencja grzechu, oddzielenie człowieka od Boga, poprzez podejście Spinozy, Pascala, Kierkegaarda, po przedstawicieli behawioryzmu, psychologii klasycznej, aż do współczesności – badano źródła i skutki tychże emocji, aby je zrozumieć i umieć nimi sterować. Według Spinozy – *strach i nadzieja to dwie strony tego samego medalu*; jednakże na przestrzeni dziejów to właśnie analiza lęku pochłaniała więcej ludzkiej energii niż badania ludzkiego potencjału i nadziei. Z kolei jak stwierdza May – *lęk stanowi potężną siłę niszczącą ludzkie zdrowie i dobre samopoczucie*; dlatego tak ważne jest poznanie jego istoty. Trudno byłoby bowiem bez tej wiedzy naprawdę zrozumieć człowieka, jego wewnętrznych konfliktów, oczekiwań i dążeń (Kozielecki, 1976, s. 143-144).

Dużym wyzwaniem jest jednoznaczne określenie, czym jest lęk. Pisał o tym Freud: *Pewna wieloznaczność i nieokreśloność w użyciu słowa „lęk” nie ujdzie naszej uwadze* (Freud, 2012, s. 208). W dalszej części pracy zostanie szerzej przedstawiona jego perspektywa rozumienia lęku. Większość koncepcji naukowych proponuje odróżniać lęk od strachu. Według słownika dołączonego do DSM IV (czwartego wydania amerykańskiego systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych), termin „lęk” oznacza: *trwożne przewidywanie przyszłych zagrożeń lub nieszczęść, któremu towarzyszą uczucia dysforyczne lub somatyczne objawy napięcia* (Lewis, Haviland-Jones, 2005, s. 720). W podobny sposób lęk ujmują Leary i Kowalski (2001) doprecyzowując, że to czego można się obawiać, to fizyczna lub psychologiczna krzywda,



powodująca napięcie i chęć uniknięcia, a nawet ucieczki od sytuacji wywołującej takie odczucie.

Strach natomiast ma określoną przyczynę, rozpoznawalny bodziec. Dlatego lęk głównie odróżnia się od strachu tym, że ma charakter antycypacyjny w stosunku do wywołującego go bodźca, inaczej mówiąc jest „przedbodźcowy”. Analogicznie zatem – strach ma charakter „pobodźcowy”, co wiąże się z konkretnymi reakcjami organizmu, takimi jak ucieczka lub walka (Lewis, Haviland-Jones, 2005, s. 720). Można też w dużym uproszczeniu powiedzieć, że strach jest związany z tym co jest znane i znajduje się „na zewnątrz”; lęk zaś jest „uwewnętrzniony”, nieokreślony, nieznan. Zgadza się z tym poglądem Kozielecki, który prezentuje stanowisko aby nie utożsamiać lęku ze strachem. Strach według niego jest *nieprzyjemnym stanem emocjonalnym, który sygnalizuje zewnętrzne niebezpieczeństwo. (...) przyczyny strachu znajdują się w środowisku fizycznym lub społecznym i ponieważ są znane, jednostka może bronić się przed tą emocją*. Lęk natomiast zdefiniował jako *sygnał niebezpieczeństwa wewnętrznego, z którego człowiek niedokładnie zdaje sobie sprawę* (Kozielecki, 1976, s. 144-145). Na podobnym stanowisku stoi Bourne (2011), który uważa, że lęk pod wieloma względami różni się od strachu, poprzez bardziej wewnętrzny niż zewnętrzny charakter odczuć nim towarzyszących. Wiąże się z trzema rodzajami reakcji: fizjologiczną (reakcje somatyczne obejmujące głównie kołatanie serca, napięcie mięśni, nudności, pocenie się czy suchość w ustach), behawioralną (np. utrata zdolności do działania) oraz psychologiczną (subiektywny stan obawy i niepokoju). Według Mellibrudy (2004): w strachu można wyróżnić cztery elementy składowe – poznawczy (są to oczekiwania i przekonania dotyczące konkretnego niebezpieczeństwa); somatyczny (reakcje fizjologiczne organizmu w konfrontacji z zagrożeniem); emocjonalny (wachlarz różnorodnych odczuć współtowarzyszących, takich jak bezradność, przerażenie czy groza) oraz behawioralny (trzy podstawowe typy reakcji wobec zagrożenia, czyli walka, ucieczka lub letargiczny rodzaj bezruchu). Gdyby porównać lęk i strach pod kątem tych elementów, to można uznać, że mają one w zasadzie te same części struktury z jedną wyraźną różnicą – poznawczym składnikiem lęku jest oczekiwanie na niebezpieczeństwo, przecucie, że coś złego może się wydarzyć, ale nie wiadomo dokładnie co, jest to mgliste i niejasne. Z kolei Epstein (1972, za: Lewis, Haviland-Jones, 2005) badając strach oraz lęk uznał, że te dwa stany emocjonalne płynnie przechodzą jeden w drugi. Uważa on, że nie wystarcza istnienie zewnętrznego bodźca aby móc odróżnić lęk od strachu, jest to nieco bardziej skomplikowane. Dla Epsteina strach wiąże się głównie z zachowaniami zaradczymi, czyli ucieczką i unikaniem. Kiedy dana sytuacja zagrażająca nie podlega kontroli i zawodzą próby poradzenia sobie z nią, wówczas strach może przekształcić się w lęk. Definiuje



on to następująco: *Strach stanowi motyw unikania. Gdyby nie istniały żadne ograniczenia wewnętrzne bądź zewnętrzne, strach prowadziłby do działania, jakim jest ucieczka. Lęk można definiować jako nierozwiązany strach, czy też stan nieukierunkowanego pobudzenia następującego po spostrzeżeniu zagrożenia* (s. 720). Natomiast Dollard i Miller (1967) stoją na stanowisku, że strach nazywany jest lękiem, gdy źródło strachu jest niejasne lub zaciemnione przez wyparcie. W najnowszej literaturze przedmiotu Lingiardi i McWilliams (2019, s.246) proponują ujęcie: *lęk to strach występujący mimo braku oczywistego zagrożenia*. Ważne jest natomiast – z punktu widzenia klinicznego – odróżnienie zagrożenia potencjalnego od rzeczywistego, dokonanie oceny zagrożenia, a także zbadanie reakcji adaptacyjnej człowieka na rzeczywiste zagrożenie i przyjrzenie się reakcji lękowej, aktywizującej biologiczny system: walka – ucieczka – zniechęcenie.

Strach / lęk pełni zatem ważną, pozytywną funkcję informacyjną i ostrzegawczą. Według Kępińskiego (2002), jest on elementem zdrowia, sygnałem alarmowym, który chroni przed niebezpieczeństwem; pełni dla człowieka rolę adaptacyjną w świecie oraz jest elementem rozwoju, ponieważ zmusza do pokonywania własnych ograniczeń. Z kolei Dąbrowski (1986), twórca teorii dezintegracji pozytywnej, ze względu na wielopoziomowość zjawiska lęku, zwraca uwagę na jeszcze jeden pozytywny aspekt. Uważa on, że stany lękowe, które cechują się altruizmem są wyrazem troski o innych, obawy o losy społeczeństwa czy świata oraz o trwałość związków uczuciowych, będących podstawą więzi międzyludzkiej. Taki przejaw lęku świadczy o wrażliwości człowieka i znajduje ujście w twórczości, jest inspiracją dla artystów. Jak pisze Woydyłło (1998, s. 27) – *strach jest naszym obrońcą i bez niego nigdy nie nauczylibyśmy się omijać zagrożeń – któreś z nich unicestwiłoby nas najprawdopodobniej już we wczesnym okresie naszego życia. Strach to bardzo skuteczny nauczyciel. Weźmy dziecko, które sparzy sobie rączkę o gorący piec. Lęk przed powtórzeniem bólu każe mu potem omijać wszystkie gorące piece. Nie chodzi więc o to, by strachu nie odczuwać. Chodzi o celowość tego uczucia. Jeżeli nam ono pomaga, to w porządku. Gorzej, gdy dzieje się wręcz przeciwnie. Gdy ze strachu przed czymś ograniczamy się, przestajemy się rozwijać, zastygamy w bezruchu. Gdy z powodu lęku uciekamy w samotność, alkoholizm, rezygnację z pragnień i marzeń.*

1.2. Wybrane psychologiczne koncepcje lęku

W odniesieniu do wcześniejszego podrozdziału i prób przyjrzenia się z różnych perspektyw terminologii lęku, poniższa część pracy ma na celu przybliżenie tej problematyki oczami wybitnych naukowych osobowości, takich jak: Freud, Horney czy Kępiński, którzy podeszli do omawianej problematyki w sposób jakościowy oraz Cattell i Spielberger – traktujący zjawisko



lęku ilościowo, przez stworzenie odpowiednich procedur badawczych. Biorąc za punkt wyjścia niniejszych rozważań wypowiedź cytowanego już Maya – „great white plague” (jaką jest lęk i jego niszczycielska dla ludzkości siła) od wieków stanowiła przedmiot badań i obserwacji, aby pomóc człowiekowi w rozumieniu lęku i bronić się w nadmiarowym jego przeżywaniu. Na przestrzeni epok, różne koncepcje psychologiczne przedstawiały własne sposoby widzenia lęku i jego konsekwencji. Można wyróżnić wśród nich zwłaszcza behawiorystów, psychoanalityków, egzystencjalistów czy przedstawicieli podejścia poznawczego. Zintegrowanie tych różnorodnych wniosków uczy elastyczności w rozumieniu ważnych dla ludzkości zjawisk, a takimi niewątpliwie są zaburzenia lękowe, które – za Mayem – można nazwać plagą naszych czasów.

1.2.1. Psychoanalityczna koncepcja Zygmunta Freuda

Freud – ojciec psychoanalizy – powiedział niegdyś: *Biologia jest przeznaczeniem* (Bourne, 2011, s. XII). Z perspektywy współczesnej wiedzy o neurobiologii zaburzeń lękowych, a także znaczącej w tej kwestii roli genetyki, można powiedzieć, iż miał on wiele racji. Jak podaje Kozielecki – teoria lęku jest niezwykle ważną częścią psychoanalizy, nazwana jest nawet jej „dzieckiem”; jednak nie było tak od początku. Pierwotnie Freud i jego współpracownicy nie zajmowali się lękiem, interpretując go właśnie czysto biologicznie – jako reakcję na frustrację wynikającą z niezaspokojonych potrzeb seksualnych. Dopiero w 1926 roku została opublikowana książka Freuda, w której uznał on lęk za *ważny sygnał wewnętrznego niebezpieczeństwa i objaw zaburzeń neurotycznych* (Kozielecki, 1976, s. 144). Próbował też doprecyzować to pojęcie: *Unikam (...) bliższego roztrząsania pytania, czy słowa „lęk”, „obawa”, „strach” oznaczają to samo czy coś wyraźnie odmiennego. Myślę, że pojęcie lęku odnosi się do stanu nie mającego odniesienia do określonego przedmiotu, gdy tymczasem obawa skierowuje uwagę właśnie na przedmiot. Strach zdaje się natomiast mieć rzeczywiście specjalny sens, a mianowicie wysunięcie na plan pierwszy działania niebezpieczeństwa, które nie zostało przyjęte przez gotowość do lęku. Można by więc powiedzieć, że człowiek broni się przed strachem za pomocą lęku* (Freud, 2012, s. 280).

To, co najistotniejsze w klasycznej psychoanalizie, to sposób ujęcia człowieka jako istoty, którą kierują irracjonalne siły płynące głównie z podświadomości, a jego życiem psychicznym rządzi determinizm. Freud uważał, że człowiek ma tylko złudzenie posiadania wolnej woli. W rzeczywistości ulega on presji trzech potężnych czynników, którymi są: środowisko oraz wewnętrzne „szalejące” nieświadome siły nazwane przez Freuda „id”



i „superego”. W takim ujęciu człowiek jest więc skazany na fatalizm, bezsilność, bezowocność swoich wysiłków, jest bierny i ma trudność w odnalezieniu własnej drogi życia (Porczyńska-Ciszewska, 2013). Zdaniem Bourne’a (2011, s. 3) – współczesnego autorytetu w dziedzinie leczenia lęku i fobii – *bardziej podatni na zaburzenia lękowe są ludzie, którym brakuje w życiu poczucia kierunku i celu*. Wydaje się to współgrać z wyznawanymi przez Freuda poglądami, z tym, że Freud koncentrował się na swoim fatalizmie mówiąc: *Niezliczoną ilość razy stawiano pytanie o cel życia ludzkiego; nie znalazło ono jeszcze zadowolającej odpowiedzi, a być może w ogóle nie znajdzie się taka odpowiedź* (Freud, 1967, s. 248). Nic więc dziwnego, że w takim ujęciu człowiek jest wręcz skazany na lęk i psychoanalicy – począwszy od Freuda – zaczęli przywiązywać do niego wagę. Bardzo obrazowo mówi o tym Kozielecki (1976, s.145): *Lęk – według psychoanalityków – jest zagrożeniem dla całej osobowości jednostki, dla systemu jej wartości. Ponieważ jest on sygnałem niebezpieczeństwa wewnętrznego, nie można przed nim uciec, tak jak ucieka się przed pędzącym samochodem, nie można go również zaatakować, tak jak atakuje się dzikie zwierzęta. Zwalczenie lęku wymaga bardziej subtelnych środków*. Przede wszystkim zwalczanie lęku wymaga nazwania jego źródeł. Podejście psychoanalityczne zakłada, że wewnętrzne siły dynamiczne (popędy, dążenia, potrzeby), które pobudzają człowieka do działania, wywołują też stan napięcia, gdyż nie zawsze człowiek może owe popędy zaspokoić. Co więcej – człowiek często doświadcza wewnętrznego konfliktu, gdy zaspokojenie własnych potrzeb stoi w sprzeczności z dążeniami innych osób. Prowadzi to w efekcie do doświadczenia przez jednostkę frustracji i lęku. Podstawowe potrzeby, których niezaspokojenie prowadzi do permanentnej frustracji, to przede wszystkim: potrzeba niezależności i autonomii, bezpieczeństwa oraz bliskości. Lęk jest wówczas sygnałem niebezpieczeństwa i zagrożenia, jednak człowiek nie umie go właściwie zinterpretować, nie jest świadomy źródeł swoich obaw przez własne mechanizmy obronne utrudniające kontakt ze swoim wnętrzem. To, co zawdzięcza się Freudowi, to opisanie przez niego tych zjawisk oraz odróżnienie lęku normalnego (realistycznego) od neurotycznego. Normalny lęk jest adekwatny do rzeczywistego zagrożenia i nie wymaga stosowania mechanizmów obronnych, gdyż człowiek potrafi uświadomić sobie jego przyczyny. Neurotyczny natomiast jest niebezpieczny dla całokształtu funkcjonowania osoby, gdyż jest nieadekwatny i wiąże się ze stosowaniem mechanizmów obronnych oraz blokady świadomości. Ten lęk – jako efekt nierozwiązywalnych konfliktów wewnętrznych – powoduje, że człowiek doświadcza pustki, beznadziejności, trudności w dostosowaniu się do świata zewnętrznego, czyli w konsekwencji prowadzi do zaburzeń (Kozielecki, 1976). Warto w tym miejscu przyjrzeć się mechanizmom obronnym opisanym przez Freuda, głównie takim jak projekcja, racjonalizacja czy „ucieczka” w



aktywność fizyczną bądź zawodową. Powodują one bowiem, że na jakiś czas może ulec zmniejszeniu poziom lęku, niepokoju, poczucia niższości. *Zdaniem psychoanalityków, każda forma obrony przed lękiem jest lepsza niż bezczynność i bierne poddawanie się beznadziejności* (Kozielecki, 1976, s. 150). Jednak zdarza się, że obrona przed lękiem może stać się dodatkowym jego źródłem – szczególnie zajęła się tym później Horney (tzw. lęk wtórny). Interesujące wydają się sytuacje szczególne opisane przez Freuda, w których osoba neurotyczna, czyli podatna na przeżywanie lęku, doświadcza „zysku z choroby”: *Bywają wypadki, co do których nawet lekarz musi przyznać, że przejście konfliktu w nerwicę stanowi rozwiązanie najmniej szkodliwe i społecznie najbardziej korzystne. Nie dziwcie się więc słysząc, że niekiedy nawet lekarz bierze stronę zwalczanej przez się choroby* (Freud, 2012, s. 271). Parafrazując – to „choroba” zabezpiecza jednostkę przed realnym cierpieniem, które bardziej boli, gdy jest w pełni uświadomione. Przyglądając się osobom neurotycznym, którym Freud poświęcił wiele uwagi, warto przytoczyć tu jego słowa: *Myślę, że nigdy nie stawiano sobie dość poważnie pytania, dlaczego właśnie ludzie nerwowi odczuwają o tyle większy i o tyle silniejszy lęk niż inni* (Freud, 2012, s. 278). Jest to pytanie, do którego podszedł on z pokorą. Po części tłumaczył to jako lekarz „znajomością drogi nerwowej”, ale otwarcie przyznawał się, że jest to dla niego „zagadką” – *może staranna analiza sytuacji, w jakiej pojawia się lęk, pomoże do lepszego rozumienia go* (Freud, 2012, s. 280). W całym trudzie zrozumienia przez Freuda istoty lęku, ważna i konkretna wydaje się konkluzja zawarta w stwierdzeniu: *Gdy lęk jest silny ponad miarę, okazuje się zgoła bezcelowy, paraliżuje każdy czyn, a także ucieczkę. Reakcja na niebezpieczeństwo polega zwykle na mieszaniu uczucia lęku i reakcji obronnej. Przestraszone zwierzę lęka się i ucieka, ale celowa w tym jest „ucieczka”, nie zaś „lękanie się”* (Freud, 2012, s. 280). Warto wspomnieć, że Freud pochylając się nad zaburzeniami lękowymi opracował wiele wytycznych do rozumienia lęku nerwicowego; opisał też trzy grupy fobii, w zależności od stopnia nasilenia objawów. Ponadto w literaturze psychoanalitycznej można spotkać podział na różne rodzaje lęku: separacyjny (rozumiany jako strach przed utratą ważnego obiektu), kastracyjny (strach przed uszkodzeniem ciała, a zwłaszcza narządów płciowych), moralny (związany z obawą przed naruszeniem wartości), prześladowczy (irracjonalne przekonania i obawy), lęk przed fragmentacją (obawa przed rozpadem „Ja”) czy wreszcie lęk przed unicestwieniem. Każdy z tych lęków może być uświadomiony lub nieświadomy (Lingiardi, McWilliams, 2019, s. 246). Nie zmienia to jednak faktu – idąc za myślą Kozieleckiego – że psychoanalityczna koncepcja lęku jest niejasna, brakuje jej podparcia empirycznego oraz jest pesymistyczna, niewiele wyjaśnia w obszarze pozytywnych funkcji lęku i strachu w życiu człowieka (Kozielecki, 1976). Jedynym podłożem dla rozumienia powyższych stwierdzeń



wydaje się czas, w którym przyszło żyć Freudowi – okrucieństwo hitleryzmu, którego był ofiarą, umierając na wygnaniu po ucieczce z wiedeńskiego getta. *Freud był przerażony tak dokładnym potwierdzeniem własnego pesymizmu i nigdy nie pogodził się z nim, co było jego osobistym dramatem* (Obuchowski, 1976, s. 13).

1.2.2. Neopschoanalityczna koncepcja Karen Horney

Horney używa terminów: „lęk” i „strach” zamiennie, dostrzegając pokrewieństwo między nimi, ponieważ obydwie te stany emocjonalne wiążą się z doświadczaniem niebezpieczeństwa i towarzyszą im podobne doznania somatyczne. Najczęściej można wówczas odczuwać drżenie, pocenie się czy przyspieszoną akcję serca (w skrajnych przypadkach może nawet dojść do jego zatrzymania). Istotną różnicę między lękiem a strachem Horney określa na podstawie adekwatności reakcji do bodźca: *strach jest reakcją proporcjonalną do groźącego niebezpieczeństwa, podczas gdy lęk jest nieproporcjonalny do wielkości niebezpieczeństwa, albo nawet jest reakcją na niebezpieczeństwo pozorne* (Horney, 1976, s. 45). Drugim sposobem rozróżniania tych zjawisk jest kwestia widoczności i obiektywności zagrożenia (w przypadku strachu) oraz niejawności i subiektywności (gdy chodzi o lęk). Można w tym drugim przypadku powiedzieć, że człowiek może sobie nie uświadamiać przyczyn lęku, chociaż siła jego reakcji może być proporcjonalna do sytuacji wyzwalającej lęk. W tym celu potrzebna jest psychoterapia, aby odkryć znaczenie swoich reakcji lękowych. Mogą one mieć formę rozlaną lub postać ataków paniki; lęk ponadto charakteryzuje się irracjonalnością i wywołuje wrażenie bezradności. Jeśli chodzi o strach i metody obrony przed nim, Horney (1976, s. 33) traktuje to jako zjawiska powszechne: *Jeśli zwierzę przestraszone jakimś niebezpieczeństwem reaguje nań kontratakiem lub ucieczką, mamy właśnie do czynienia z sytuacją strachu i obrony*. Uważa ona, że niezależnie od kultury w jakiej przychodzi żyć człowiekowi, zawsze znajdują się takie warunki życia, które wywołują jakieś obawy. Mogą to być zagrożenia zewnętrzne, związane z przyrodą czy obecnością wrogów lub zagrożenia wewnętrzne, jakich doświadcza człowiek uwikłany w społeczne układy, przeżywający *frustrację* z powodu konieczności tłumienia uczuć społecznie nieakceptowanych (np. wrogość z powodu niesprawiedliwości, zależności itp.). Człowiek może też doświadczać obaw pochodzących z tradycji kulturowych (np. „tradycyjny” strach przed demonami, pogwałceniem tabu). Każda kultura posiada jednak określone środki obrony dla uśmierzania takich nieprzyjemnych stanów emocjonalnych. Są to np. „zabezpieczające” rytuały czy obyczaje. Każda jednostka ma też własne, wewnętrzne mechanizmy obronne.



Dla uzyskania jeszcze większej precyzji opisywanych zjawisk, Horney (1976, s. 55) stworzyła pewną definicję: *Lęk jest formą strachu, zawierającą przede wszystkim określony czynnik subiektywny*. Chodzi tutaj o indywidualne, wewnętrzne poczucie niebezpieczeństwa, wobec którego osoba jest bezsilna. Autorka zadaje ważne pytanie dotyczące warunków psychicznych jednostki, które powodują pojawienie się uczucia zagrożenia i związanego z nim doświadczenia bezsilności. Odróżnia lęk osoby normalnej od lęku osoby neurotycznej, czyli reagującej przesadnie; podobnie jak Freud, który dokonał rozróżnienia między lękiem neurotycznym a obiektywnym, czyli „rozumiałym” w przypadku danego niebezpieczeństwa. Horney (1976, s. 34-35) pisze o tym następująco: *Osoba normalna, chociaż podlegająca lękom i sposobom obronnym swojej kultury, jest w zasadzie w pełni zdolna do realizowania swoich potencjalnych możliwości i potrafi cieszyć się tym, co ofiaruje jej życie. Osoba normalna potrafi maksymalnie wykorzystać możliwości swojej kultury. Inaczej mówiąc, nie cierpi bardziej, aniżeli jest to konieczne. Neurotyk natomiast cierpi zawsze bardziej niż przeciętny człowiek. Zawsze musi zapłacić za swoje środki obrony wygórowaną cenę w postaci zahamowania żywotności i ekspansywności lub, ściślej mówiąc, zahamowania zdolności do osiągnięć i radości, co prowadzi w rezultacie do rozbieżności między możliwościami a osiągnięciami. Neurotyk właściwie jest zawsze człowiekiem cierpiącym*. Horney (1976, s. 56) docenia kierunek analizowania natury lęku zapoczątkowany przez Freuda, który – według niej – *uczynił to w swoim koronnym odkryciu, w którym stwierdził, że czynnik subiektywny w lęku ma swoje źródło w naszych własnych popędach instynktownych. Innymi słowy, zarówno zagrożenie, którego antycypacja wywołuje lęk, jak i towarzyszące mu poczucie bezradności zostają wywołane przez siłę wybuchową naszych własnych impulsów*. W przedmowie do słynnego dzieła Horney *Neurotyczna osobowość naszych czasów* Obuchowski (1976, s. 5) pisze o autorce, iż *wprawdzie uważała się za uczennicę Zygmunta Freuda, ale na problemy pacjentów, którzy wyznawali jej tajniki swojego życia, powierzali lęki i nadzieje, patrzyła własnymi oczyma*. O samym zaś jej dziele mówi jako o „dokumencie epoki”. Freud w ujęciu psychoanalitycznym demaskował człowieka opisując jego słabość; Horney natomiast staje po stronie człowieka, stara się lepiej go rozumieć poprzez zdemaskowanie społeczeństwa. Według Obuchowskiego (1976, s. 14) – *Karen Horney zakłada, że jeśli mamy nerwicę, to oznacza to, że kultura, w której żyjemy ma deficyty, gdyż nie nasze dążenia są złe, ale złe jest to, że te dążenia nabierają cech złych wskutek istnienia określonych układów. Takich układów, w których człowiek jako jednostka czuje się zagrożony niemal każdą interakcją i w zaciskającej się pętli narastających zagrożeń przestaje być zdolny do czegokolwiek poza obroną*. Koncepcja lęku Horney w ogólnym zarysie opiera się na mechanizmie błędnego koła, opisanym jako „paradoks obronny Ja”. Obrona przed lękiem



pierwotnym – który jest odpowiedzią na zagrażający świat – do pewnego stopnia spełnia korzystną dla człowieka funkcję. Zdarza się jednak, że sam proces uruchamiania systemu obronnego staje się źródłem lęku, nazwanego tutaj „lękiem wtórnym”. Ten z kolei wymaga wytworzenia nowych mechanizmów obronnych. Załóżmy, że ktoś chciałby ochronić swoje poczucie wartości za pomocą racjonalizacji (formy samooszukiwania się). Obawa przed zdemaskowaniem wywołuje lęk wtórny, który wymaga nowych sposobów obronnych, co powoduje powolne pogrążanie się w oszustwie, byciu kimś innym. Wiąże się to z dużym wydatkiem energii i nieustannym napięciem – czyli w efekcie końcowym system obronny, który ma chronić ego, obraca się przeciwko człowiekowi (za: Kozielecki, 1976).

Horney określiła konkretne siły zabezpieczające człowieka przed lękiem. Są to: miłość, ambicja popychająca do sukcesów oraz władza. Jednak człowiek może tutaj wpaść w pułapkę: jeżeli kocha wyłącznie po to, by czuć się bezpiecznie oraz jeżeli walczy o władzę i uznanie dlatego, aby się nie bać, być „pewnym siebie”. Czyniąc to wszystko z lęku, boi się jeszcze bardziej, że straci to, co go napędza do życia. W ten sposób wartości same w sobie, jakimi są miłość, uznanie czy dojrzałe pojęta władza – stają się wynaturzone, neurotyczne. W rozdziale pt: *Neurotyczna potrzeba miłości* Horney pisze o tym następująco: *Pragnienie miłości występuje tak często w nerwicach i tak łatwo daje się rozpoznać wyszkolonemu obserwatorowi, że można je uważać za jeden z najpewniejszych wskaźników lęku. Dla kogoś odczuwającego absolutną bezsilność wobec niezmiennie zagrażającego i wrogiego świata, poszukiwanie miłości wydaje się być najbardziej logicznym i bezpośrednim sposobem szukania życzliwości, pomocy czy uznania* (1976, s. 82). Autorka uważa, że dążenie do miłości, które jest niczym innym jak mechanizmem obronnym neurotyka, pozbawia go tak naprawdę dojrzałej zdolności kochania. Osobie neurotycznej tylko wydaje się, że kocha, podczas gdy jedynie potrzebuje innych, aby czuć się bezpiecznie. *Każdy przejaw miłości może pozornie uspokoić neurotyka, czy dać mu nawet poczucie szczęścia, ale w rzeczywistości wywołuje u niego niedowierzanie i nieufność, a nawet strach. Nie wierzy w miłość, bo jest głęboko przekonany, że nikt nie mógłby go pokochać* (1976, s. 86). Horney (1976), powołując się na Künkela (1929) opisuje zjawisko pewnej pułapki nazwanej przez niego *Teufelskries*, w którą wpada neurotyk w relacjach z ludźmi – jego podszyta lękiem postawa wywołuje określoną reakcję otoczenia, która z kolei wzmacnia neurotyczną postawę i powoduje, że taki człowiek pogrąża się jeszcze bardziej w swoich lękach.

Najbardziej jednak znanym elementem koncepcji lęku neurotycznego Horney jest opisanie przez nią trzech sposobów wchodzenia w interakcje społeczne jako reakcja na lęk podstawowy. Pierwszy – nastawienie „ku ludziom” (np. potrzeba miłości) – dotyczy



nadmiarowych tendencji jednostki do bycia chwalonym, docenianym, potrzebnym. Osoba taka realizuje schemat poświęcania się, altruizmu, zwykle zajmuje niższe stanowisko w relacjach z innymi. Drugi sposób to nastawienie „od ludzi” (np. potrzeba niezależności) – neurotyczny dystans, aby uchronić się przed emocjonalnym zaangażowaniem. Trzecia tendencja – to nastawienie „przeciwko ludziom” (np. potrzeba władzy). Charakteryzuje się przekonaniem, że świat jest wrogi, a przed ludźmi należy się chronić pod maską osoby „twardej”, sprawiającej wrażenie jakby nie potrzebowała nikogo w swoim życiu. Każdy neurotyk prezentuje jeden, wyraźnie rysujący się w jego osobowości kierunek interakcji (za: Hall, Lindzey, 2002).

W jaki sposób ludzie bronią się przed lękiem? Horney (1976) wyróżnia cztery sposoby spotykane w naszej kulturze. Pierwszym z nich jest racjonalizacja – czyli mechanizm obronny, pozwalający na pozbycie się odpowiedzialności. Polega on na przekształcaniu lęku w uzasadniony strach – czynią tak na przykład nadopiekuńcze matki, tłumacząc swoją irracjonalną, nadopiekuńczą postawę tym, że dobrze wypełniają swoją matczyną rolę. Niestety płacą cenę za okresowe obniżanie lęku tym, że w szerszej perspektywie swojego życia nie są wolne od trosk, na które zużywają wiele energii. Jeszcze więcej płacą za to dzieci, które uczą się od takich matek, że świat jest dla nich wrogim miejscem. Drugi sposób na walkę z lękiem to zaprzeczanie, że się go doświadcza. Niestety, w takim przypadku nie da się oszukać sfery somatycznej, która „ujawnia” wyrzucony ze świadomości lęk pod postacią objawów fizjologicznych. Oprócz typowych, wspomnianych wcześniej reakcji takich jak dreszcze, pocenie się czy szybsze bicie serca, pojawiają się biegunki, wymioty, mdłości, potrzeba częstszego oddawania moczu. W sferze psychicznej natomiast obserwuje się pewne skrajne reakcje – od pobudzenia, niepokoju, przesadnego pośpiechu, po uczucie sparaliżowania. Horney podaje, że u ludzi zdrowych może występować zaprzeczanie świadome. Wówczas człowiek – mimo, że się boi – przełamuje swój lęk dokonując brawurowych wyczynów, niestety narażając siebie i swoje zdrowie, choć tymczasowo podnosi swoją samoocenę i sprawczość. Ciekawym przykładem z praktyki terapeutycznej Horney jest obserwacja neurotyków, którzy przezwyciężają swoją nieśmiałość i wycofanie poprzez akty agresji, co niestety otoczenie mylnie odbiera jako rzeczywistą wrogość, zamiast przejawu desperacji czy brawury. Trzeci sposób poradzenia sobie z lękiem – najbardziej istotny z perspektywy badanej na potrzeby niniejszej pracy grupy osób uzależnionych – dotyczy różnych sposobów odurzania się. Horney rozumie to jako nadużywanie substancji psychoaktywnych lub kompulsywność zachowań, również dających efekt psychicznego „odurzenia” (na przykład pracą, seksem, ucieczką w sen). Ceną jest błędne koło reakcji lękowych – napięcie, drażliwość, wybuchowość – jako efekt odstawienia powyższych środków i ponowne nałogowe zachowania dla



uśmierzenia owych nieprzyjemnych stanów emocjonalnych. Ostatnia, czwarta metoda służąca uwolnieniu się od lęku, jest najbardziej skrajna. Polega ona na świadomym lub nieświadomym unikaniu sytuacji, myśli i uczuć wywołujących stan lękowy. I tak – można przykładowo świadomie zrezygnować ze wspinaczki wysokogórskiej lub nieświadomie zrezygnować z chodzenia na spotkania towarzyskie wmawiając sobie, że się po prostu tego nie lubi. Jeżeli człowiek regularnie unika danych sytuacji lękotwórczych, to wytwarza pewne automatyzmy, które Horney nazywa zahamowaniami. Mogą one stanowić osobowościowy styl zachowań, manifestujących się jako trudność w wyrażaniu opinii czy nawiązywaniu znajomości. Ponieważ nie ma ludzi wolnych od lęków, szczególnie w kontekście społecznym, zatem każdy człowiek wytworzył sobie przynajmniej jeden z powyższych sposobów zaradczych. W tym miejscu Horney dotyka niezmiernie istotnej prawidłowości – im więcej form obrony poszukuje dana jednostka, tym bardziej zaczyna ona być neurotyczna. Lęk staje się więc ośrodkiem dynamicznym nerwicy. Warto jeszcze podkreślić to słowami samej autorki: *Im poważniejsza nerwica, tym więcej zahamowań, zarówno tych ledwo uchwytnych, jak i tych głębokich* (1976, s. 33). I jeszcze jedno kluczowe jej przekonanie, podsumowujące koncepcję lęku neurotycznego: *Neurotyk ma poczucie, że sam sobie przeszkadza* (1976, s. 33), co oddaje skalę jego cierpienia.

1.2.3. Koncepcja lęku Antoniego Kępińskiego

W swoim ważnym dziele pt. *Lęk*, Kępiński – wybitny psychiatra i filozof – dokonuje zdefiniowania lęku i strachu. Według niego strachem nazywamy lęk przedmiotowy, jednak „przedmiotowość” traktuje jako pojęcie względne. Dla jednych osób drobne zagrożenie spowoduje silną, nieadekwatną reakcję, dla innych poważne niebezpieczeństwo wywoła reakcję o słabym nasileniu. *Wielkość sygnału lękowego, podobnie zresztą jak sygnału bólowego, nigdy nie stanowi obiektywnej miary zagrożenia, jest wypadkową wielu czynników, jak prawdopodobnie genetycznie uwarunkowanego pogotowia lękowego czy bólowego, historii życia (...), aktualnego stanu nastrojowo-uczuciowego (...). Wreszcie na wielkość sygnału lękowego wpływa mechanizm błędnego koła (dodatniego sprzężenia zwrotnego); pod wpływem lęku zostaje wyolbrzymiony przedmiot zagrożenia, co z kolei wywołuje nasilenie lęku itd.* (Kępiński, 2002, s. 238-239). Lęk przedmiotowy jest lękiem na stałe wpisanym w ludzkie życie i jesteśmy zmuszeni uczyć się go pokonywać, bo od tego zależy ekspansja człowieka w otaczający świat. *W pewnej mierze porównywanie własnego lęku jest czymś kuszącym; gdy to się uda, człowiek czuje się jakby wyzwolony, silniejszy i radośniejszy* (2002, s. 239). W redukcji



lęku ważną rolę odgrywa także przyzwyczajenie. Sytuacje zagrażające, które powtarzają się regularnie wywołują z czasem słabszą reakcję lęku.

To co czyni koncepcję Kępińskiego przejmującą to fakt, iż opisuje on lęk z perspektywy swojej bogatej praktyki psychiatrycznej, ale też z pozycji osoby, której nieobce było cierpienie. Nie bez wpływu na jego rozumienie lęku w wymiarze egzystencjalnym był trzyletni pobyt w obozie koncentracyjnym w Hiszpanii oraz trzy lata zmagania z ciężką chorobą (szpiczakiem), którą przegrał. Dlatego takie doświadczenia jak lęk przed chorobą, śmiercią czy samotnością opisuje wnikliwie i wiarygodnie. Przedstawia zjawisko lęku na kontinuum zdrowia i choroby, z całą złożonością stanów lękowych od niepokoju (który pełni rolę ostrzegawczą wobec nieznanymi sytuacji, miejsc czy osób), aż po stany patologiczne (zaburzenia nastroju, osobowości czy psychozy). Jak wspomniano już na początku niniejszej pracy przy omawianiu kwestii terminologicznych, Kępiński pokazuje dwa oblicza lęku: jako czynnik chroniący przed niebezpieczeństwem i wpływający na rozwój poprzez pokonywanie własnych ograniczeń, a także jako podłoże choroby i związanego z tym cierpienia. Autor – podobnie jak Horney – klasyfikuje lęk jako osiowy objaw nerwic. Podaje też, co może definiować lekarza: *Być dobrym psychiatrą w praktyce oznacza umieć rozładować lęk swojego pacjenta* (2002, s. 5). Przytacza również ważną psychologiczną zasadę, iż podwyższenie nastroju wpływa na zmniejszenie odczuwanego lęku. Wykorzystywali to przez wieki wojskowi przywódcy – aby obniżyć lęk żołnierzy poprawiano ich nastrój śpiewem, muzyką, odpowiednim jedzeniem czy substancjami psychoaktywnymi, z których najpopularniejszy był alkohol. Odwrotnie dzieje się w obniżonym nastroju – wtedy lęk rozrasta się nierzadko do irracjonalnych rozmiarów. Ważnym elementem wpływającym na rozmiary lęku jest rytm dnia i nocy. Właśnie w nocy lęk (podobnie jak drugi znaczący sygnał alarmowy jakim jest ból) nasila się i może stawać się przyczyną problemów ze snem. W dzień natomiast, kiedy pojawia się wiele bodźców, aktywności – lęk czy ból słabną. Ból według Kępińskiego jest konkretnym i czytelnym sygnałem alarmowym, gdy organizm zetknie się z zagrożeniem i dojdzie do jego uszkodzenia. Lęk z kolei pojawia się, gdy jeszcze nie doszło do bezpośredniego kontaktu organizmu z niebezpieczeństwem: *W czasowo-przestrzennych wymiarach lęk jest dalej, a ból bliżej ustroju* (2002, s. 14). Lęk może być zwodniczym sygnałem alarmowym, gdyż może zostać przez człowieka wyolbrzymiony lub pomniejszony. Jak pisze autor: *Natężenie lęku więcej nam mówi o stanie ustroju, niż o zagrażającym niebezpieczeństwie* (2002, s. 15). W lęku człowiek wyraża swój stosunek do otaczającego go świata, nazwany przez Kępińskiego postawą ucieczkową „od”: (...) *dana sytuacja jest przykra, że chciałoby się od niej uciec, przed nią schronić, wolałoby się jej uniknąć* (2002, s. 272).



Istotną częścią koncepcji lęku Kępińskiego jest dokonana przez niego klasyfikacja stanów lękowych pod kątem ich genezy. Podział dotyczy czterech grup lęku: biologiczny, społeczny, moralny i dezintegracyjny.

Lęk biologiczny – związany jest z naruszeniem pierwszego lub drugiego prawa biologicznego. Jako pierwsze prawo biologiczne autor traktuje zagrożenie dla własnego życia i lęk spełnia tutaj rolę ostrzegawczą, pozwalającą człowiekowi określić, jakie niebezpieczeństwo mu grozi (wspomniany już lęk przedmiotowy). Potrzeby wpływające z pierwszego prawa biologicznego muszą być zaspokojone względnie szybko, aby nie stracić życia, w związku z czym reakcje lękowe charakteryzują się dużą dynamiką i krótkotrwałością. Drugie prawo biologiczne dotyczy zagrożenia życia gatunku. Wiąże się ono z prokreacją oraz całym zespołem uczuć i zachowań służących ochronie gatunku. Można tu również zaliczyć lęk o podłożu seksualnym, związany nie tylko z posiadaniem potomstwa, ale też wypełnianiem ról zdeterminowanych przez płęć, wzajemnym odnoszeniem się do siebie – np. lęk przed traktowaniem partnera przedmiotowo. Prawidłową postawą w akcie seksualnym jest tak zwana postawa „do”. To nie tylko zaspokojenie seksualne, ale akt zespolenia się, zjednoczenia z otoczeniem, bycie częścią świata. Kobiety, z racji doświadczania bogactwa przeżyć macierzyńskich, częściej – zdaniem Kępińskiego – mają lęki na tle seksualnym. Potrzeby związane z zaspokojeniem drugiego prawa biologicznego nie muszą być zaspokajane natychmiastowo, jak to ma miejsce w przypadku, gdy zagrożone jest życie. Charakteryzują się one długotrwałością reakcji, różnorodnością ich form; występują częściej niż stany zagrożenia życia, mogą też trwać w całej rozciągłości życia jednostki. Drugie prawo biologiczne często góruje nad pierwszym z powodu swojej mocy zaprogramowania w strukturze ludzkiego organizmu. Obydwa te prawa są jednak nie tylko „cielesne”; zawierają również aspekt „duchowy”, związany z twórczym potencjałem człowieka. Warto tu jednakże zacytować mocne słowa autora: *Patrząc jakie cierpienia, niezadowolenia, okrucieństwa itp. te zasadnicze prawa życia u człowieka wywołują, i porównując życie człowieka ze stosunkowo harmonijnym życiem zwierząt, często trudno powstrzymać się od uczucia zazdrości* (2002, s. 58).

Lęk społeczny – ma w swojej strukturze dwie warstwy. Pierwsza pochodzi z emocjonalnego stosunku do rodziców (szczególnie ojca, będącego przedstawicielem porządku społecznego) i posiada cechy absolutu. Druga buduje się w relacjach z otoczeniem, zwłaszcza środowiskiem rówieśniczym, tworząc poziomą płaszczyznę interakcji. Potem, w ciągu dalszego życia, człowiek spotyka różne grupy osób, będących dla niego zwierciadłem społecznym w danych okolicznościach. Postawa lęku społecznego wiąże się z obawą przed



odrzuconiem i izolacją. Istnieją dowody na to, że izolacja powodująca zredukowanie przepływu informacji (metabolizmu informacyjnego) prowadzi do powstawania poważnych zaburzeń. Badania na zwierzętach pokazały, że gdy są one chowane w izolacji, to ich rozwój psychiczny i fizyczny jest zahamowany, mają cieńszą korę mózgu niż te, które nie były izolowane. U ludzi poddawanych izolacji, czy też działaniu monotonnych bodźców o słabym natężeniu lub bodźców zniekształconych – wykazano szereg zaburzeń psychicznych (m.in. dezorientacja w czasie i przestrzeni, zaburzenia w logicznym myśleniu czy adekwatnym odbiorze schematu własnego ciała). Jako psychiatra Kępiński uważa, że kontakt z rzeczywistością jest niezbędny do strukturalizowania doświadczeń emocjonalnych, bez których rozplywa się przestrzeń i czas oraz zaciera się granica między „ja” a otoczeniem. Łatwo wówczas tworzy się iluzje, halucynacje, projekcje urojeniowe. W temacie lęku społecznego ważna jest też rola matki w budowaniu emocjonalności dziecka, z którą wchodzi ono w świat. Już u niemowląt widać postawę zainteresowania światem lub przeciwnie – nastawienie lękowe, płaczliwe. Otoczenie (na różnych etapach życia człowieka) spełnia funkcje kontrolne wobec podejmowanych przez niego aktywności. Jest to ocena na zasadzie akceptacji lub negacji. Istotę tych zjawisk ujmuje autor następująco: *Lęk społeczny występuje głównie w dwóch sytuacjach: władzy i oceny. Boimy się władcy i sędziego. Jest to więc ten sam schemat, który już zarysował się przy pierwszym zetknięciu ze światem społecznym. Ojciec występuje w oczach dziecka jako absolutny władca i absolutny sędzia. Ten obraz jakby się odradza w późniejszym życiu w wypadku konfliktów z otoczeniem. Wydaje się bowiem, że najwięcej konfliktów ze środowiskiem społecznym powstaje właśnie na tle władzy i osądzania. (...) A władza nad drugim człowiekiem jest jedną z najsilniejszych i najniebezpieczniejszych ludzkich żądz* (2002, s. 210-211).

Lęk moralny – wiąże się z systemem kary i nagrody. Nagrodą za utrzymanie porządku moralnego jest poczucie spokoju i wewnętrznego ładu, natomiast karą za naruszenie moralnego porządku jest właśnie doświadczanie lęku. Kępiński dzieli się ciekawymi obserwacjami jako lekarz i filozof: *Wydaje się, że istnieje jakaś naturalna moralność przyrody, której także człowiekowi naruszyć nie wolno. W typologii ludzkiej syntonicy lub cyklotymicy są jakby bliżej natury, ich stosunek do otaczającego świata jest współbrzmiący, poczucie rzeczywistości jest u nich silniejsze niż u ludzi z kręgu przeciwnego – akustycznych, schizotymnych, którzy przeciwstawiają się otaczającemu światu, walczą z nim i chcą go przekształcać* (2002, s. 117-118). W występowaniu zaburzeń psychicznych ogromną rolę odgrywa niepokój sumienia, ważne staje się przywrócenie jego spokoju. Porządek moralny jest bowiem najwyższą formą



integracji ludzkiej aktywności, a dezintegracja z kolei prowadzi do śmierci (w sensie metaforycznym lub dosłownym).

Lęk dezintegracyjny – prowadzi do utraty orientacji w świecie; człowiek ma poczucie rozchwiania systemu wartości, zaczyna zachowywać się chaotycznie i impulsywnie. Można więc powiedzieć, że lęk dezintegruje czynności psychiczne. To, co powoduje ponowną integrację, to wyznaczanie celu. Cel podporządkowuje sobie różne aktywności człowieka: porządkuje jego hierarchię wartości, usprawnia podejmowanie decyzji i orientację w świecie. *Między lękiem a dezintegracją istnieje zależność typu błędnego koła, lęk zwiększa dezintegrację, a dezintegracja zwiększa lęk (lęk dezintegracyjny). Jeśli więc dzięki wyznaczeniu celu zmniejsza się dezintegrację, to tym samym zmniejsza się lęk* (2002, s. 246). Kolejną ważną kwestią przy omawianiu tego rodzaju lęku jest zasada, iż w przyrodzie wszystko się zmienia, „płynie”. Ludzie, którzy są elastyczni, łatwo dostosowują się do zmian, są mniej lękowi niż ci, którzy żyją w sposób usztywniony, nazbyt uporządkowany. Ci drudzy doświadczając lęku w sytuacji, która zaburza ich „porządek”, mogą doświadczyć tego lęku jako korzyści. Mimo, że jest to nieprzyjemne, kryzysowe doświadczenie, to ten lęk spełnia pozytywną, ostrzegawczą rolę, by uwolnić się z „usztywnienia”. Brak zmiany bowiem jest zjawiskiem niezgodnym z dynamiką przyrody, prowadzącym do patologii. Jeśli zaś chodzi o konkretny lęk przed śmiercią, to jest on tym silniejszy, im krótszy jest czas do wystąpienia zgonu. Kępiński wymienia trzy niezbędne elementy do podtrzymania metabolizmu energetycznego ustroju – jest to tlen, woda i pożywienie. Brak tlenu najszybciej, bo w sekundach doprowadza do śmierci i wiąże się z odczuwaniem najsilniejszej reakcji lękowej. Brak wody liczony jest w godzinach, a brak pożywienia w dniach. Lęk jest tutaj słabszy niż w przypadku braku tlenu, przybiera często postać niepokoju połączonego z rozdrażnieniem i nastawieniem agresywnym.

Podsumowując powyższe rozważania należy podkreślić wartość wiedzy o lęku, która została przekazana przez Kępińskiego, szczególnie w odniesieniu do zaburzeń i chorób psychicznych (opisał m.in. lęk anankastyczny, hipochondryczny, depresyjny, schizofreniczny, urojeniowy). Jako wrażliwy na cierpienie innych lekarz pozwala on zobaczyć w chorych człowieka, wzbudza autentyczne współczucie. Wskazuje, iż sposobem na ukojenie lęku jest drugi człowiek.

1.2.4. Koncepcja lęku jawnego i ukrytego Raymonda B. Cattella

Twórcy koncepcji lęku dotychczas przedstawieni w niniejszej pracy mierzyli się z opisywaniem zjawiska lęku w sposób jakościowy. Cattell oraz nawiązujący do jego badań



Spielberger (któremu będzie poświęcony kolejny podrozdział), podjęli się ilościowego zbadania lęku za pomocą konkretnych narzędzi pomiarowych.

Cattell jest badaczem osobowości skoncentrowanym na metodach ilościowych, jednak nie zawęziło to innych jego zainteresowań zjawiskami psychologicznymi. Podstawowym narzędziem, którego używał w celu wyjaśniania różnych problemów jest analiza czynnikowa, tworząca pewien uporządkowany system. Przy jej pomocy uzyskiwał zmienne wyjaśniające ludzkie zachowania, co jest podłożem jego teorii osobowości. Rozpatruje on osobowość w kontekście tzw. „cech dynamicznych”, które można statystycznie zmierzyć i zinterpretować. Przez 40 lat swojej pracy badawczej wydał ogromną ilość publikacji, które – oprócz pomiaru cech psychicznych tworzących osobowość – dotyczyły też takich dziedzin jak psychologia eksperymentalna, społeczna czy genetyka (Hall, Lindzey, 1990). Kwestionariusz do badania reakcji lękowych zwanych *Arkuszem Samopoznania*, opracował on na podstawie stworzonego przez siebie *Dużego Inwentarza Osobowości*, zawierającego 16 czynników, będących wymiarami osobowości. Dla zbadania każdego czynnika powstała lista 20-30 pytań. Poszczególne wymiary osobowości są między sobą niezależne, a każdy składa się z zespołu dwubiegunowych cech i schematów zachowania człowieka, oznaczanych jako „+” bądź sama litera przypisana do danego czynnika (lewy biegun) oraz „-” (prawy biegun). Autor wyodrębnił pięć biegunów osobowości skłonnej do reakcji lękowych, a każdy z nich posiada charakterystyczne cechy: („Q3-”) – gnuśność i niezadowolenie z siebie; („C-”) – słabość Ego; („L”) – skłonność do reakcji paranoidalnych; („O”) – poczucie winy; („Q4+”) – niezaspokojenie silnych popędów i pragnień (Siek, 1983). Następnie wybrał z *Inwentarza Osobowości* te pytania, które dotyczyły lęku i przeprowadził badania na grupie ponad 3000 osób. Po analizie czynnikowej i statystycznym opracowaniu materiału badawczego, wyizolował listę pytań o najwyższej wartości diagnostycznej, badającej tzw. „czynnik lęku”. Dalsza praca naukowa Cattella przy współudziale Scheiera, zaowocowała właśnie stworzeniem *Arkusza Samopoznania* oraz załączonego do niego podręcznika, którego pierwsza wersja powstała w 1957 roku. Autorzy podają w nim, iż kwestionariusz służy do badania zarówno reakcji lękowych, jak i reakcji niepokoju. Głównie chodzi o możliwość zbadania lęku „bliżej nieokreślonego”, a nie strachu czy lęku przed czymś konkretnym. Jeżeli tej metody użyje się raz lub dwa – daje to obraz lęku jako stanu. Natomiast zastosowanie jej kilka razy w dłuższych odstępach czasu pozwala na opisanie lęku w kategoriach cech osobowościowych. Drugą istotną korzyścią jaką daje to narzędzie pomiarowe, jest możliwość zmierzenia niepokoju jawnego, którego człowiek świadomie doświadcza oraz niepokoju ukrytego, manifestującego się dopiero w charakterystycznych dla lęku zachowaniach, z których jednak człowiek nie zdaje sobie



sprawy. Nie identyfikuje ich jako symptomy lękowe, tylko raczej jako pewne cechy osobowościowe. Autorzy podają, jakie konkretne cechy i postawy świadczą o przeżywaniu lęku jawnego oraz ukrytego. W pierwszym przypadku osoby doświadczają samych siebie jako „nerwowych” w porównaniu z innymi, zużywającymi mniej energii w stanach napięcia i wzburzenia (które to towarzyszą im, czyli nerwowym, znacznie częściej). Mają oni też wrażenie „tracenia głowy”, utraty kontroli nad emocjami i nieadekwatną ocenę sytuacji, a ponadto uskarżają się na problemy z zasypianiem i niespokojny sen. Jeśli chodzi o drugi przypadek – świadczą o nim symptomy, które na pozór nie kojarzą się z lękiem, takie jak: nagłe zmiany zainteresowania ludźmi czy rozrywkami, doświadczanie różnych odcieni złości (frustracja, zazdrość, niechęć do ludzi), nieumiejętność przyjmowania krytyki, godzenia się z czyjąś odmową, odczuwaniem dyskomfortu w sferze somatycznej (na pozór trudne do wyjaśnienia bóle różnych części ciała, dolegliwości gastryczne, kardiologiczne i inne). Kwestionariusz bada powyższe przejawy lęku, a także niektóre objawy wyodrębnionych przez Cattella pięciu, wymienionych wcześniej, biegunów osobowości lękowej. Cattell i Scheier nie podają wprost, czy kwestionariusz bada objawy lęku dotyczące powyższych biegunów, czy też zespoły reakcji składających się na całe wymiary osobowości. Dlatego też te pięć biegunów powinno się badać wraz ze wszystkimi pytaniami całej szesnastoczynnikowej wersji kwestionariusza (Siek, 1983). Jeśli chodzi o rzetelność i przydatność *Arkusza Samopoznania*, to jego autorzy zamieścili dane dotyczące jego wysokiej rzetelności oraz dowody potwierdzające, iż narzędzie to: *dobrze różnicuje grupy osób normalnych od nerwicowców* (1983, s. 287). Szczególnie widać tę różnicę na przykładzie czynnika C. Osoby „normalne” cechuje siła Ego (polegająca na stałości uczuć, kontroli emocji, przewidywalności zachowań), posiadanie życiowego realizmu oraz takich cech jak: cierpliwość, lojalność, liczenie się z normami społecznymi i kulturowymi, sumienność, doprowadzanie spraw do końca. Neurotyk natomiast jest zmienny w uczuciach, pobudliwy, hipochondryczny, użalający się nad sobą, zamartwiający, niedbały, łatwo porzucający to, co robi, nie liczący się z moralnością i normami, niedojrzały. W obrębie czynnika Q3 osoba pozbawiona cech neurotycznych charakteryzuje się samokontrolą i siłą woli, na co składają się takie zachowania jak: trwałość zainteresowań, realizm w planowaniu, wytrwałość w pokonywaniu przeszkód, nie dociekanie „co myślą o nich inni”, umiejętność odpoczywania, nie ma nerwowych nawyków (typu obgryzanie paznokci), nie jest uciążliwa. Neurotyk natomiast przejawia cechy przeciwstawne do powyższych, zebrane pod hasłem „gnuśność i niezadowolenie z siebie”. Jeśli chodzi o czynnik L, to osoba funkcjonująca w sposób zrównoważony potrafi się odprężyć, jest ufna, ugodowa, akceptująca innych. Osoba neurotyczna reaguje paranooidalnie, ma tendencje do wycofywania się z relacji,



jest zazdrosna, podejrzliwa, napięta, agresywna na zewnątrz (najczęściej w sposób bierny), często wrogo nastawiona do otoczenia. Czynniki O dotyczą w obszarze zdrowia takich cech jak: ufność wobec siebie, zdolność do wystarczania samemu sobie, aktywność, otwartość, życzliwość wobec innych, ale też – gdy okoliczności tego wymagają – stanowczość i ostrożność. Neurotyk przeżywa nadmiarowe poczucie winy, jest niepewny wobec siebie, przewrażliwiony, podejrzliwy, często doświadczający uczucia osamotnienia. Ostatnim czynnikiem jest Q4, dotyczący napięcia w obszarze potrzeb i popędów. Osoba neurotyczna ma wysokie napięcie niezaspokojonych potrzeb i popędów, trudno jej odzyskać spokój po jakimś trudnym przejściu, nie czuje się dobrze przystosowana, ma problemy ze snem oraz objawy somatyczne przed wykonaniem trudnego zadania. W ogólnym zarysie osoby skłonne do reakcji i zachowań neurotycznych są przez Cattella określane jako „osobowości źle zorganizowane”, „osobowości zależne” (Cattell, 1957; za: Siek, 1983, s. 292). Jeśli chodzi o genezę reakcji lękowych, autor stoi na stanowisku, iż: *lęk jest determinowany strukturą fizjologiczną organizmu, temperamentem, co wiąże się z trudnościami sublimacji silnych popędów u niektórych osób. Im wyższe napięcie popędów jednostki, silniejsza ich frustracja i mniejsza nadzieja na zaspokojenie, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji lękowych* (Cattell, 1966, za: Siek, 1983, s. 295).

Autorem tłumaczenia polskiej wersji *Arkusza Samopoznania Cattella* jest Hirszel (1959). W Polsce istnieją różne wersje interpretacji wyników badań dokonywanych za pomocą tego kwestionariusza. Należy podchodzić do nich ostrożnie i starać się oceniać „ogólne nasilenie reakcji lękowych”, bez określania szczegółowych grup tychże reakcji, gdyż kwestionariusz ten nie posiada dobrze opracowanych norm, rzetelności i trafności na materiale polskim (Siek, 1983).

1.2.5. Koncepcja lęku jako stanu i jako cechy Charlesa D. Spielbergera

Wspomniany już Spielberger w swojej koncepcji lęku oparł się na badaniach przeprowadzonych przez Cattella i Scheiera. Rozróżnienie lęku jako stanu i jako cechy pojawiło się w 1958 roku w wyniku prac obu badaczy nad rozumieniem natury lęku w oparciu o materiał empiryczny. Określili oni lęk jako „stan” wówczas, gdy mamy do czynienia ze zmiennością wyników w zależności od sytuacji; jak wspomniano w poprzednim podrozdziale – kiedy badanie wykona się raz lub dwa. Lęk jako „cecha” natomiast dotyczy różnic indywidualnych, czyli przy badaniu osoby kilka razy w dłuższych odstępach czasu; można w ten sposób ustalić jej profil osobowościowy. Spielberger rozszerzył i doprecyzował stanowisko swoich poprzedników. W pierwszym przypadku określa on lęk jako: *zmienny stan emocjonalny*



jednostki, charakteryzujący się od strony subiektywnej jako przeżywanie napięcia i obawy, któremu towarzyszy wzmożona aktywność autonomicznego układu nerwowego. Intensywność tego stanu napięcia i obawy jest ciągle zmienna (za: Siek, 1983, s. 303). Natomiast lęk jako „cecha” czy też „dyspozycja” jest według Spielbergera rozumiana jako indywidualna, osobowościowa (a więc osadzona na głębszym poziomie) tendencja do przeżywania stanów lękowych w sytuacji zagrożenia czy stresu. Autor postrzega tę „dyspozycję” w kategoriach ukrytego potencjału, który zostaje uruchomiony przez konkretne bodźce, okoliczności wyzwalające reakcję lękową. Ta „dyspozycja” do zachowania się w sposób lękowy ma swoje źródło w historii danej osoby. Jej doświadczenia z przeszłości wiążące się z lękiem powodują, że aktualnie przeżywane, podobne w swym działaniu bodźce nakładają się na te wcześniejsze, wyzwalając silną reakcję. Spielberger uważa, że można też używać analogii do pojęć funkcjonujących w fizyce. Energia kinetyczna odpowiada zjawisku lęku rozumianego jako stan – czyli dotyczy sposobu reagowania niepokojem w określonym momencie. Natomiast energia potencjalna kojarzy się z lękiem jako cechą, inaczej – pewną gotowością do odczuwania stanów lękowych o określonej sile (co wynika z różnic osobowościowych). Autor obserwował to podczas wykonywania badań – zauważył bowiem, że osoby o silnej gotowości do przeżywania stanów lękowych w sytuacji nieznanej i zagrażającej (np. w czasie wykonywania testów na inteligencję), ujawniają znacznie intensywniejsze reakcje lękowe niż osoby reagujące adekwatnie (Siek, 1983).

Spielberger również stworzył narzędzie do pomiaru lęku jako stanu aktualnego i jako cechy, nazywany *Kwestionariuszem bądź Inwentarzem Ch. D. Spielbergera*.

1.3. Uwarunkowania lęku

Poprzednie podrozdziały pozwoliły przyjrzeć się naturze lęku zarówno okiem obserwatora, jak i badacza używającego konkretnych metod. Wyniki tego typu badań przemawiają za rozróżnieniem między somatycznymi a poznawczymi objawami lęku. „Somatyczna hiperaktywność” przejawia się fizjologicznie w postaci pocenia się, rumienienia, płytkiego oddechu, kołatania serca, dyskomfortu odczuwanego w jamie brzusznej, czy bólami o różnym nasileniu. „Lęk poznawczy bądź psychiczny” wiąże się z doświadczaniem przede wszystkim natrętnych myśli, ruminacji, napięcia mięśniowego, niepokojem, zamartwianiem się (Lewis, Haviland-Jones, 2005, s. 721). Jednak wśród badaczy zjawiska lęku nie ma jednoznacznej odpowiedzi czy lęk jest wrodzony, czy nabyty w procesie socjalizacji. Twórcy przedstawionych wcześniej koncepcji (szczególnie Kępiński), próbują łączyć zarówno



biologiczne, jak i socjologiczne podłoże lęku. W dalszej części zatem zostaną opisane podmiotowe i społeczne czynniki warunkujące powstawanie lęku.

1.3.1. Czynniki podmiotowe

Reakcje związane ze strachem i lękiem pochodzą z systemu alarmowego, ukształtowanego w procesie ewolucji. Ma on za zadanie chronić każdy żywy organizm przed zagrożeniem, przez uruchomienie reakcji współczulnych, odpowiedzialnych za walkę lub ucieczkę. Są to reakcje fizjologiczne, zwane obronnymi (Lewis, Haviland-Jones, 2005). W ostatnim dziesięcioleciu dokonał się znaczący postęp w neurobiologii zaburzeń lękowych. Obecnie wiadomo, iż w mózgu osoby reagującej adekwatnie do bodźca znajdują się dwa szlaki strachu. Jeden, związany z ciałem migdałowatym, nazywany jest szybkim, dzięki czemu możliwa jest natychmiastowa ucieczka w sytuacji zagrożenia. Drugi – wolniejszy – kontrolowany jest przez korę przedczołową i powoduje przekaz sygnałów nerwowych o kilka milisekund dłużej. Dzięki temu zachodzi interpretacja sytuacji, czy bodziec wywołujący strach rzeczywiście jest groźny, bo jeśli nie, to kora przedczołowa spowalnia gwałtowną aktywację ciała migdałowatego. Jest ono głównym ośrodkiem „obwodu strachu / lęku” i funkcjonuje w połączeniu z podwzgórzem, miejscem sinawym i hipokampem (Bourne, 2011). Starsze koncepcje wyjaśniające wzbudzenie reakcji obronnych, zakładały aktywizację tzw. układu siatkowatego (LeDoux, 1998). Układ ten – będący neuroanatomicznym podłożem emocji – rozciąga się w pniu mózgu od międzymózgowia do rdzenia przedłużonego, a następnie rdzenia kręgowego i posiada dwie drogi przewodzenia neuronalnego. Kierunek wstępujący odpowiada za czucie, percepcję, czuwanie i świadomość, natomiast zstępujący – za koordynację ruchów i kontrolę układu autonomicznego. Przeprowadzono badania, które dowodzą, że istnieją korelacje między pobudliwością układu siatkowatego a typem osobowości. Według Strelaua (2002), Kagan wraz ze współpracownikami (1994) podjął się pomiaru temperamentu w warunkach laboratoryjnych u małych dzieci. Na podstawie sytuacji wzbudzających lęk (np. rozłąka z matką czy kontakt z nieznanymi osobami, czy przedmiotami), opisał temperament zahamowany (wysokoreaktywny) i niezahamowany (niskoreaktywny). Jest to powiązane z pobudliwością m.in. układu siatkowatego, współczulnego i limbicznego (a w nim ciała migdałowatego i podwzgórze). Kagan przy budowaniu swej koncepcji inspirował się zwłaszcza teorią introwersji-ekstrawersji Eysencka (1970). Daje to obraz, iż u introwertyków twór siatkowaty łatwo ulega pobudzeniu, w związku z czym nie szukają oni silnych wrażeń na zewnątrz. U ekstrawertyków jest odwrotnie, więc dla utrzymania wysokiej aktywności mózgu potrzebują oni zewnętrznej stymulacji. Kagan w badaniach podłużnych dzieci w wieku od



dwóch miesięcy do siedmiu lat wykazał, że już u najmłodszych widać temperament zahamowany (wysokoreaktywny) cechujący się nieśmiałością, powstrzymywaniem od okazywania emocji oraz temperament niezahamowany (niskoreaktywny), kiedy dziecko w tych samych warunkach jest spontaniczne, nie boi się. Jest tutaj pewna analogia do różnic indywidualnych obserwowanych w świecie zwierząt, zwłaszcza małp, które mają przewagę tendencji do unikania bodźców, bądź zbliżania się do nich. Ponadto powyższe kategorie temperamentu zdefiniowane przez Kagana *przypominają dwa Pawłowowskie typy układu nerwowego. Temperament zahamowany to słaby typ układu nerwowego, zaś temperament niezahamowany to typ silny, zapewne zrównoważony* (Strelau, 2002, s. 216).

Przy omawianiu obwodów nerwowych uruchamianych w sytuacji zagrażającej, nie sposób pominąć roli podwzgórza, kierującego układem autonomicznym (ośrodkami współczulnymi i przywspółczulnymi). W efekcie organizm dysponuje trzema rodzajami reakcji obronnych: ucieczka, obrona z elementami strachu oraz wściekłość (atak) bez domieszki strachu. Pomocny tutaj jest pobudzony autonomicznie układ hormonalny produkujący hormony stresu, głównie adrenalinę i kortyzol. Dzięki temu możliwe jest zachowanie samoobronne. Wszelkie zmiany fizjologiczne pod wpływem działania hormonów mają zwiększyć skuteczność obrony i szanse organizmu na przeżycie. Fizjologicznymi reakcjami samoobronnymi są m.in.: skurcz mięśni i żołądka (aby krew i energia skierowane były do mięśni), szybsza praca serca i płuc, wyostrenie wzroku, płyny fizjologiczne (np. ślina) wracają do krwioobiegu, skóra poci się, aby ochłodzić rozgrzane pracą mięśnie. W efekcie pojawiają się somatyczne objawy lęku, takie jak: ból brzucha, nudności, napięciowy ból mięśni, drżenie, kołatanie serca, duszność, ból w klatce piersiowej, zawroty i napięciowe bóle głowy, suchość w ustach, częste oddawanie moczu, osłabienie fizyczne (Lazarus, Colman, 2001).

1.3.2. Czynniki społeczne

Liczne badania dowodzą, iż ludzie żyjący w społeczeństwie zachodnim w obecnych czasach doświadczają dużo więcej stresu, niż miało to miejsce w jakiegokolwiek innej historycznej epoce (Bourne, 2011). Tłumaczy to gwałtowny wzrost zaburzeń lękowych. Mimo, iż poszczególne osoby mają różne, indywidualne czynniki predysponujące do reakcji lękowych, to jednak stres jest najważniejszym, łączącym wszystkich ludzi zjawiskiem generującym lęk. Na kartach historii spotyka się dowody na to, że ludzie od wieków konfrontowali się z trudnymi, nieraz nieludzkimi warunkami życia w społeczeństwie, takimi jak wojny, zarazy, okresy głodu, klęsk żywiołowych czy kryzysów gospodarczych. Istnieją jednak argumenty potwierdzające tezę, iż obecnie ogólny poziom stresu przewyższa poprzednie



stulecia. Przede wszystkim dzieje się tak za sprawą szybkich i dynamicznych zmian w rozwoju techniki. Zmieniło się nasze środowisko, porządek społeczny, stosunek do pracy. Co więcej – zmiany cywilizacyjne zachodzą tak gwałtownie, że ludzie nie nadążają z przystosowaniem się do nowych warunków (Bourne, 2011). Szczególnie starsze pokolenia doświadczają alienacji, poczucia zagubienia i dezorientacji w „przebudzonym” świecie, pełnym technicznych nowości.

Narastający stres jako zjawisko społeczne obniża odporność organizmu, stąd większa zachorowalność na choroby cywilizacyjne (m.in. nowotwory, cukrzycę, otyłość, depresję). Aktualnie na świecie doświadczamy zjawiska pandemii. Mimo, że zarazy i epidemie dziesiątkowały ludzi od wieków, to obecnie za sprawą środków masowego przekazu lęk przed chorobą urasta do irracjonalnych rozmiarów. Narasta też społeczna izolacja potęgująca lęk. Nie chodzi tylko o społeczny dystans z powodów oczywistych, jakimi są ograniczenia epidemiologiczne, ale o izolację psychiczną; ludzie zaczynają odczuwać zmęczenie, brak wsparcia, podejrzliwość, wręcz wrogość do siebie nawzajem. Stąd tak ważne jest selekcjonowanie informacji. Pozytywnym elementem tego co się dzieje jest budzenie się coraz większej świadomości, jak my – jako ludzie – degradujemy nasze środowisko wraz z rozwojem cywilizacji. Kolejnymi ważnymi czynnikami społecznymi generującymi lęk są: nieprzewidywalność sytuacji ekonomicznej, a także coraz większe zagrożenie terroryzmem. Jak pisze Bourne w przedmowie do książki pt: *Lęk i fobia* (2011, s.XII): *Od strachu przed konkretnymi rzeczami lęk różni się tym, że jest reakcją na niejasne, niepewne lub nieokreślone zagrożenie, a właśnie taki charakter ma zagrożenie ze strony terroryzmu.* Ponadto pojawia się coraz większy chaos w kwestii hierarchii wartości i norm; brakuje tu spójnego systemu obejmującego wartości zarówno społeczne, jak i religijne. W obszarze duchowym ludzie zaczynają odczuwać coraz większą pustkę, co przekłada się na poczucie osamotnienia oraz brak znaczących, życiowych celów. *W obliczu natłoku niezgodnych ze sobą światopoglądów i standardów prezentowanych przez środki masowego przekazu, ludzie muszą radzić sobie z odpowiedzialnością tworzenia własnego sensu i własnego porządku moralnego* (Bourne, 2011, s. 1). O lęku społecznym (przed izolacją) i lęku moralnym (w związku z uwewnętrznieniem głosu społecznego) pisał dużo wspomniany wcześniej Kępiński. W świetle powyższych argumentów dotyczących tworzenia się moralnej próżni oraz na podstawie obserwacji własnej w pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi można pokusić się o stwierdzenie, że o wiele silniejszym lękiem niż ten związany z naruszeniem norm, jest lęk przed wewnętrzną pustką, brakiem bezpiecznych ram i kierunku. Ludzie uzależnieni często zagłuszają taki rodzaj lęku egzystencjalnego substancjami psychoaktywnymi czy nałogowymi zachowaniami. Sfera



duchowa jest też integralnie związana z obszarem relacji i bliskości, o czym szczególnie wyraźnie traktowała Horney w swej koncepcji neurotycznego lęku. Według niej wszystkie wewnętrzne konflikty, których doświadcza jednostka w relacji ze światem zewnętrznym byłyby łatwiejsze do zniesienia, gdyby dziecko od początku wychowywało się w domu oferującym wartości takie jak: miłość, serdeczność, zaufanie, tolerancja, szacunek czy bezpieczeństwo (za: Hall, Lindzey, 2002). Człowiek miałby wówczas wewnętrzny potencjał do radzenia sobie z nieuniknionymi przecież problemami, których rozwiązywanie byłoby rozwojowe. Tymczasem współcześni ludzie, przygnieceni coraz większym ciężarem szeroko pojętego lęku (o czym świadczy właśnie wzrost zaburzeń lękowych w społeczeństwie) wychowują kolejne pokolenia osób lękowych. Neurotyczne matki „zaszczepiają” w swoim stylu wychowawczym ten neurotyzm swoim dzieciom. Co więcej – obserwuje się nasiloną tendencję do rozpadania się rodzin, głównie z powodów ekonomicznych, emigracji, ale też szeroko pojętego kryzysu wartości. Nie sposób wymienić wszystkich czynników społecznych generujących lęk. Coraz większa ich skala powoduje, że ludziom trudniej jest spokojnie i harmonijnie żyć. Tempo i złożoność życia społeczeństwa postindustrialnego powoduje, że lęk jest i będzie nieodłącznym elementem życia. Trzeba nauczyć się rozumieć jego źródła, odczytywać informacje jakie niesie (przed czym ostrzega) oraz oswajać go i pokonywać, a w przypadku poważniejszych problemów – czyli zaburzeń lękowych – należy korzystać z profesjonalnej pomocy.

1.4. Charakterystyka zaburzeń lękowych

Zdaniem Bourne’a (2011), w latach 90. XX wieku problemy na podłożu lęku i napadów paniki urosły do rozmiarów epidemii. Ostatnie dziesięciolecie pokazuje, że tendencja ta utrzymuje się, a nawet narasta; szczególnie w obliczu nowych globalnych zagrożeń, takich jak niestabilność gospodarcza czy terroryzm. W wymienionej wcześniej pozycji tego autora, dzieli się on wiedzą dotyczącą badań przeprowadzanych na społeczeństwie amerykańskim (przez National Institute of Mental Health), które wykazały, że: *zaburzenia lękowe są najczęstszym problemem zdrowia psychicznego wśród amerykańskich kobiet, a przypadku mężczyzn ustępują miejsca tylko nadużywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (...). Prawie co czwarta osoba dorosła będzie cierpiała na zaburzenia lękowe w jakimś okresie swojego życia* (Bourne, 2011, s. 1). Zdaniem Carsona i współpracowników (2003), co trzecia kobieta i co piąty mężczyzna może cierpieć na przynajmniej jeden z następujących zaburzeń lękowych: ataki paniki, fobie, zespół lęku uogólnionego oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Na podstawie najnowszych danych (Linghiardi, McWilliams, 2019) u kobiet ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych jest dwukrotnie większe niż u mężczyzn. Wiąże się to z wieloma



czynnikami, m.in. hormonalnymi (w tym takie zdarzenia jak ciąża, menopauza) czy kulturowymi (z przekazem dla roli kobiety, aby potrzeby innych przedkładała nad własne). Według Rzewuskiej (2006) zaburzenia lękowe należą do najczęstszych zaburzeń psychicznych, a na ich leczenie przeznaczano jedną trzecią budżetu przewidzianego na opiekę dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto też często zdarza się, że tacy pacjenci są niewłaściwie leczeni, gdyż ze względu na nadużywanie leków czy innych substancji psychoaktywnych oraz próby samobójcze, leczeni są doraźnie, a właściwa diagnoza stawiana jest często po wielu latach choroby (s. 101). Zaburzenia lękowe dlatego należą do najbardziej rozpowszechnionych, ponieważ ich podłożem jest lęk jako reakcja organizmu na niebezpieczeństwo bezpośrednie lub symboliczne (Leder, Siwiak-Kobayashi, 2003, s. 349). Jednak w zaburzeniach lękowych reakcje te są często przesadzone, irracjonalne, trudne do wytłumaczenia. Różnią się od normalnego lęku na trzy sposoby. Przede wszystkim zaburzona reakcja lękowa (np. w ataku paniki) jest intensywniejsza i trwa o wiele dłużej niż sytuacja wyzwalająca go (nawet miesiącami) i finalnie może prowadzić do fobii, czyli utrwalonych wzorców reagowania, utrudniających funkcjonowanie na co dzień (Bourne, 2011).

Jeśli chodzi o główne przyczyny zaburzeń lękowych to warto podkreślić, iż wśród ekspertów zdarzały się dość uproszczone teorie zakładające jedną z dwóch dróg rozumowania: biologiczną lub psychologiczną. W rzeczywistości te przyczyny nakładają się na siebie, trudno powiedzieć, która jest „pierwsza” czy dominująca. Według Bourne’a: *Natura i wychowanie wchodzą z sobą w interakcje. Zaburzenia biologiczne mogą być uruchamiane przez stres lub czynniki psychologiczne, problemy psychologiczne mogą z kolei pozostawać pod wpływem wrodzonych dysfunkcji biologicznych* (2011, s. 33). Podobnego zdania jest Rzewuska, która stoi na stanowisku, iż: *zaburzenia lękowe powstają w wyniku interakcji między specyficzną podatnością osobniczą, czynnikami psychospołecznymi i oddziaływaniem środowiska* (2006, s. 101).

Poniżej (w Tabeli 1.1) znajduje się zestawienie obu sposobów rozumienia podłoża dla rozwoju zaburzeń lękowych.



Tabela 1.1. Główne przyczyny zaburzeń lękowych

BIOLOGICZNE	PSYCHOLOGICZNE
<p>1) Dysfunkcja określonych struktur mózgu: m.in. ciało migdałowate i miejsce sinawe – uruchamianie różnych obwodów w mózgu w zależności od zaburzenia lękowego, np. napady paniki, fobie i lęk uogólniony angażują inny obwód w mózgu niż zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (stąd OCD zostało w DSM-5 zaklasyfikowane jako odrębna kategoria zaburzeń);</p> <p>2) Znaczenie genów: gen transportera serotoniny na chromosomie 17 – wariant krótki tego genu powoduje dwukrotnie szybszą aktywację ciała migdałowatego niż u osób z wariantem długim, co skutkuje większą wrażliwością na bodźce, uwarunkowaną genetycznie;</p> <p>3) Zaburzenia funkcji w układach neuroprzebieżności: serotonergicznym, noradrenergicznym, dopaminergicznym, GABA-ergicznym;</p> <p>4) Klasyczne warunkowanie wielu bodźców tzn. skojarzenie ich z doświadczaniem lęku – tworzenie nawyków lękowych;</p> <p>5) Czynniki fizyczne/schorzenia: wytwarzają symptomy doświadczane jako lęk, m.in. nadczynność tarczycy, zespół Cushinga, hipoglikemia, epilepsja.</p>	<p>1) Predyspozycje osobowościowe: wysokie wyniki w skalach neurotyzmu i introwersji, nadmierna czujność;</p> <p>2) Uwarunkowania wczesnego dzieciństwa: traumatyzujące doświadczenia, styl wychowania;</p> <p>3) Wykształcenie nieprzystosowawczych postaw: np. wobec stresu, trudnych wydarzeń losowych;</p> <p>4) Konflikty psychiczne: np. wypieranie gniewu;</p> <p>5) W obszarze poznawczym: system destrukcyjnych przekonań osobistych (tzw. „mowa wewnętrzna”);</p> <p>6) W obszarze emocjonalnym: upośledzona zdolność do nazywania i wyrażania uczuć;</p> <p>7) Brak poczucia kierunku i celu; pustka egzystencjalna.</p>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Bourne, 2012; Rzewuska, 2006.

Aktualna klasyfikacja zaburzeń związanych z lękiem opiera się na systemie klasyfikacji chorób DSM-5 i ICD-10 (od 1 stycznia 2022 obowiązywać będzie ICD-11). Istnieje również kryterium PDM-2 diagnozy psychodynamicznej. Bardzo ważna zmiana nastąpiła w kontekście zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i traumatycznych – obecnie traktowane są jako odrębne grupy diagnostyczne (jak wspomniano wcześniej, podłożem tych zmian jest inny biologiczny układ struktur mózgu). Wśród innych zmian pojawiło się m.in. dodanie zaburzeń pozorowanych do grupy z objawami somatycznymi. Poniżej znajduje się zestawienie klasyfikacji (Lingiardi, McWilliams, 2019, s. 357-358).



Kryteria klasyfikacji ICD-10

- F40-48. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
- F40. Zaburzenia lękowe w postaci fobii
 - ◆ .0. Agorafobia (z napadami paniki i bez nich)
 - ◆ .1. Fobie społeczne
 - ◆ .2. Specyficzne (izolowane) postaci fobii
- F41. Inne zaburzenia lękowe
 - ◆ .0. Zaburzenie lękowe z napadami paniki (lęk paniczny)
 - ◆ .1. Zaburzenie lękowe uogólnione
 - ◆ .2. Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
 - ◆ .3. Inne mieszane zaburzenie lękowe
- F42. Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (nerwica natręctw)
 - ◆ .0. Zaburzenie z przewagą myśli czy ruminacji natrętnych
 - ◆ .1. Zaburzenie z przewagą czynności natrętnych
 - ◆ .2. Myśli i czynności natrętne, mieszane
- F63. Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)
 - ◆ .3. Trichotillomania

Kryteria klasyfikacji DSM-5

- Zaburzenia lękowe
 - ◆ F40.2x. Fobie swoiste
 - ◆ F40.1. Społeczne zaburzenia lękowe (fobia społeczna)
 - ◆ F41.0. Zaburzenie paniczne
 - ◆ F40.00. Agorafobia
 - ◆ F41.1. Zaburzenie lękowe uogólnione
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i pokrewne
 - ◆ F42. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
 - ◆ F45.22. Cieleśne zaburzenie dysmorficzne
 - ◆ F42. Zbieractwo patologiczne (taki sam kod jak w przypadku OCD)
 - ◆ F63.3. Trichotillomania
 - ◆ L98.1. Kompulsywne drapanie skóry



Leczenie zaburzeń lękowych wymaga holistycznego modelu oddziaływań, aby dotrzeć do różnych poziomów funkcjonowania pacjenta. Dobór metody i stworzenie planu leczenia wymaga gruntownego wywiadu dotyczącego głębokości zaburzenia lękowego oraz obecności współistniejących zaburzeń osobowości, chorób psychicznych czy somatycznych. Bardzo ważną, często pomijaną w wywiadzie kwestią jest zdiagnozowanie ryzyka uzależnienia. Dla osób nieuzależnionych leczących się w związku z zaburzeniami lękowymi istnieje zagrożenie uzależnienia lekami z grupy benzodiazepin. Osoby uzależnione natomiast doświadczają lęku wynikającego z osiowych objawów uzależnienia, który może maskować lub nasilać inne problemy psychiczne. Utrudnia to właściwą diagnozę oraz może stanowić ryzyko samobójstwa. Ponadto osoby te również są zagrożone uzależnieniami krzyżowymi (np. alkohol i dodatkowo leki przeciwlękowe) lub zamianą jednej substancji psychoaktywnej na inną, co podtrzymuje nadal schemat uzależnienia. Leczenie zaburzeń lękowych na poziomie biologicznym dotyczy głównie odpowiednio dobranej farmakoterapii. Według Rzewuskiej (2006) najczęściej stosowane są: trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD), selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) oraz serotoniny i noradrenaliny (SNRI), pochodne benzodiazepiny, leki przeciwhistaminowe (głównie hydroksyzyna), leki przeciwpadaczkowe, buspiron (agonista receptorów serotonergicznych), leki z grupy antagonistów receptorów beta-adrenergicznych (wpływających na objawy autonomiczne lęku) oraz leki ziołowe. Na poziomie psychologicznym leczenie wymaga szeroko pojętych oddziaływań z zakresu pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej (np. techniki desensytyzacji, pozwalające osłabić skojarzenie między lękiem a sytuacją, która go wyzwała). Zdaniem Bourne'a (2011) opierającego swe wnioski na własnej praktyce zawodowej – kluczowe znaczenie dla radzenia sobie z lękiem patologicznym ma umiejętność relaksacji i budowania osobistego dobrostanu, opartego na równowadze wewnętrznej i rozwijaniu sfery duchowej.

1.5. Psychospołeczne funkcjonowanie osób lękowych

Osoby reagujące lękiem w sposób nadmiarowy doświadczają zaburzeń funkcjonowania w różnych obszarach swojego życia. Aby bliżej się temu przyjrzeć, warto sięgnąć do teorii motywacji Masłowa (Zimbardo, 1999). Teoria ta zakłada istnienie „motywacji braku” (w której jednostka dąży przede wszystkim do odzyskania równowagi psychicznej, gdy jest ona zachwiana) oraz „motywacji wzrostu” (gdy jednostka dąży do pełnej realizacji swojego potencjału, a nie tylko do wyrównania deficytów). Masłow traktował te motywacje jako przeciwstawne. Zgodnie z tą teorią osoby motywowane chęcią rozwoju reagują pozytywnie na lęk, niepewność czy wzrost napięcia, jeżeli jest to droga do doskonalenia się, osobistego



rozwoju. Pokonywanie trudności uodparnia człowieka i buduje jego poczucie wartości. Aby się rozwijać, ludzie muszą zaspokajać swoje potrzeby, ułożone w tzw. piramidę potrzeb – od prymitywnych, fizjologicznych, po potrzeby wyższego rzędu. Tylko człowiek, który jest syty, bezpieczny, kochany i kochający może być pewny swojej wartości, a co za tym idzie – twórczy i rozwijający się w wymiarze duchowym. Teoria Masłowa opisuje choroby związane z niezaspokojonymi potrzebami – nazywa je metapatologią i zalicza tutaj nerwice oraz psychozy. Choroby te mają u swojego podłoża niedobory o charakterze duchowym i egzystencjalnym, wynikające z niezaspokojenia takich potrzeb jak: potrzeba bezpieczeństwa, przynależności, uznania i szacunku. Osoby doświadczające takich braków nie mogą realizować swoich możliwości w pełni, przez co żyją w poczuciu nieautentyczności i zatracenia Ja. To co istotne z perspektywy rozumienia osób neurotycznych to fakt, iż osoby te zawsze cierpią – same z sobą i w relacjach społecznych – i są przez to pozbawione energii do rozwoju oraz do rozpoznawania, że w ogóle się rozwijają. Ich życie zdefiniowane jest przez „motywację braku”.

Wspomniana już Horney wnikliwie opisała, w jak destrukcyjny sposób osoby neurotyczne wyrównują sobie owe braki w zaspokajaniu ważnych potrzeb. Uważa ona (za: Hall, Lindzey, 2002), że jest to widoczne już w dzieciństwie. Wszystko, co może zakłócać poczucie bezpieczeństwa dziecka w relacji z rodzicami, wywołuje lęk podstawowy. Dziecko pełne lęku, wzrastające w poczuciu zagrożenia, jest zmuszone rozwinąć różne strategie poradzenia sobie z uczuciem bezradności i izolacji. Może np. wybrać postawę wrogą wobec tych, którzy go zaniedbują czy odrzucają albo przeciwnie – uległą, aby zasłużyć na miłość. Może uczyć się „kupować” miłość innych, zdobywać ją siłą, manipulacją lub wzbudzeniem współczucia. Może też – w celu kompensacji poczucia niższości – zbudować wyidealizowany obraz siebie, sztuczny i nierealistyczny. Z biegiem czasu, gdy dziecko nie może zapewnić sobie bycia kochanym – uczy się zdobywać przynajmniej władzę nad innymi. Dzięki temu czuje się mniej bezradne, znajduje ujście dla złości będącej wyrazem skrzywdzenia. W relacjach może przejawiać tendencję do wykorzystywania innych, rywalizacji (w której liczy się wyłącznie „smak zwycięstwa”) lub skierowania swojej agresji do wewnątrz i dewaluowania siebie w akcie autodestrukcji. Każda z powyższych strategii może stać się dominującym elementem w osobowości oraz *może przybrać charakter popędu czy potrzeby w dynamice osobowości* (Hall, Lindzey, 2002, s. 170). Horney stworzyła listę dziesięciu potrzeb, które stają się finalnie podłożem zaburzonych relacji interpersonalnych. Autorka nazywa je „neurotycznymi”, ponieważ nie prowadzą do rozwiązania problemów w relacjach, a tylko je pogłębiają. Stają się źródłem wewnętrznych konfliktów i są potrzebami „nienasyconymi”; kluczowa dla zdrowienia wydaje się zatem ich autodiagnoza.



Są to następujące potrzeby (za: Hall, Lindzey, 2002, s. 170-171):

1. Neurotyczna potrzeba uczucia i uznania;
2. Neurotyczna potrzeba posiadania „partnera”, który weźmie w swe ręce życie danej osoby;
3. Neurotyczna potrzeba zamykania swego życia w wąskich granicach;
4. Neurotyczna potrzeba władzy;
5. Neurotyczna potrzeba wykorzystywania innych;
6. Neurotyczna potrzeba prestiżu;
7. Neurotyczna potrzeba podziwu własnej osoby;
8. Neurotyczna ambicja dotycząca osobistych osiągnięć;
9. Neurotyczna potrzeba samowystarczalności;
10. Neurotyczna potrzeba perfekcji i nienaruszalności.

Lingiardi i McWilliams (2019) opisują wzorce relacji osób z zaburzeniami lękowymi. Na bazie lęku przed odrzuceniem osoby te mogą prezentować:

1. Postawę „przywierania” do innych w poszukiwaniu otuchy;
2. Tendencję do reagowania nieadekwatnym poczuciem winy lub unikaniem winy poprzez obarczanie nią innych;
3. Przejawy konfliktów wewnętrznych dotyczących zależności (manifestujących się somatycznie np. jako duszenie się);
4. Postawę naprzemiennego zbliżania się i oddalania na bazie lęku przed bliskością i odrzuceniem.

Eysenck (1992) opisał też postawę nadmiernej czujności u osób lękowych. Poznawczo przejawia się ona w postaci selektywnej uwagi (tylko bodźce wiążące się z niebezpieczeństwem), a także licznych i szybkich spojrzeń na zasadzie przeszukiwania pola widzenia. Nadmierna czujność może też prowadzić do przesadnej ostrożności i podejrzliwości w relacjach. Według Eysencka nadmierna czujność jest elementem podatności na zaburzenia lękowe. Jeśli chodzi o wzorce poznawcze osób lękowych, Lingiardi i McWilliams (2019) podają, iż osoby te mają autodestrukcyjny system przekonań osobistych, irracjonalne przekonania dotyczące zagrożeń (np. przed utratą ukochanej osoby, doznaniem obrażeń, katastrofą, ubóstwem czy umieraniem). Ponadto w obszarze poznawczym osoby lękowe



doświadczają też takich trudności jak: słaba pamięć i koncentracja, problemy ze skupianiem uwagi, podatność na dystraktory rozpraszające uwagę. Wszystko to osłabia ich poczucie wartości i tożsamości; prowadzi do postawy unikania, wycofywania się, utraty okazji do społecznego awansu, rozwoju. Osoby z podwyższonym lękiem doświadczają też często nieprzyjemnych stanów somatycznych (np. napięcie, pocenie się dłoni, ucisk wokół głowy, nagła potrzeba oddania moczu czy wypróżnienia się, duszności, a także nadmierne pobudzenie fizjologiczne). W skrajnych przypadkach pojawiają się powikłania zaburzeń lękowych w postaci depersonalizacji bądź derealizacji (poczucie odłączenia się od swojego ciała lub od rzeczywistości).

W obliczu tylu cierpień i trudności w codziennym funkcjonowaniu osób lękowych, zrozumiała wydaje się skłonność tych osób do uzależnień. Jest to sposób na uśmierzenie stanów lękowych, ale na głębszym poziomie jest to też jeden z przejawów autodestrukcji. Istotnym wskaźnikiem funkcjonowania osób lękowych jest to, w jaki sposób subiektywnie doświadcza takiego pacjenta terapeuta w procesie psychoterapii. W reakcji przeciwprzeniesieniowej może on czuć potrzebę nadmiernego zaangażowania w tę relację, otaczania troską pacjenta, chronienia go. Na dalszym etapie relacji terapeutycznej, gdy terapeuta staje się obiektem identyfikacji projekcyjnej, może on odczuwać frustrację, zmęczenie, przytłoczenie osobą pacjenta, co w przypadku cięższych zaburzeń może prowadzić terapeuta do gwałtownej potrzeby uwolnienia się z tej relacji. Powyższe trudności znalazły odzwierciedlenie w klinicznej obserwacji, iż: *wszelkie objawy, wzorce zachowań lub treści myślenia będą bardzo odporne na zmiany, jeśli służą do obrony przed doświadczaniem lęku przed unicestwieniem* (Lingiardi, McWilliams, 2019, s. 249). Warto w tym miejscu ponownie przytoczyć ważne wnioski Bourne'a (2011), wynikające z jego doświadczeń w pracy z osobami neurotycznymi. Według niego podatność na zaburzenie lękowe wiąże się z zagubieniem w życiu kierunku i celu. Zaobserwował, że jest to podatny grunt do rozwoju fobii i napadów paniki, co pokazuje, że teoria Maslowa dotycząca metapatologii czy przejawy fatalizmu egzystencjalnego Freuda, to wciąż aktualne tematy. Również May używał terminu „lęk egzystencjalny” na określenie tego lęku, który blokuje urzeczywistnienie swojego potencjału: *Jest to niewyraźne poczucie napięcia, znudzenia, może nawet cichej rozpacz, które wynika stąd, że z takiego czy innego powodu nie jesteś tym wszystkim, czym możesz być* (Bourne, 2011, s. 345). W obecnych czasach może się to kojarzyć z uwięzieniem w sytuacji na pozór bez wyjścia, np. związek bez przyszłości, praca bez perspektyw czy w ogóle brak pracy i relacji. Dla osoby lękowej wyjście z takiej sytuacji jest zbyt dużym ryzykiem, dlatego tkwi ona w poczuciu ograniczenia. Bourne opisuje w swej praktyce terapeutycznej, że dla pacjentów z zaburzeniami lękowymi przełomem



było odkrycie duchowości, która daje wewnętrzny spokój, pogodę ducha i doświadczenie miłości bezwarunkowej. U pacjentów uzależnionych taki przełom następuje, gdy stają się oni częścią wspólnoty (AA, grupa terapeutyczna), gdzie mogą sobie wzajemnie pomagać i pracować nad osobistym rozwojem według konkretnego planu, który daje bezpieczne ramy. Pomoc w poszukiwaniu sensu życia osobom lękowym powinna być azymutem w strategii pomagania.

Powyższe refleksje niech posłużą jako płynne przejście do drugiego rozdziału, dotyczącego poczucia jakości życia.



Rozdział 2. Problematyka poczucia jakości życia

Poprzedni rozdział dotyczący problematyki lęku oraz zaburzeń lękowych, kończy się konkluzją dotyczącą znaczenia poczucia sensu i celowości życia jako warunku zdrowia, czy poradzenia sobie z chorobą. Niniejszy rozdział pozwoli bliżej przyjrzeć się temu, co składa się na szeroko rozumiane poczucie jakości życia. Jest to niejednoznaczna, wieloaspektowa „idea”, czy też „konstrukt”, których zasadniczą istotę – czyli poczucie „szczęśliwości” – próbowano zgłębiać od czasów starożytnych. We współczesnej literaturze można spotkać poruszające, podobne w swym tonie wypowiedzi odnoszące się do tego tematu: *Człowiekowi dano tylko jedno życie. To jak je przeżyje, w dużej mierze zależy od niego samego. Własne życie można przegrać, przespać, przebałaganić, zniszczyć, a nawet próbować je unicestwić, ale można również przeżyć je godnie, po ludzku, w miłości dla kogoś, dla Boga, dla drugiego człowieka* (Głaz 1998, s. 5). *Życie ludzkie może mieć różną jakość. Człowiek może przeżyć swoje życie „dobrze” lub „źle”, „godnie” lub „podle”, wspaniale lub nędznie, może je uczynić wartościowym lub pozbawić sensu* (Tomaszewski, 1972, za: Bera 2008, s. 55). Pojęcia: sens życia oraz jakość życia wiążą się ze sobą i dotyczą realizacji celów życiowych, odpowiadają na pytanie: *Po co i jak żyć?* (Rybczyńska 1998, Wrzesień 2001, za: Dębska, 2006, s. 110).

W kolejnych częściach rozdziału pojawi się próba zdefiniowania poczucia jakości życia, spojrzenie na tę problematykę przez pryzmat kilku wybranych koncepcji psychologicznych. Następnie zostaną poddane analizie podmiotowe i społeczne determinanty jakości życia. Na koniec pojawi się podrozdział dotyczący jakości życia osób uzależnionych od alkoholu.

2.1. Kwestie terminologiczne

Podejście do tematu poczucia jakości życia, sposób jego rozumienia, definiowania czy badania ukształtowało się od starożytności do czasów współczesnych. Demokryt, Sokrates, Platon czy Arystoteles – każdy z nich na swój subiektywny sposób mierzył się z określeniem poczucia szczęścia, opartego na wartościowym, roztroptym życiu, w którym należy dążyć do rozwijania cnót oraz osiągnięcia ideałów, takich jak prawda, dobro i piękno. Rozumienie szczęścia interesowało nie tylko filozofów, ale i tzw. „zwykłych ludzi”, czemu wnikliwie przyglądał się Tatarkiewicz w swym traktacie: *O szczęściu*. Według niego istotą szczęścia jest *pełne, trwałe i uzasadnione zadowolenie z życia, oparte na uzyskaniu dodatniego bilansu życia*. Jest to inaczej doświadczanie przewagi pozytywnych emocji oraz intelektualna pozytywna ocena tego, co jest źródłem zadowolenia (Tatarkiewicz, 1962, za: Bera, 2008, s. 59). Jednak



poczucie szczęścia nie do końca oddaje to, co pomieszcza termin: „Poczucie jakości życia”. Potrzeba ukonkretnienia, usystematyzowania tego pojęcia mocno wybrzmiewała w latach 60. XX wieku.

Rozpowszechnił się wówczas nurt zwany psychologią humanistyczną, którego rozkwit przypada na przełom lat 50. i 60. „Psychologia humanistyczna” jako nazwa nowego kierunku pojawiła się oficjalnie w literaturze naukowej w 1961 roku, kiedy to Maslow – czołowy jej przedstawiciel, twórca teorii potrzeb – zainicjował pismo: *Journal of Humanistic Psychology*. Funkcjonujące w owym czasie pojęcie „Trzeciej siły w psychologii” odnosiło się do środowiska amerykańskich psychologów. Próbowali oni przeciwstawić się „dwóm siłom” wiodącym w pierwszej połowie XX wieku – czyli behawioryzmowi i psychoanalizie. Uznano, że zachowania człowieka nie można sprowadzić do biologicznego funkcjonowania, działania pod wpływem instynktów. Zachowanie człowieka jest zdeterminowane przez czynniki zewnętrzne jedynie we wczesnych fazach rozwoju. Natomiast człowiek dorosły sam może decydować czy ulegać siłom popędowym, czy też samemu określać swoją przyszłość. Byt człowieka jest więc celowy, nastawiony na przeżywanie i spełnienie, a sam człowiek jest istotą wolną, zdolną do podejmowania decyzji według wyznawanych przez siebie wartości oraz biorącą odpowiedzialność za swoje życie. Psychologia humanistyczna zaczęła akcentować zdolność człowieka do rozwoju, samorealizacji, „stawania się”. Podkreślano znaczenie ludzkiej świadomości, działania intencjonalnego oraz potrzeby transcendencji. Można zatem przyjąć, że humaniści próbowali zintegrować możliwe sposoby poznania człowieka, usiłując zarazem odpowiedzieć na najistotniejsze egzystencjonalne pytania: *Czy możemy poznawać siebie?; Do czego warto dążyć?; Dlaczego bywa, że jest nam źle, doświadczamy przykrych uczuć, cierpienia?; Jak możemy pomóc sobie i innym, aby wykorzystać maksymalnie swój potencjał?* Psychologia humanistyczna nie formułuje nowej definicji człowieka, raczej ukazuje drogę do rozumienia go jako jednostkę myślącą, czującą, działającą, ukierunkowaną na wartości i relacje (szczególnie związki interpersonalne uznano za kluczowe w zaspokajaniu ludzkich potrzeb). W tym miejscu warto podkreślić interesujące spostrzeżenie humanistów dotyczące tego, że „ucieczka od ludzi” jest zwykle zapowiedzią patologii, a ustępowanie choroby wiąże się z powracaniem do relacji (Głaz, 1993; Derc, 1995).

Początkowo używano pojęcia „jakość życia” głównie do ekonomicznego określenia warunków bytowych. Wiązało się to z kulturą amerykańską, która w połowie lat 60. wytyczała wskaźniki tzw. „życia na poziomie”. W literaturze dotyczącej tego tematu pojawia się rok 1964, w którym po raz pierwszy Johnson, prezydent Stanów Zjednoczonych, użył pojęcia „jakość życia” w swoim politycznym wystąpieniu (Heszen-Niejodek, 1996). Od tego czasu



prowadzono badania nad różnymi – nie tylko ekonomicznymi – wskaźnikami jakości życia. Jak podaje Bera (2008), „jakość życia” jako kategoria znalazła swoje miejsce w naukach społecznych wówczas, gdy zaczęto dostrzegać jaki wpływ ma funkcjonowanie jednostki na pogarszanie się warunków pracy i egzystencji. Nawet wśród mieszkańców bogatego Zachodu wykazano w badaniach poczucie niezadowolenia, apatii czy nawet depresji w związku z doświadczaniem płytkości, czy bylejakości życia (Dziubacka, 2004, za: Bera, 2008). Do dziś jednak nie funkcjonuje jedna, wyczerpująca definicja opisywanego w tym rozdziale zjawiska. Jakość życia określana jest raczej przez pryzmat różnych obszarów problemowych.. *Wielowymiarowość ludzkiego życia i indywidualność każdej jednostki powodują, iż bardzo trudne staje się jednoznaczne określenie treści rozumianej pod pojęciem jakości życia. W konsekwencji prawie każda dyscyplina nauki zajmująca się tą problematyką wprowadza własne ujęcia, wyznaczniki czy sposoby oceny* (Juczyński 2004, za: Chodkiewicz, 2012, s. 78). Konkretnie i syntetycznie ujmuje to Bera (2008, s. 55) w oparciu o różne źródła: *Psycholog interesuje jakość życia w kontekście poczucia zadowolenia, szczęśliwości czy też dobrostanu (...). Socjolog skupia najczęściej uwagę na stopniu zaspokojenia potrzeb człowieka i postrzeganiu osiągniętego standardu życia przez przedstawicieli różnych grup zawodowych (...). Dla pedagoga istotna staje się kwestia celów i dążeń życiowych wyznaczających kierunek rozwoju jednostki.*

W psychologicznym ujęciu jakości życia można powiedzieć, że opierano się na głównych hasłach psychologów humanistycznych. Dla przykładu, Rybczyńska (1998, s. 19) sugeruje aby uznać, iż *jakość życia stanowi zintegrowany system czynników motywacyjno-dążeńiowych, u podłoża których tkwią potrzeby i wartości ludzkie, poziom jakości życia uzależniony jest od oczekiwań indywidualnych i społecznych, od rodzaju aktywności jednostki i jej wyborów życiowych, wszystkie te cechy mają wpływ na samoocenę człowieka i jego samorealizację. Podsystem ten, w połączeniu z przestrzenią życia człowieka, wywiera wpływ na poczucie sensu życia, ten z kolei – na jego jakość.* Podobnie przedstawia to Chodkiewicz (2012, s. 79), syntetyzując stanowisko wielu poprzedników: *Jakość życia w ujęciu psychologicznym można próbować określać jako stopień zaspokojenia materialnych i niematerialnych potrzeb jednostki. W takim rozumieniu jej poziom pozostaje w związku ze sferą motywacyjną i ważne staje się porównanie stanu posiadania z przyjętymi przez osobę standardami.* Z kolei Zimny (2000, za: Bera, 2008, s. 56) proponuje powiązać zaspokojenie potrzeb z koncepcją rozwoju osobowości. Według niego jakość życia opiera się na zaspokojeniu głównie potrzeb bezpieczeństwa: społecznego i ekonomicznego, psychicznego oraz biologicznego. To wszystko, co zostało powyżej opisane w kwestii potrzeb stanowi o



subiektywnym poczuciu jakości życia. Natomiast u Tomaszewskiego (1984, za: Bera, 2008, s. 56; Chodkiewicz, 2012, s. 81) można spotkać się z obiektywnymi kryteriami jakości życia, w ramach tzw. bogactwa przeżyć. Zawiera ono cztery czynniki: świadomość, aktywność, twórczość i umiejętność współżycia człowieka z innymi ludźmi. Jeszcze inaczej obiektywne warunki kształtujące jakość życia przedstawia Dziubacka (2004, za: Bera, 2008, s. 56). Zalicza ona tutaj: warunki ekonomiczne (m.in. odpowiednie warunki mieszkaniowe), bezpieczeństwo społeczne, środowisko naturalne i społeczne godne człowieka, a także zdrowie i czas wolny. W rozumieniu subiektywnym postrzega ona jakość życia w kategoriach zadowolenia, szczęścia, nadziei, lęku oraz samotności. Widać zatem, że w ujęciu psychologicznym oprócz subiektywnego i obiektywnego spojrzenia na jakość życia, można przyjąć perspektywę poznawczą i emocjonalną. Dla przykładu Ogińska-Bulik i Juczyński (2008, za: Chodkiewicz, 2012, s. 80) podają, iż w aspekcie poznawczym jakość życia poddaje się ocenie tzw. poziomu zadowolenia z życia, natomiast w aspekcie emocjonalnym uwzględnić należy, iż komponent afektywny może być traktowany jako „cecha” i jako „stan”. Jeżeli „szczęście” wyraża się poprzez pozytywny stan uczuciowy, trwający dłuższy czas – to jest to rozumiane przez autorów jako cecha. Natomiast emocje przyjemne i nieprzyjemne, które przemijają, traktowane są jako stan. Nieco inaczej – ale również w aspekcie poznawczym i przeżyciowym – wypowiada się Kowalik (1995, za: Bera, 2008, s. 57). Według niego o jakości życia świadczy osiągnięcie satysfakcji w trzech wymiarach: 1) doświadczanie niezależności – tu jakość życia rozpatruje się na poziomie intrapersonalnym; 2) możliwość swobodnego dokonywania wyborów – poziom interpersonalny; 3) nieograniczony dostęp do dóbr w otoczeniu – poziom społeczny poczucia jakości życia.

Rozpatrując jakość życia w perspektywie bliższej socjologii można, za Rumińskim (2004), mówić o wymiarze społeczno-ekonomicznym, czy też aksjologicznym, obejmującym szeroko rozumiane poczucie zadowolenia i bezpieczeństwa, wyrażające się m.in. w stosunku do wartości, norm i zasad społecznych. Można tu wymienić to, co składa się na tzw. porządek etyczny, np. poszanowanie praw człowieka, formy ochrony zdrowia, zapewnienie pracy, zaspokojenie biologicznych potrzeb, rozłożenie odpowiedzialności itp. (Rumiński, 2004, s. 95). Liczne badania społeczne pokazały, jakie elementy ludzkiej egzystencji składają się na doświadczanie satysfakcji życiowej. Bera (2008) podaje obszerne dane na podstawie amerykańskiego i polskiego społeczeństwa. W pierwszym przypadku – w oparciu o badania przeprowadzone przez Campbella i Converse`a już w 1967 roku – hierarchia czynników wpływających na zadowolenie z życia obejmowała kolejno: satysfakcję z małżeństwa, życia rodzinnego, zdrowia, sąsiedztwa, przyjaźni, prac domowych i wykonywanej pracy zawodowej.



Czynnikami składającymi się na niezadowolenie były odpowiednio: brak oszczędności, niski poziom wykształcenia, niski standard życia, mała użyteczność posiadanego wykształcenia. W drugim przypadku, czyli w Polsce – na podstawie badań Kasprzaka (2005), Rosmusa (2005), Wołowskiej (2005), Wciórki (2006, 2007) i Czapińskiego (2007) – *podważono stereotypową opinię, że jesteśmy największymi malkontentami na świecie* (za: Bera, 2008, s. 62). Od roku 1988 do 2006 zwiększył się odsetek osób uważających się za „szczęściarzy” z 18% do 33%, co wynika z przeobrażeń społecznych. W grudniu 2006 roku *co trzeci Polak zaliczał się do grona ludzi szczęśliwych* (Bera, 2008, s. 62), czemu sprzyjały czynniki związane z wyższą pozycją społeczno-ekonomiczną (np. wyższe wykształcenie pozwalające na zajmowanie kierowniczych stanowisk, lepsze warunki bytowe, zamieszkiwanie w aglomeracjach miejskich). Osoby uważające się za „pechowe” podawały jako źródło takiego stanu rzeczy kolejno: złe warunki materialne, bezrobocie, rozwód, a także zamieszkiwanie wsi – dane statystyczne dowiodły, że *wśród rolników wyjątkowo niewiele osób uważa się za ludzi szczęśliwych* (Bera, 2008, s. 62). Wciórka (2007, za: Bera, 2008, s. 63) na podstawie przeprowadzonych w latach 1994-2006 badań satysfakcji życiowej Polaków podaje, iż największy procent odpowiedzi dotyczy życia rodzinnego (94% osób deklarowało jako ważny element satysfakcję z posiadania dzieci, a 85% z małżeństwa). Na drugim miejscu są osoby zadowolone z miejsca zamieszkania (77%), na trzecim – ze stanu swojego zdrowia (56%). Najmniej satysfakcji Polacy doświadczają w obszarze ekonomicznym (zadowolenie z warunków bytowych zgłaszało 46% respondentów, natomiast z dochodów i sytuacji finansowej tylko 22%). Pomimo to jednak *poziom zadowolenia z tych aspektów życia był najwyższy w ostatnich dwunastu latach*.

Spojrzenie na jakość życia z perspektywy pedagogicznej prezentował głównie Suchodolski (1987, za: Bera, 2008), stawiający ważne pytanie: *Jakim być?*, stanowiące o sensie istnienia. Według jego koncepcji człowiek ma wpływ na kształtowanie swojego życia poprzez świadome i uważne jego przeżywanie, co pozwala się rozwijać, wzmacniać swoje sprawstwo, „stawanie się kimś” dla siebie i innych. Takie powinny być zadania wychowawcze skierowane do młodych osób, stojących na progu poznawania świata. Drugim autorem wypowiadającym się w podobnym tonie jest Bańka (1995, za: Bera, 2008, s. 57), traktujący jakość życia w kontekście zadań rozwojowych i wypełniania przez człowieka określonych życiowych ról. Takie podejście zakłada oczywiście pojawianie się kryzysów, których pokonywanie jest jednak rozwojowe. Człowiek całe życie funkcjonuje na zasadzie oscylowania między dwoma biegunami: szczęście/nieszczęście, satysfakcja/jej brak, sens życia/bezsens. Autor tej koncepcji w oparciu o badania podaje też istotne konkluzje: *Żaden z obiektywnych czynników życia nie wyjaśnia subiektywnej jakości życia, jak też te same obiektywne wydarzenia życiowe*



mogą zwiększyć lub zmniejszyć poczucie szczęścia. Czyli, że ani zasoby ekonomiczne (finansowe), ani zasoby osobowości nie są same w sobie wartością determinującą jakość życia, ale są jedynie drogą lub narzędziem osiągnięcia szczęścia. (...) Szczęście, dobrostan i jakość życia – to efekt rozwoju jednostki. W tym miejscu podkreślić należy rodzaj paradoksu polegający na tym, iż wartościowe, „dobre” życie nie oznacza, że będzie ono hedonistyczne, wolne od wysiłku, pokonywania trudności, gdyż te właśnie aspekty stanowią o rozwoju, osiągnięciu dojrzałości człowieka. W dziejach literatury, sztuki czy innych dziedzin związanych z kreatywnością istnieje wiele przykładów świadczących o tym, że wysoka jakość życia osób twórczych nie wiąże się z wewnętrzną równowagą, zadowoleniem, satysfakcją, radością istnienia. Paradoksalnie – poczucie (a może częściej poszukiwanie) sensu życia u niektórych twórców bywa powiązane z towarzyszącymi im dylematami, wątpliwościami, brakiem harmonii czy poczuciem wewnętrznego rozbitcia (Bartosz, 2006, s. 89-90). Szerzej jeszcze będzie o tym traktować dalsza część pracy, dotycząca koncepcji Dąbrowskiego i Straś-Romanowskiej.

Jak widać w powyższych rozważaniach, trudno o jedną, uniwersalną definicję poczucia jakości życia – stąd różne koncepcje ujmowania tego złożonego zjawiska. Wielość definicji wynika z różnych paradygmatów badawczych. W zależności od kontekstu przeprowadzonych badań, definicje mogą dotyczyć pewnych obszarów życia np. zdrowia lub pracy. Mogą też mieć charakter holistyczny, np.: *Takie radzenie sobie w życiu, w jaki pragnęlibyśmy sobie z nim radzić* (Dziurowicz-Kozłowska, 2002, s. 82) lub: *Wszystkie dziedziny dobrostanu człowieka, jakie są dla niego ważne* (Berzon, 1997, za: Chodkiewicz, 2012, s. 79). Oprócz wielości definicji, w literaturze przedmiotu można spotkać wiele modeli jakości życia. Zdaniem Chodkiewicza (2012, s. 83), jednym z bardziej znanych przykładów jest model holistyczny Schalocka, który proponuje sprowadzić jakość życia do funkcjonowania w ośmiu sferach, takich jak: dobrostan fizyczny i emocjonalny, samostanowienie, indywidualne prawa jednostki, zabezpieczenie materialne, relacje, przynależność społeczna oraz rozwój osobisty.

Niezależnie jednak od tego, ile trudności i niespójności wynika z konceptualizacji omawianego zjawiska, istnieją pewnie stałe, wspólne dla wszystkich ujęć założenia (Chodkiewicz, 2012, s. 81):

1. Jakość życia składa się z kilku obszarów:
 - fizyczny (stan somatyczny, sprawność funkcjonalna, objawy fizyczne);
 - psychologiczny (funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne);
 - społeczny (relacje, poziom integracji, pełnienie ról społecznych, wsparcie).
2. Jakość życia zależy od indywidualnej oceny – to człowiek jako podmiot stanowi najistotniejsze źródło informacji.



3. Jakość życia jest dynamiczna – zależy od czynników wewnętrznych i zewnętrznych oraz zmienia się na przestrzeni czasu.

2.2. Wybrane psychologiczne koncepcje jakości życia

W nawiązaniu do poprzedniego podrozdziału i podjętych prób opisanego zmagania nad zdefiniowaniem poczucia jakości życia, podkreślić należy interdyscyplinarność tego zagadnienia oraz szeroki wachlarz ujęć i kryteriów wykorzystywanych do stworzenia jego jak najpełniejszego obrazu. *Jakość życia utożsamiana jest nie tylko ze szczęściem, ale również z takimi określeniami, jak subiektywny dobrostan (subjective well-being), zadowolenie z życia, dobrobyt i satysfakcja z życia, co bardzo utrudnia konceptualizację tego pojęcia oraz porównywanie uzyskanych wyników badań* (Chodkiewicz, 2012, s. 78). Ze względu na trudności w ocenie i pomiarach poczucia jakości życia, powstało wiele teorii (np. eudajmonistyczne czy hedonistyczne), wewnątrz których tworzono modele, ułatwiające przyjrzenie się poszczególnym elementom składowym omawianego zjawiska. W dalszej części przedstawione zostaną teorie: Veenhovena, Czapińskiego, Fredrickson, Dąbrowskiego i Straś-Romanowskiej.

2.2.1. Teoria potrzeb Ruuta Venhovena

Jednym ze sposobów definiowania szczęścia rozumianego jako synonim poczucia jakości życia, jest perspektywa związków przyczynowo-skutkowych. W tym sensie można rozpatrywać związek między materialną stroną życia a jego jakością (w psychologicznym ujęciu szczęścia). Większość teorii hedonistycznych opiera się na takiej właśnie zależności. Wyróżnia się tutaj co najmniej dwa nurty: „dół-góra”, który zakłada, że szczęście jest uzależnione od pomyślności w życiu oraz „góra-dół” na zasadzie odwrotności, to znaczy, że pomyślność wynika z osobistego poczucia szczęścia (Klebaniuk, 2006, s. 96). O pierwszym nurcie Czapiński (2004, s. 52-54) pisze następująco: *Ujęcie „dół-góra” zakłada, że poczucie szczęścia jest funkcją różnorodnych satysfakcji częściowych i przeżyć emocjonalnych wynikających zarówno ze stałych, jak i zmiennych okoliczności życia. Im więcej zarabiamy, im więcej z sukcesem inwestujemy, im więcej posiadamy, słowem, im lepsza jest nasza sytuacja materialna, tym bardziej jesteśmy z niej zadowoleni i tym szczęśliwsi. O drugim nurcie „góra-dół” ten sam autor mówi, że im jesteśmy szczęśliwsi, tym bardziej różowe są okulary, przez które oceniamy poszczególne aspekty własnego życia i tym bardziej satysfakcjonują nas sprawy, rzeczy, sytuacje, na które mniej pogodni ludzie zwykli narzekać. Oznacza to, że pewne osobiste cechy – takie jak pogoda ducha, optymizm, inklinacja pozytywna, posiadanie nadziei*



– decydują o sposobie interpretowania tej samej rzeczywistości przez dwie różne osoby. Autor podkreśla, że cechy te (składające się na ogólne zadowolenie) są wypadkową wyposażenia genetycznego, wychowania człowieka lub innych okoliczności. *Cokolwiek ci się przytrafi, jeśli tylko jesteś osobą szczęśliwą – będziesz szczęśliwy, jeśli jesteś osobą nieszczęśliwą – pozostaniesz nieszczęśliwy.*

Pierwszy nurt „dół-góra” wpisuje się w tzw. „teorię potrzeb”. Najbardziej znana jest wspominana już wcześniej teoria hierarchii potrzeb Masłowa. Autor zakłada w niej, że zaspokojenie potrzeb materialnych w 80%, pozwala człowiekowi na zaspokojenie wyższych niż biologiczne potrzeb związanych z własnym rozwojem (Klebaniuk, 2006, s. 97). Współczesną tego typu teorią uznawaną za najbardziej wpływową, jest koncepcja Veenhovena (1984). Czapiński (2004, s. 54-62), opisujący sedno tej koncepcji podaje, iż w rozumieniu Veenhovena szczęście uzależnione jest od zaspokajania potrzeb, a narzędziem do tego służącym są pieniądze. Oznacza to, że o dobrostanie psychicznym decyduje przede wszystkim poziom dochodów. Zabezpieczenie finansowe – zdaniem autora koncepcji – pozwala na spełnienie warunków niezbędnych do przeżycia, czyli na zaspokojenie potrzeb podstawowych w piramidzie Masłowa. Jeżeli człowiek jest syty, może się leczyć, chronić się przed zimnem czy innymi zagrożeniami – to wzrasta jego poczucie zadowolenia. Veenhoven poszedł dalej sugerując, że jeśli ludzie osiągną podstawowy poziom zaspokojenia potrzeb, a przy tym nadal zarabiają – to dzięki finansom mogą realizować kolejne wyższe potrzeby. Mówi tutaj o możliwości doświadczania bardziej luksusowych warunków życia, np. lepszy, bezpieczniejszy samochód, obcowanie ze sztuką i kulturą, korzystanie z atrakcyjnych form wypoczynku, wreszcie zdobycie wyższej pozycji społecznej, co oznacza szerszy zakres posiadanej władzy czy uznania. Badania jednak nie potwierdziły jednoznacznie tej hipotezy. Okazało się, że po zaspokojeniu potrzeb pierwszego rzędu w zasadzie słabnie lub zanika zależność między dochodami a poczuciem szczęścia. Ludzie syty, zdrowi i bezpieczni wcale nie czuli się jeszcze bardziej optymistyczni i usatysfakcjonowani na skutek dalszego bogacenia się. Autor wykazał co prawda, że osoby ubogie w krajach bogatych są szczęśliwsze od osób ubogich zamieszkujących kraje biedne ze względu na większe możliwości socjalnej opieki. Pojawia się jednak kluczowy problem: konsumpcjonizm, wzrost zanieczyszczenia środowiska, rosnąca przestępczość, osłabienie więzi skutkujące rozwodami, nastawieniem nieufnym i podejrzliwym wobec ludzi, także osłabienie sił psychicznych człowieka w postaci większej tendencji do uzależnień, depresji, samobójstw. Wiele badań potwierdziło obserwacje, jakoby materialści byli mniej szczęśliwi od osób pozbawionych materialistycznych tendencji. Badania wzrostu zamożności obywateli w okresie 1995-2003 pokazały, że równocześnie z owym wzrostem



wręcz nasiliły się postawy materialistyczne w myśl zasady, że im więcej pieniędzy ludzie posiadają, tym bardziej absorbuje ich pomnażanie majątku. Według Veenhovena, czynnikiem neutralizującym takie niekorzystne zjawiska jest indywidualizm jednostki. Bogatsze kraje dają swoim mieszkańcom większy wybór i swobodę, także wobec autorytetów. Do takich „szczęśliwych” narodów należą Amerykanie oraz Japończycy. Drugą natomiast ważną kwestią jest posiadanie układu odniesienia, to znaczy, że pieniądze mają uszczęśliwiać w sytuacji, gdy ich wzrost jest szybszy niż w przeszłości oraz większy niż rosnące dochody sąsiadów. To jednak jest zgodne nie tyle z teorią potrzeb, co inną kategorią – teorią porównań (za: Czapiński, 2004).

2.2.2. Cebulowa teoria szczęścia Janusza Czapińskiego

We wstępie książki: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Czapiński (2004) podkreśla dysproporcję w historii psychologii, polegającą na eksponowaniu głównie negatywnych, patologicznych zjawisk psychicznych. O pozytywnych aspektach życia psychicznego mówiło się niewiele. Dla zobrazowania – na 21 artykułów o emocjach negatywnych przypadał tylko jeden artykuł o pozytywnym ujęciu emocji (Myers, 2001, za: Czapiński, 2004, s. 8). Pionierem w pozytywnym podejściu okazał się Seligman (1996), rozpoczynający zresztą swoją naukową karierę od badania zjawisk negatywnych, takich jak wyuczona bezradność czy atrybucyjna teoria depresji. Seligman zapoczątkował nurt oparty na eudajmonicznej idei Arystotelesa, promujący dobre życie człowieka oparte na mocnych jego stronach oraz na poszukiwaniu głębszego sensu. Czapiński jest polskim reprezentantem psychologii pozytywnej. Stara się łączyć zarówno nurt eudajmonistyczny, jak i nurt hedonistyczny, dając obraz dwóch uzupełniających się perspektyw, czy też „recept” dobrego życia. Co ważne – zwraca on też uwagę na słabość psychologii humanistycznej („czwartej siły w psychologii” obok behawioryzmu, psychoanalizy oraz kognitywizmu), której zabrakło solidnego podparcia w badaniach ilościowych. O psychologii pozytywnej, która wyrosła na humanistycznej, pisze autor następująco: *Psychologia pozytywna (...) stosuje rzetelne metody badań, nie stroni od eksperymentów laboratoryjnych i ilościowych analiz statystycznych. Dzięki temu oferuje wiedzę, a nie tylko nadzieję, zachętę, literacką rozkosz czy głęboką intuicję* (Czapiński, 2004, s. 9).

„Cebulowa teoria szczęścia” proponowana przez Czapińskiego zaliczana jest do kategorii tzw. „teorii szczęśliwego atraktora” (Lykken, 1996). Ów atraktor oznacza potencjalny „poziom szczęścia” i ma taki rodzaj „przyciągania”, że sprawia, iż dana jednostka może osiągnąć własny dla siebie poziom dobrostanu. *Większość ludzi bywa w dłuższym przedziale*



czasu tak szczęśliwa, jak tylko może – na ile pozwalają ich wrodzone predyspozycje. Przynajmniej na początku swojej ziemskiej wędrówki wszyscy mamy tyle witalności i optymizmu, ile nam geny dały (Czapiński, 2004, s. 87). Seligman zakładał optymistyczny pogląd, że szczęścia można się „nauczyć” czy też zwiększyć jego poziom. Jak podaje Czapiński, osoby które urodziły się z genetycznie niskim atraktorem szczęścia muszą często wspomagać się farmakologicznie, stosując np. prozac czy narkotyki. Natomiast osoby o silnym atraktorze szczęścia są w stanie nawet po traumatyzujących czy stresogennych doświadczeniach odzyskać zdolność cieszenia się i dostrzegania sensu własnego życia. „Cebulowa teoria szczęścia” opiera się na mechanizmie dynamicznej równowagi i zakłada, że dobrostan psychiczny – na wzór cebuli – posiada warstwy, a konkretnie trzy poziomy psychicznego dobrostanu. Poziom pierwszy (najgłębszy) jest uwarunkowany genetycznie i zdefiniowany jako „wola życia”, która zawiera określony dla danej jednostki potencjał szczęścia. Według koncepcji Lykken (za: Czapiński, 2004, s. 89) wola życia jest niezależnym od świadomości człowieka standardem psychicznego dobrostanu, przy czym „standard” oznacza taką wartość wrodzoną, której jednostka nie może przekroczyć, chyba że farmakologicznie albo chirurgicznie. Na drugim poziomie (pośrednim), znajdują się hedonistyczne oraz eudajmonistyczne obszary dobrostanu. Nazywane są subiektywnymi, ponieważ to od konkretnej osoby zależy, jak postrzega ona przyjemnościowe aspekty własnego życia oraz jego sens. Trzeci (zewnątrzny), poziom modelu „cebuli” dotyczy tego, co obiektywne. Według Czapińskiego poziom ten stanowią: *bieżące doświadczenia afektywne (...)* oraz *satysfakcje cząstkowe odnoszące się do konkretnych aspektów życia (pracy, rodziny, finansów, warunków mieszkaniowych, wypoczynku itd.)*. Najbardziej wrażliwe na wszelkie zmiany są reakcje hedonistyczne oraz satysfakcje cząstkowe. Najmniej wrażliwa, a zatem najbardziej stabilna jest wola życia, ponieważ jest silnie chroniona przez mechanizmy wewnętrzne. Jeśli człowiek napotyka trudności życiowe, to w pierwszej kolejności straci zadowolenie w tych obszarach, w których doświadcza problemów, a to następnie przekłada się na ogólne zniechęcenie do życia. Odbywa się to zgodnie z przedstawioną już koncepcją „dół-góra”. Natomiast siła atraktora skierowana odwrotnie (czyli według koncepcji „góra-dół”) pozwoli na przywrócenie pierwotnie odczuwanego poziomu woli życia i w efekcie podniesienie ogólnego dobrostanu subiektywnego. Według autora cebulowej teorii szczęścia, atraktor ma za zadanie wzmocnić zasoby osobiste, a przez to wolę życia oraz zapobiec pesymizmowi, bezradności, zaburzeniom psychosomatycznym czy ewentualnym skłonnościom samobójczym. *W efekcie, po pewnym czasie człowiek pozostaje niezadowolony tylko z tego, co uległo pogorszeniu lub nie odpowiada jego aspiracjom; dzięki zaś odzyskaniu zapadu do*



działania i optymizmu może zacząć aktywnie naprawiać i polepszać to, z czego nie jest zadowolony. Optymista nie musi być obojętny na brak czy utratę pieniędzy, ale większe niż pesymista ma szanse na ich zdobycie lub odzyskanie (Czapiński, 2004, s. 94). Jak już zostało wspomniane, psychologia pozytywna podpira swoje tezy empirycznie. W przypadku cebulowej teorii szczęścia również mamy do czynienia z badaniami ilościowymi na dużych kilkutysięcznych próbach dorosłych Polaków na przestrzeni: roku, dwóch i trzech lat (Czapiński, 1998; Czapiński i Panek, 2004). Wykazały one m.in., że poprawa dobrostanu psychicznego zależy od czynników wewnętrznych, natomiast jego pogorszenie – od czynników zewnętrznych. Badania dały też podstawę do wyprowadzenia ważnych wniosków (Czapiński, 2004, s. 95-98):

1. Samoistny powrót jednostki do psychicznej równowagi – nawet po najgłębszym dla niej spadku woli życia spowodowanym traumą – zajmuje zwykle nie więcej niż rok.
2. Wielkość wzrostu dobrostanu psychicznego jest prostą funkcją jego wcześniejszego spadku, co oznacza, że im gorszy (czyli najbardziej oddalony od atraktora) jest czyjś dobrostan w danym momencie, to można się spodziewać, że tym większa będzie jego zmiana na lepsze (bo musi odbyć większą drogę do poziomu atraktora). Autor głosi, że *im większe załamanie, tym większa po trzech latach poprawa*.
3. Wraz z wiekiem atraktor najmniej traci swoją skuteczność w obszarze woli życia, co oznacza, że osoby starsze mogą być tak samo szczęśliwe i mieć wolę życia porównywalną z ludźmi młodymi. Atraktor słabnie natomiast w zakresie pewnych objawów depresji – jednak nawet doświadczając ich można chcieć żyć dalej, ważne jednak aby stan depresji nie przedłużał się, zwłaszcza u ludzi młodych.

Podsumowując można powiedzieć, że omawiany tutaj model jest próbą zintegrowania podejścia hedonistycznego i eudajmonistycznego oraz nurtów "dół-góra" i "góra-dół" (Chodkiewicz, 2012). Pozwala też spojrzeć w uporządkowany sposób na kwestię szczęścia. Po pierwsze – nie musi być ono odczuwane z jakiegoś szczególnego powodu, ale powód jest potrzebny aby czuć się szczęśliwym. Po drugie – odczuwanie nieszczęścia jest stanem przejściowym, po którym większość ludzi odzyskuje pozytywną życiową postawę. Po trzecie natomiast – czynniki będące źródłem szczęścia lub nieszczęścia w powszechnym mniemaniu, w kontekście trwałego ogólnego zadowolenia z życia mogą mieć tak naprawdę niewielkie znaczenie (Czapiński, 2004). Powyższe rozważania nad wewnętrzną w siłą człowieka można zamknąć ważną, dającą nadzieję konkluzją (Grinde, 2002), że niemal wszędzie na świecie ilość



ludzi szczęśliwych przewyższa nieszczęśliwych, ponieważ w procesie ewolucji wymarły linie genetyczne gatunku, które nie posiadały wystarczająco silnego atraktora. Przetrwały zatem te populacje, które charakteryzują się odpowiednio silną wolą życia, przejawiającą się w funkcjonowaniu jednostek optymizmem, ogólnym zadowoleniu i poczuciem szczęścia (za: Czapiński, 2004, s. 94).

2.2.3. Teoria dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego

W kształtowaniu swojej osobowości człowiek jest skazany na ciągłe doświadczanie sensu. Te subiektywne sensory, intencje, i interpretacje związane z sytuacjami, w których człowiek działa, są ważne dla jego tożsamości osobowej i związanych z nią wymiarów sensu życia (Marianiński, 1990, za: Głaz, 1998, s. 14-15). Życie posiada sens – jak zwykle się potocznie sądzić – wówczas, gdy zjawiska pozytywne zaczynają przeważać nad negatywnymi. Jeśli można realizować wartościowe cele, zadania życiowe, aktywności zawodowe, kulturalne, polityczne czy religijne. Jakość sensu nadawanego życiu można właśnie rozpoznać po celach, które człowiek sobie stawia. Co ważne – sens życia realizuje się także w spotkaniu z drugim człowiekiem. W codziennym funkcjonowaniu, gdy ludzie doświadczają pomyślności i pozytywów, można odnieść wrażenie, że temat sensu życia poruszany jest rzadziej. Człowiek odkrywa bowiem sens życia raczej w sytuacjach wyjątkowych, nietypowych, kiedy doświadcza wewnętrznych kryzysów, osobistych tragedii zakłócających jego równowagę psychiczną, czy też wówczas, gdy jest uczestnikiem dramatycznych wydarzeń zagrażających społeczeństwu, takich jak wojny czy epidemie (Głaz, 1998). Nierzadko w takich przypadkach można doświadczyć osobistego rozwoju, wznieść się na wyższy poziom dojrzałości.

Powyższe rozważania niech posłużą jako wprowadzenie do koncepcji Dąbrowskiego (1979), który proponuje ujęcie zdrowia psychicznego w kategoriach wielopoziomowego, rozwojowego zjawiska, które nazwał „zdrowiem rozwijającym się”. Autor uważa, że zdrowie psychiczne jest szeroko pojętą zdolnością do rozwoju, w którym takie procesy jak rozumienie, przeżywanie i tworzenie powodują, iż można wznosić się coraz wyżej w hierarchii wartości, aż do osiągnięcia indywidualnego oraz społecznego ideału. Będąc inicjatorem ruchu higieny psychicznej w Polsce, Dąbrowski proponował drogę rozwoju osobowości, zdefiniowaną jako pojęcie „dezintegracji pozytywnej”. Pojawia się ona wówczas, gdy człowiek doświadcza kryzysów rozwoju np. w okresie dojrzewania czy przekwitania, w zewnętrznych i wewnętrznych konfliktach życia codziennego, w sytuacjach niesprzyjających, które zmuszają do pokonywania trudności, a także w stanach wzmożonej nerwowości, nerwicach i



psychonerwicach (czyli pod wpływem niektórych czynników psychopatologicznych). Dezintegracja pozytywna oznacza tutaj korzystne dla jednostki rozluźnienie lub nawet rozbięcie pierwotnej psychicznej struktury osobowości, co sprzyja rozwojowi, zwłaszcza gdy ma on charakter twórczy (Dąbrowski, 1979, 1986). Autor podaje, że *utrata spójności struktury psychicznej daje zasadniczy impuls do szukania sensu i wartości życia przez rozwój, często przyspieszony. W ten sposób instynkt rozwoju przez dezintegrację dotąd istniejącej struktury osobowości przyczynia się do jej rekonstrukcji na wyższym poziomie* (Dąbrowski, 1979, s. 3).

Świadczą o tym badania osób cierpiących na psychonerwicę, a także biografie jednostek uznawanych za wybitne. Powszechnie przyjmuje się, że dezintegracja jest zjawiskiem negatywnym, szczególnie jej przejawy w postaci nerwowości, nerwic, psychonerwic, a zwłaszcza chorób psychicznych (psychozy). Pożądany jest wzorzec osoby wewnętrznie zintegrowanej, pewnej siebie, osiągającej zamierzone cele, działającej sprawnie, skutecznie, konkretnie, zajmującej wysokie stanowiska. Dąbrowski określa funkcjonowanie takich jednostek jako proste, nierzadko prymitywne, nastawione na zaspokajanie własnych potrzeb, z tendencją do traktowania z wyższością osób wrażliwych uznawanych za słabe. Ludzie subtelni o tzw. wzmożonej pobudliwości psychicznej, są często traktowani w społeczeństwie jako niezbyt dobrze przystosowani do rzeczywistości. Cechuje ich nadwrażliwość, chwiejność, brak pewności siebie, nieśmiałość, zahamowania, nadmierna refleksyjność, bojaźliwość, trudności w podejmowaniu decyzji. W funkcjonowaniu są często empatyczne i czułe, stawiające dobro innych ponad własne, przeżywające liczne konflikty wewnętrzne, stany lękowe i depresyjne, tendencje samobójcze, a na końcu tego kontinuum stany psychotyczne. Wszystko to świadczy o objawach dezintegracji. Cechy te – zdaniem Dąbrowskiego – potęgują się szczególnie u ludzi zdolnych, wybitnych, artystów czy uczonych o szerokich zainteresowaniach. Często jednostki takie uważane są przez społeczeństwo za „dziwaków”. *Są to osoby, które przebywają w innych rzeczywistościach, (...) pochłonięte przeżywaniem twórczym w innych niż ogół wymiarach, przywiązują dużą wagę do słów, do marzeń, do pomysłów często uważanych za dziwaczne. Są to ludzie o ogromnej wrażliwości, którym rzeczywistość nie przedstawia się tak jak nam – jest ona zazwyczaj szeroka i wielopoziomowa, bogata i twórcza* (Dąbrowski, 1986, s. 21). Podsumowując – osoby wrażliwe częściej narażone są na doświadczanie załamań, wewnętrznego bólu, wykorzystywania, konfliktów z otoczeniem na bazie niezrozumienia, ale z drugiej strony można obserwować u nich twórczy rozwój. W takim kontekście procesy dezintegracyjne mogą być traktowane jako zjawisko pozytywne. Przykładem może być Kierkegaard, cierpiący (na przestrzeni całego życia) na ciężkie depresje i stany lękowe, a przy tym doświadczający



poczucia niższości, nieprzystosowania, obsesji. Początkowo te swoje „stany psychologiczne” traktował jako swojego największego wroga, a z czasem – jako przyjaciela pomagającego mu w zrozumieniu świata, szczególnie jego transcendentalnego wymiaru. Dąbrowski przestudiował około dwustu opracowanych naukowo biografii wybitnych osobowości. Analiza ta pozwoliła mu stwierdzić, że u 97% z tej grupy występowały cechy wzmożonej pobudliwości psychicznej i psychonerwic oraz objawy z pogranicza nerwicy i psychozy. Także badania przeprowadzone przez Dąbrowskiego i jego współpracowników w Polsce i Kanadzie na 175 osobach ze szkół artystycznych pozwoliły oszacować, iż 85% spośród tej grupy charakteryzuje się również obecnością stanów wzmożonej pobudliwości psychicznej oraz nerwic i psychonerwic o różnym stopniu nasilenia. Dla pełnego obrazu – równocześnie przebadano trzydziestu pacjentów oligofrenicznych o znacznie obniżonym intelekcie, co pokazało, że żadna z tych osób nie miała objawów nerwicowych (Dąbrowski, 1986, s. 24-25).

Objawy dezintegracji pozytywnej spotkać można także u osób doświadczających poważnego stresu, w postaci: niepokoju, niezadowolenia z siebie, osłabienia instynktu samozachowawczego, wzmożonej refleksyjności, potrzeby medytacji. Są więc przejawami nie tylko smutku i cierpienia, ale też rozwoju. Pod wpływem stresu można osiągać większy wgląd w swoje funkcjonowanie, a także zdolność do tworzenia i rozwoju psychicznego (Dąbrowski, 1979, s. 24). Jak widać zatem – *bez psychicznego umierania nie można być twórczym, nie można ułożyć sobie właściwych stosunków ze światem i społeczeństwem*. Psychoanalitycy twierdzili, że nerwice i psychonerwice utrudniają życie jednostki i jej rozwój, jednak funkcjonowanie „wbrew psychonerwicy i przeciw niej” tym bardziej świadczy o dużych zdolnościach, czy geniuszu – zauważa autor.

W trakcie trwania całego procesu dezintegracji pozytywnej można obserwować tzw. „zawiązki twórczej integracji” w postaci: niezadowolenia z siebie, zachwiania pewności siebie, niedosytu wartości wyższych i poszukiwania ich. To wszystko stanowi podłoże do tworzenia się nowych struktur psychicznych na kontinuum od prymitywnych, impulsywnych funkcji, do wyższego poziomu odczuwania i postrzegania rzeczywistości. Potęgowanie się wtórnej integracji można poznać po tym, że jednostka doświadcza osłabienia wewnątrzpsychicznego napięcia i w końcowym – najbardziej pożądanym – efekcie przejdzie ona w swoim funkcjonowaniu do nowej strukturalnej formy osobowości, posiadającej nową, wyższą hierarchię wartości. Tak właśnie powinna wyglądać najkorzystniejsza droga rozwoju intrapsychnicznego (Dąbrowski, 1979). Przykładem może być twórcze znaczenie lęku (o czym pojawiła się już wzmianka w pierwszym rozdziale niniejszej pracy). Ze względu na wielopoziomową istotę lęku, Dąbrowski dokonuje rozróżnienia między lękiem na podłożu



instynktu samozachowawczego (który paraliżuje) a lękiem „twórczym”. Ten drugi ma związek z altruizmem i przejawia się jako lęk o innych, o losy społeczeństwa, świata, troska o trwanie związków opartych na miłości, lęk egzystencjonalny. Wspomniany już Kierkegaard traktował właśnie lęk jako czynnik swojego rozwoju. Najpierw lęk ten dotyczył jego poczucia niższości, niezrozumienia go przez otoczenie czy niewydolności psychofizycznej. Ze stanów, gdzie lęk go drażnił i przygnębiał, przechodził stopniowo do wyższego poziomu, w którym lęk pełnił rolę odkrywczą i pozwolił eksplorować obszary transcendencji, śmierci i nieśmiertelności. (Dąbrowski, 1986). To, po czym można poznać wtórną integrację – to przede wszystkim wszechstronny rozwój, pogłębiona empatia, wzmocnienie swoich indywidualnych cech, silny rozwój tzw. ideału osobowości (poprzez doskonalenie się oraz twórczość). Posługując się słowami autora: *Teoria dezintegracji pozytywnej wprowadza znaczne zmiany do tradycyjnego ujęcia pojęć zdrowia, choroby i normalności* (Dąbrowski, 1979, s. 14).

Teoria ta została przywołana w niniejszej pracy głównie ze względu obserwowane w procesie leczenia osób uzależnionych zjawisko rozwoju osobowościowego. W środowisku związanym z terapią uzależnień mówi się często, że *alkoholizm to jedyna choroba, która wymusza rozwój*. Osoby chcące się leczyć, korzystające z psychoterapii, stopniowo osłabiają własne psychologiczne mechanizmy uzależnienia, funkcjonują „bliżej rzeczywistości”, osiągają większą świadomość siebie i swoich czynów, szczególnie w kontekście moralnym. W większości są to osoby o cechach neurotycznych, a zatem odpowiadających charakterystyce opisanej przez Dąbrowskiego. Często ze względu na swoją wysoką wrażliwość, nadodpowiedzialność, poczucie niedopasowania, wewnętrzne „małe rozterki czy duże konflikty” – nie radzą sobie i szukają ukojenia w alkoholu, czy innych środkach psychoaktywnych. Gdy osoba rozwinięta pod wpływem terapii, może wzmocnić swoje ego na tyle, że zobaczy siłę w swojej wrażliwości i osiągnie wyższy moralny rozwój. Można nawet odnieść wrażenie, że niektóre osoby uzależnione poprzez trud pokonywania nałogu stają się „lepszą wersją siebie” niż gdyby nie było tego czynnika w historii ich życia. Będzie jeszcze o tym mowa w dalszych częściach pracy.

2.2.4. Teoria poszerzania umysłu i budowy zasobów osobistych Barbary Fredrickson

Fredrickson (2002) jest przedstawicielką ruchu psychologii pozytywnej, która opiera swoją teorię na rzetelnych badaniach naukowych. Teoria ta dotyczy pozytywnych emocji i ich wpływu na funkcjonowanie człowieka. Należy do opisywanego wcześniej ujęcia „góra-dół”, w którym autorka dzieląc pogląd wielu badaczy pochyliła się nad rolą emocji. Informują one, jaki jest aktualny stan organizmu i otoczenia (korzystny czy niekorzystny) i jaki w związku z



tym powinien być kierunek działania (dążenie czy wycofanie). Pogląd ten opisuje głównie adaptacyjną rolę emocji negatywnych, ale Fredrickson poszła dalej, koncentrując się na funkcji emocji pozytywnych (za: Czapiński, 2004). Gdyby przyjrzeć się roli strachu (co już obszernie zostało opisane w rozdziale pierwszym niniejszej pracy), to w sytuacji zagrożenia strach powoduje ograniczenie pola widzenia i taką koncentrację uwagi, dzięki czemu jednostka może się skupić na niezbędnych informacjach i wybrać najkrótszą, ratującą życie drogę ucieczki lub obrony. Zatem emocje negatywne mają jasno określony cel: usunąć zagrożenie i przywrócić normalny stan. Emocje pozytywne natomiast pozwalają na poszerzenie pola widzenia, zobaczenie nowych możliwości, wychodzenie poza sztywne schematy myślenia i zachowania. Pomagają człowiekowi być bardziej otwartym i elastycznym, co służy szeroko pojętemu rozwojowi (Fredrickson, 2002, za: Czapiński, 2004). Fredrickson stworzyła pojęcie „pozytywności”, w opozycji do powszechnie znanej i opisywanej „negatywności”. Negatywne myśli i przekonania podsycają negatywne emocje (jak np. gniew, pogardę, przygnębienie) i pod postacią somatyczną niszczą zdrowie człowieka. Autorka określiła tzw. „wskaźnik pozytywności”, który *oznacza częstość występowania pozytywności w danym przedziale czasowym podzieloną przez częstość występowania negatywności w tym samym czasie*; co można ująć wzorem matematycznym P/N (Fredrickson, 2011, s. 25-26). Wskaźnik pozytywności ma swój przełomowy punkt. Autorka uważa, że gdy zostanie zachwiana proporcja i spadnie ona poniżej określonego poziomu, człowiek może pozwolić się wciągnąć w tzw. „spirale negatywności”. Staje się wówczas depresyjny – pozbawiony chęci do życia, przeciążony, przewidywalny i sztywny w zachowaniach. Natomiast powyżej tego poziomu można dać się ponieść „spirali pozytywności”. Spirala ma więc charakter opadający lub wznoszący się i człowiek ma wybór: *albo wzrastamy, stając się lepsi, bardziej twórczy i elastyczni, albo utrwalamy swoje złe nawyki, stając się jeszcze bardziej sztywni i zamknięci na zmiany*. To właśnie, zdaniem autorki, jest podstawą pozytywnych emocji – zwiększenie otwartości, rozwój wrażliwości, empatii i kreatywności.

W ten sposób Fredrickson stworzyła pod koniec lat 90. tzw. „teorię poszerzania i rozbudowywania”, która stanowi rozwiązanie zagadki roli emocji pozytywnych. Ustaliła w niej proporcje pozytywności w stosunku do negatywności jako 3 do 1, co pozwala doświadczać całego wachlarza emocji, gdyż te nieprzyjemne, o zabarwieniu negatywnym, także mają swoją ważną rolę. Ponadto autorka określiła, co konkretnie składa się na pozytywność. Pozytywność ma dziesięć form. Są to: radość, wdzięczność, spokój, zainteresowanie, nadzieja, duma, rozbawienie, inspiracja, zachwyt oraz miłość (która tak naprawdę spaja te wszystkie formy pozytywności). Ponadto pozytywność zależy od tego, jakie człowiek ma przekonania, sposób



myślenia, interpretowania rzeczywistości, oceniania danej sytuacji (Fredrickson, 2011). Autorka koncepcji pozytywności – podobnie jak Ellis (1955) i jego słynna *metoda RET (racjonalno-emotywna)* – potwierdza tezę, że emocje zarówno przyjemne jak i nieprzyjemne są ściśle związane ze sferą poznawczą. Przez około 20 lat prowadziła ona badania naukowe nad wpływem pozytywnych emocji na umysł człowieka i ma dowody na tzw. „zjawisko poszerzania”. Pozytywność ma moc rozszerzania umysłu i zapewnienia większego pola widzenia, a także dostrzegania wielu możliwości rozwiązywania problemów. Badania pokazały, że osoby będące w dobrym nastroju znacznie częściej podejmowały twórcze nastawienie do problemów i stosowały skuteczniejsze metody zaradcze niż osoby będące pod wpływem negatywnych stanów emocjonalnych. Ponadto osoby w dobrym nastroju lepiej znoszą ból, łatwiej się koncentrują, podejmują też więcej środków ostrożności w sytuacjach zagrożenia. (Fredrickson, 2000, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013). Dzięki temu, że człowiek otwiera się na nowe perspektywy, widać też ważną adaptacyjną rolę pozytywnych emocji – pozwalają one na przestąpienie czasu na wzbogacenie wewnętrznych zasobów służących do radzenia sobie ze stresem. *Poszerzanie zakresu wiedzy, stanu posiadania i repertuaru działań buduje trwałe zasoby osobiste, wzbogacanie zasobów zmniejsza z kolei podatność na zagrożenia i tym samym zwiększa szansę doznawania kolejnych emocji pozytywnych. Powstaje w ten sposób spirala szczęścia: pozytywne emocje → powodzenie → pozytywne emocje → powodzenie* (Fredrickson, 2002, za: Czapiński, 2004). Oznacza to np., że bliskie przyjaźnie, zdobywanie nowych umiejętności czy sukcesów zawodowych – to zasoby ludzkie rozwijające się pod wpływem dobrego nastroju. Jak widać, Fredrickson dokonała rewolucyjnej zmiany w podejściu do poczucia szczęścia, które traktowane było jako wynik życiowego powodzenia. Zdaniem autorki – to właśnie szczęście buduje szczęście, chociaż przez pół wieku badań nad psychicznym dobrostanem próbowano doszukiwać się zadowolenia z życia w zewnętrznych jego źródłach.

W ostatnich latach wciąż wzrasta liczba dowodów empirycznych potwierdzających tezę o obiektywnych korzyściach płynących z doświadczenia pozytywnych emocji, co do których człowiek ma wybór (Fredrickson, 2002, Czapiński, 2004).

2.2.5. Personalistyczno-egzystencjalny model jakości życia Marii Straś-Romanowskiej

Straś-Romanowska należy również do naukowców nurtu psychologii pozytywnej. Podjęła się próby zdefiniowania złożonego pojęcia poczucia jakości życia oraz stworzenia narzędzia pomiarowego w postaci *Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia (KPJŻ)*. Autorka



stoi na stanowisku holistycznego, wielowymiarowego obrazu człowieka, który to człowiek ustosunkowuje się do własnego życia w sposób personalny, subiektywny. Uważa ona, że to, co wyróżnia egzystencję człowieka, to specyficzne zadania rozwojowe pozwalające na twórczy rozwój i indywidualne „stawanie się” człowieka w świecie. Jest to możliwe poprzez zmiany, jakich jednostka doświadcza i w ten sposób „dookreśla siebie”. Różne decyzje i wybory sprawiają, że człowiek nie stoi w miejscu, *zastój (...) oznaczałby bezruch i śmierć psychiczną* (Straś-Romanowska, 1998, za: Dębska, 2006). Personalistyczno-egzystencjalny model Straś-Romanowskiej oznacza, że każdy człowiek w indywidualny sposób musi odpowiedzieć sobie na egzystencjonalne pytanie: *Jak żyć?*, czy inaczej: *Jak rozwiązywać problemy życiowe?* Człowiek zatem w swoim osobistym poczuciu jakości życia tworzy własną metodologię rozwiązywania życiowych problemów i pokonywania trudności (Frąckowiak, 2004). Straś-Romanowska uważa, że dzięki podejmowaniu zadań służących rozwojowi możliwa jest *harmonia myśli, uczuć i działań, zaangażowania dające poczucie samospelnienia, radości i sensu życia, a także mądrość* (Straś-Romanowska, 2005, za: Bartosz, 2006, s. 85). W ten sposób autorka definiuje rozwój osobowości, który dokonuje się w czterech aspektach: biologicznym, społecznym, podmiotowym i duchowym. W każdym z nich można określić specyficzne formy wysokiej jakości życia. W wymiarze biologicznym będzie to respektowanie biologicznych potrzeb organizmu poprzez zapewnienie właściwego odżywiania, snu i wypoczynku. Daje to wówczas poczucie dobrostanu fizycznego i pochodzącej z niego przyjemności. W wymiarze społecznym chodzi o czerpanie satysfakcji dzięki posiadaniu poczucia bezpieczeństwa psychologicznego, akceptacji przez innych, przynależności do grupy i prowadzeniu życia zgodnego z wymogami danej społeczności. Podmiotowy wymiar jakości życia dotyczy tego, co dla człowieka jest unikalne, charakterystyczne dla każdego z osobna. Chodzi tu o poczucie niezależności, wolności, samoakceptacji, rozumienia swoich ograniczeń oraz osobistej drogi rozwoju wykorzystującej talenty, pasje i zainteresowania. Przeżywanie życia na wyższym poziomie będzie się wówczas wiązało z doświadczaniem radości istnienia. Osoba tak funkcjonująca jest autonomiczna w myśleniu i działaniu oraz odpowiedzialna za siebie. Ostatni, duchowy aspekt dotyczy życia zgodnego z tzw. absolutnymi wartościami. Podejmowanie decyzji w sposób odpowiedzialny i zgodny z wyznawaną hierarchią wartości pozwala człowiekowi doświadczać sensu życia (Bartosz, 2006).

Autorka podkreśla, że może się zdarzyć, iż wysoka jakość życia w jednym z wymiarów nie musi być synchroniczna z innymi wymiarami. Jako przykład podaje ona osoby terminalnie chore lub niepełnosprawne, które pomimo choroby mogą doświadczać wysokiej jakości życia (np. dzięki rozwiniętemu obszarowi duchowemu czy społecznemu). Straś-Romanowska



odwołuje się też do wspomnianego już w tej pracy zjawiska opisanego przez Dąbrowskiego, w którym osoby twórcze, jak artyści, pisarze czy naukowcy, mimo satysfakcji w wymiarze społecznym czy duchowym mogą doświadczać *przykrości, porażek, rozczarowań, udręki, rozpacz* (Straś-Romanowska, 2005, za: Bartosz, 2006, s. 86). To znaczy, że np. wymiar podmiotowy czy biologiczny będzie się wiązał z szeroko rozumianym cierpieniem. Są to paradoksy, które tym bardziej świadczą o konieczności uwzględnienia subiektywnej perspektywy w ocenianiu jakości życia. Koncepcja Straś-Romanowskiej integruje tę sprzeczność, prowadząc do wniosku, że wysoka jakość życia może się wiązać z okresami zwątpienia, rozbicia wewnętrznego, dzięki czemu sens życia jest bardziej zrozumiały. *Niemal każdy człowiek potrzebuje osobistych odczuć, wartościowań, wyborów, chce rozumieć siebie i swój los – obok rozumienia chce mieć możliwość wpływu na ten los, czuć się jego współautorem, być podmiotem, a nie jedynie przedmiotem* (Straś-Romanowska, 1995, za: Dębska, 2006, s. 114). Autorka docenia władzę, jaką posiada każdy człowiek w kwestii wolności wyboru własnej drogi życiowej i ponoszenia odpowiedzialności za rozwój, bądź jego brak. Przykładowo – osoba niepełnosprawna jest odpowiedzialna za proces rehabilitacji i współpracę w tym względzie dla własnego dobra (Dębska, 2006).

Kończąc, warto podkreślić znaczenie operacjonalizacji tejże koncepcji w postaci skonstruowania wymienionego wyżej *Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia*. Dzięki precyzyjnie dobranym pytaniom badającym poszczególne wymiary jakości życia, Straś-Romanowska uzyskała cenne narzędzie badawcze, mające znaczenie nie tylko poznawcze czy diagnostyczne, ale także terapeutyczne (Frąckowiak, 2004). Może to być bardzo pomocne w rozumieniu indywidualnego wewnętrznego świata pacjenta (np. osoby uzależnionej) i wyznaczania kierunków pracy terapeutycznej.

2.3. Uwarunkowania poczucia jakości życia

Przedstawione dotychczas koncepcje poczucia jakości życia ukazują jak wielowymiarowy jest to termin, co pociąga za sobą złożoność warunkujących go czynników. Próbę określenia jakie czynniki wpływają na poczucie dobrostanu podjął m.in. Tatarkiewicz (1965, s. 21-22), według którego *jest szczęśliwym nie tylko człowiek, który posiada najwyższe dobro, ale taki, który miał w życiu stanowczą przewagę dobra nad złem, miał dobra jakich potrzebował i jakimi umiał się cieszyć, miał mówiąc jeszcze inaczej, dodatni bilans życia*. Autor zwracając uwagę, że oprócz czynników zewnętrznych, istotne są wewnętrzne, subiektywne i dzieli się ważną konkluzją: *Posiadanie dóbr takich czy innych, zewnętrznych czy wewnętrznych jest do szczęścia potrzebne, bo trudno być szczęśliwym, nie posiadając żadnych dóbr, lecz samo*



jeszcze szczęściem nie jest. Wielu ludzi nauki na podstawie mniej lub bardziej ograniczonych metod badawczych próbowało stworzyć portret osoby szczęśliwej, a więc określano czynniki składające się na ten stan. Dla przykładu – Wilson w 1967 roku (za: Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 87) uznał, że szczęśliwy człowiek jest *młody, zdrowy, wykształcony, dobrze zarabia, jest ekstrawertyczny, beztroski i pełen optymizmu, religijny, pozostaje w związku małżeńskim, ma duże poczucie własnej wartości, wysokie morale zawodowe i skromne oczekiwania, może być zarówno mężczyzną jak i kobietą, i może mieć różną inteligencję.* Wiele badań przeprowadzonych od czasu tejże publikacji pokazały jednak, że czynniki składające się na psychiczny dobrostan są w istocie bardziej złożone. Do takich czynników należą cechy danej osoby oraz czynniki zewnętrzne i interakcje, jakie się tutaj wzajemnie tworzą. Szczególnie istotne są właściwości osoby uwarunkowane genetycznie i kształtowane przez doświadczenia społeczne. Od tego bowiem zależy, jak dana osoba będzie interpretowała rzeczywistość i reagowała na różne zdarzenia. Na podstawie badań ustalono na przykład, że osoby szczęśliwe cechują się optymizmem oraz wyższym poczuciem własnej wartości i kontroli nad zdarzeniami, co kształtuje się pod wpływem doświadczeń społecznych (Zalewska, 2002, za: Bera, 2008). Niniejszy podrozdział będzie stanowił próbę przyjrzenia się zarówno podmiotowym, jak i społecznym uwarunkowaniom poczucia jakości życia.

2.3.1. Czynniki podmiotowe

Każdy człowiek posiada swój subiektywny sposób wartościowania i wzbudzania refleksji nad własnym życiem. Odczuwanie przez jednostkę określonego poczucia jakości życia w dużej mierze zależy od tego, czy podejmie się ona takich wyzwań jak: osobisty rozwój, doskonalenie czy kształtowanie dojrzałości osobowej. Wpływają one z kolei na aktywność jednostki oraz jej zaangażowanie w podejmowaniu działania. Istotne znaczenie dla jakości życia mają tutaj również następujące czynniki: stan somatyczny i psychiczny, poziom sprawności, samodzielności, akceptacja siebie, samoocena, poczucie własnej wartości, funkcjonowanie psychospołeczne (Dębska, 2006). W związku z powyższym można dokonać klasyfikacji czynników podmiotowych ze względu na zdrowie, wiek, płeć czy osobowość jednostki. Trudno też nie połączyć poczucia jakości życia z takimi aspektami ludzkiej egzystencji, jak subiektywne osobiste poczucie szczęścia czy sensu życia.

Jakość życia a zdrowie

Ze względu na osoby uzależnione od alkoholu, a więc grupę, do której skierowane były oddziaływania empiryczne w niniejszej pracy, kwestia zdrowia jako czynnika wpływającego



na jakość życia, wydaje się kluczowa. W literaturze przedmiotu najczęściej sięga się do definicji Schipperera, która określa jakość życia w kontekście zdrowia jako: *funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta* (za: Chodkiewicz, 2012, s. 85). Istotna jest tu zatem subiektywna ocena jakiej pacjent dokonuje wobec swojej sytuacji zdrowotnej. Obejmuje ona aspekt fizyczny, emocjonalny i społeczny, związany z chorobą i jej leczeniem (Juczyński, 2004, za: Chodkiewicz, 2012). Badania pokazały, że subiektywna ocena własnego zdrowia stanowi lepszy predyktor postawy wobec życia, niż gdy dokonują jej inni ludzie, a nawet lekarze (Czapiński, 1992). Potwierdzono empirycznie, m.in. to, iż ocena subiektywna pozwalała trafniej przewidzieć termin zgonu niż obiektywna diagnoza medyczna (Mossey, Sapiro, 1982, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013). Według de Walden-Gałuszko (1997), ocena stanu zdrowia powinna uwzględniać pełny obraz stanów psychicznych, zarówno tych o zabarwieniu negatywnym (lęk depresja), jak i pozytywnym (nadzieja, satysfakcja, umiejętność dostosowywania się).

Ważne jest też to, aby analizować jakość życia w odniesieniu do następujących warunków mających znaczenie dla chorego (Stelcer, 2001, za: Chodkiewicz, 2012, s. 87):

- a) troski fizykalne – symptomy, ból
- b) zdolności funkcjonalne – aktywność
- c) poczucie zadowolenia w rodzinie
- d) emocjonalność – zadowolenie
- e) duchowość
- f) funkcjonowanie społeczne
- g) orientacja na przyszłość
- h) seksualizm/intymność
- i) przedmiot zainteresowań – zajmowanie się czymś.

W kontekście wpływu zdrowia na poczucie szczęścia dowiedziono empirycznie, że w miarę postępowania procesu chorobowego obniża się samoocena jednostki, pojawiają się ograniczenia związane z chorobą, narasta ból fizyczny i przykre emocje. Przede wszystkim jednak istotny jest fakt, że od stanu zdrowia zależy stopień aktywności życiowej, dlatego dowiedziono, że osoby chore mogą czuć się szczęśliwe, jeśli pozostaną w aktywności (Czapiński, 1994). Biorąc pod uwagę odwrotną zależność: wpływ odczuwanego szczęścia na stan zdrowia, również istnieją dowody, że im więcej doświadcza się przykrych emocji prowadzących do bezsensu życia, to osłabieniu ulega system immunologiczny (Locke, 1982, za: Czapiński, 1992) oraz występują zmiany w układzie hormonalnym (Selye, 1978). Ważnym zagadnieniem dotyczącym biologicznych mechanizmów poczucia szczęścia jest ośrodek



przyjemności w mózgu (umiejscowiony w lewym płacie czołowym) oraz naturalne opioidy, takie jak endorfina. Jest ona zbliżona pod względem budowy chemicznej do heroiny, wywołując uczucie spokoju, harmonii i przywiązania. System wydzielania endorfin (czy innych neuroprzekazników utrwalających poczucie szczęścia, jak serotonina czy dopamina) jest regulowany przez geny i wchodzi w skład tzw. układu nagrody. Endorfiny wydzielane są m.in. wówczas, gdy człowiek zachowuje się zgodnie z regułami, jest altruistyczny (Averill, More, 2005; Hoggard, 2006, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013). Układ nagrody jest kluczowy dla zjawiska uzależnienia. Gdy pojawiają się przykre emocje i brak umiejętności zaradczych w tym zakresie, zwiększa się ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych czy niezdrowego odżywiania. Prowadzi to w konsekwencji do narastania procesów chorobowych.

Kolejną istotną kwestią jest postrzeganie jakości życia w kontekście strat i zależności, do których doprowadza choroba, niepełnosprawność czy wiek. Jakość życia może być więc traktowana jako efekt strategii radzenia sobie z kryzysowymi wydarzeniami w trakcie procesu choroby (Tobiasz-Adamczyk, 2000). Jest to widoczne szczególnie w programie zdrowienia z uzależnienia, obejmującym m.in. bilans strat (tzw. destrukcja alkoholowa) czy budowanie umiejętności zaradczych w odniesieniu do objawów i mechanizmów uzależnienia. Osoby, które pracują nad pokonaniem nałogu, podobnie jak osoby dotknięte inną chorobą przewlekłą czy niepełnosprawnością funkcjonują tak, że ich życie charakteryzuje się występowaniem szczególnych dynamizmów. Jak podaje Dębska (2006), polegają one na dokonywaniu przewartościowań, nadawaniu nowych znaczeń, odkrywaniu swoich zasobów, dróg rozwoju, co składa się w konsekwencji na znajdowanie głębszego sensu życia i odczuwanie wyższej lub zadowalającej jakości życia.

Jakość życia a wiek

Istnieją różne podejścia do tej kwestii. Dla przykładu – Bera (2008) podaje, że zazwyczaj ludzie młodzi czują się szczęśliwsi od starszych, chociaż doświadczają intensywnych i zmiennych emocji zarówno przyjemnych, jak i nieprzyjemnych. Starszych ludzi natomiast cechuje zgeneralizowane zadowolenie oraz pozytywny stosunek do życia wynikający prawdopodobnie ze spełnienia się w określonych rolach, osiągnięcia założonych celów i ugruntowania poczucia własnego „Ja”. Również Porczyńska-Ciszewska (2013) prezentuje stanowisko poparte analizą wielu badań, które podważa wspomniane wcześniej stanowisko Wilsona z 1967 roku, iż to właśnie młodość jest wyznacznikiem poczucia szczęścia. Powołuje się ona na prace badawcze (Diener, Suh, 1998) przeprowadzone na reprezentatywnych grupach 40 narodowości. Potwierdzają one, że z wiekiem zmniejsza się



intensywność przeżywanych emocji zarówno pozytywnych jak i negatywnych, czyli rzadziej doświadczą się uczuć euforycznej radości i skrajnej rozpacz. Nie zaobserwowano jednak podobnych tendencji w odniesieniu do ogólnego zadowolenia z życia, co może wpływać m.in. z obniżenia poziomu wewnętrznych napięć, umiejętności emocjonalnego dystansowania się, lepszego przystosowania do życia i stopniowego rozwiązywania problemów. Autorka opiera się również na badaniach uzyskanych w programie *Cebula* (Czapiński, 1994), które dowodzą, iż *ludzie starsi wykazują niższy poziom szczęścia w wymiarze hedonistycznym (emocjonalnym), ale wyższy w wymiarze oceny poznawczej (wartości życia) i woli życia* (Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 101). Inni badacze stoją na stanowisku, iż proces starzenia wpływa negatywnie na poczucie jakości życia. Jak podaje Kanasz (2015) o powyższej korelacji świadczą takie negatywne dla starszego wieku zjawiska jak: wzrastające poczucie odpowiedzialności, pogarszająca się kondycja psychofizyczna, choroby, narastające poczucie osamotnienia, alienacji, bycia niepotrzebnym, co wpływa na pojawianie się stanów depresyjnych. Badania przeprowadzone na polskim społeczeństwie pokazują – zdaniem tej autorki – iż poczucie jakości życia maleje wraz z wiekiem. Dodać do tego jeszcze można obserwację własną funkcjonowania osób starszych w lecznictwie odwykowym, gdzie ujemny bilans życia, poczucie braku czasu i warunków na wprowadzanie korzystnych zmian czy też trudność z akceptacją tego, na co nie ma się już wpływu, powoduje dalsze pogłębianie nałogu. Istnieją natomiast pewne dowody, które wskazują na związek między wiekiem a zadowoleniem z życia w zależności od płci. Kobiety wykazują najwyższe zadowolenie z życia w przedziale wiekowym 45-69 lat i powyżej 80 lat, natomiast najniższe – w grupie dziewcząt 16-letnich. Odpowiednio u mężczyzn – największe zadowolenie z życia odnotowano w przedziale wieku 60-79 lat, a najmniejsze w grupie 14-34 lat (Morganti i in., 1988, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 101).

Jakość życia a płeć

Płeć jako czynnik wpływający na poczucie jakości życia stanowi w literaturze przedmiotu temat dość kontrowersyjny. Badania w tym obszarze wykazały, iż kobiety częściej i intensywniej niż mężczyźni doświadczają negatywnych emocji (choć deklarują, że subiektywnie częściej odczuwają przyjemne stany), a także dwukrotnie częściej zapadają na depresję (Bera, 2008; Porczyńska-Ciszewska, 2013). Ze względu na różnice wynikające z płci, jednoznacznie można stwierdzić, że kobiety zależnie od wieku charakteryzują się większą intensywnością doświadczanych emocji i częstszego niż mężczyźni popadania z jednego skrajnego nastroju w inny (Czapiński, 1994). Szeroki i wieloaspektowy materiał empiryczny



w tym temacie zebrała Porczyńska-Ciszewska (2013). Według niej badania porównawcze między płciami na poszczególnych progach wiekowych wykazały, że około 30. roku życia i poniżej pojawił się trend, iż to kobiety (szczególnie gdy nie mają jeszcze dzieci), są szczęśliwsze od mężczyzn. Natomiast w grupie około 50 roku życia i powyżej zdecydowanie szczęśliwsi są mężczyźni. Taki wzorzec zależności wieku i płci odnotowano również w warunkach polskich, co daje wniosek, iż poczucie szczęścia wraz z wiekiem wzrasta u mężczyzn, a maleje u kobiet. Jak podaje autorka – różnica między płciami została też zbadana w kontekście bycia w związkach małżeńskich lub pozostawania samotnym. Badania wykazały, że większość samotnych osób jest mniej szczęśliwa niż te będące w związku małżeńskim, przy czym to właśnie mężczyźni bardziej niż kobiety korzystają z dobrodziejstw małżeństwa. Najbardziej nieszczęśliwą grupę stanowią mężczyźni, którzy się nigdy nie ożenili, a także kobiety żyjące w separacji lub po rozwodzie. W kontekście takiego kryterium, jak źródła zadowolenia z siebie, również zbadano różnice między płciami. Przede wszystkim widoczna ona jest w kontekście społeczno-kulturowym. U mężczyzn na dobrostan ma wpływ ukierunkowanie na zadanie – a w związku z tym praca, warunki materialne i ekonomiczne; dla kobiet natomiast ważne są relacje oraz posiadanie dzieci. Ponadto mężczyźni doświadczają większej pewności siebie oraz większej kontroli nad własnym życiem, kobiety natomiast są bardziej krytyczne względem własnej osoby, mają większe przywiązanie do atrakcyjności fizycznej. Wykazano także empirycznie, że mężczyźni angażują się w ciekawsze, aktywniejsze rozrywki i są znacznie bardziej zadowoleni z siebie. Kobiety – jak zostało już wspomniane – częściej cierpią na stany depresyjne, napięcie, niepokój czy inne przejawy stresu, gdyż częściej niż mężczyźni doświadczają konfliktu między domem a pracą oraz mocniej przeżywają stres związany z pełnieniem społecznych ról. Porczyńska-Ciszewska zastrzega jednak, że w świetle nowszych badań powyższe różnice mogą mieć tendencje do zmniejszania się.

Jakość życia a osobowość

Wiek badaczy, m.in. Diener (1984 za: Bera, 2008) uważa, że subiektywnie odczuwana satysfakcja z życia zależy w głównej mierze od cech osobowości, a szczególnie od wysokiej samooceny. Csikszentmihalyi (1996, s. 55) podaje, że człowiek sam może decydować, czy czuje się szczęśliwy czy nie, dzięki możliwości wpływania na swoją świadomość czyli – jak już wspomniano wcześniej – dokonując odpowiedniej interpretacji zdarzeń. Autor podkreśla, że istnieją ludzie, *którzy potrafią sytuacje beznadziejne obrócić w wyzwania możliwe do podjęcia i pokonania wyłącznie dzięki sile osobowości*. Właściwie od



zarania dziejów zastanawiano się nad źródłami szczęścia, dlatego jest to wciąż intrygujący motyw przewodni badań. Dowody empiryczne potwierdzają tezę, że ani komfortowe warunki życia, stan zdrowia, cechy demograficzne (jak wiek, płeć czy wykształcenie), ani też zmieniające się warunki zewnętrzne nie wpływają tak znacząco na doświadczenie szczęścia, jak to jest w przypadku osobowości człowieka. W tym miejscu warto nadmienić, że istnieją wyniki badań wskazujące na związek między wykształceniem a większym zadowoleniem z życia i mniejszą skłonnością do depresji (Bera, 2008, s. 65); jednak w odniesieniu do poczucia szczęścia nie jest to aż tak istotne, jak określone cechy osobowości. Badacze dobrostanu psychicznego wysunęli hipotezę, według której ludzie uznawani za szczęśliwych posiadają specyficzny profil osobowości. Porczyńska-Ciszewska (2013) opierając się na dowodach empirycznych podaje, że na taki profil składa się: ekstrawersja, neurotyczność, optymizm i poczucie własnej wartości (Diener, Lucas, 2005) oraz ugodowość, sumiennosc, stabilność emocjonalna, wysoka samoocena, wysoki poziom aktywności i poczucie panowania nad swoim losem (Czapiński, 2004a). Powiązania między cechami Wielkiej Piątki a dobrostanem psychicznym wykazały, że najbardziej znaczące dla poczucia jakości życia są ekstrawertyzm i neurotyzm, określano jako cechy w dużym stopniu wrodzone, czego dowodzi Czapiński (2004). Autor ten powołując się na badania Costy i McCrae (1985) oraz Watsona i Clarka (1984) podaje, że istnieją dwa mechanizmy związane z emocjonalnością. Jeden nazwany został emocjonalnością pozytywną i przypisano go ekstrawersji; drugi natomiast, określony jako emocjonalność negatywna, bliski jest neurotyzmowi i wiąże się z doświadczeniem lęku czy depresji. W zależności od tego co przeważa – ekstrawersja czy neurotyzm – ludzie wykazują się pewną tendencją do zniekształcania rzeczywistości. Osoby z wysoką ekstrawersją koloryzują ocenę zdarzeń, przez co ta sama rzeczywistość wydaje się lepsza, niż gdy ją spostrzegają neurotycy. Również inne wymienione wyżej cechy osobowości, takie jak ugodowość czy sumiennosc mają wpływ na odbiór zdarzeń, które wzmacniają lub osłabiają poczucie szczęścia. Przykładowo osoba ugodowa ma większą szansę na satysfakcjonujące ją relacje, a osoba sumienna może czerpać więcej radości z dobrze wykonywanej pracy. Podsumowując – osobowość ludzi szczęśliwych różni się od nieszczęśliwych występowaniem pewnych cech oraz ich proporcją. Szczęśliwi są bardziej ekstrawertyczni, ugodowi i sumienni, a przy tym mniej neurotyczni. Porczyńska-Ciszewska (2013, s. 99) zadaje również ważne retoryczne jak dotąd pytanie: *Czy, a jeśli tak, to w jakim stopniu udać się może nieszczęśliwym poprawa dobrostanu psychicznego przez zmianę osobowości?* Być może będzie to przedmiotem dalszych badań w tym obszarze.



W kontekście wpływu osobowości na doświadczanie satysfakcji życiowej istotną rolę odgrywa poczucie lokalizacji kontroli. Osoby, które wierzą w swój wpływ na kontrolę wydarzeń oraz w możliwość dokonywania wyborów – są bardziej zadowolone z życia. Odwrotnie jest z osobami umieszczającymi kontrolę na zewnątrz siebie, przypisując ją innym ludziom czy zrządeniom losu. Dodatkowo ważną kwestią jest prawdopodobieństwo, że osoby doświadczające wielu tragicznych przeżyć stają się mniej szczęśliwe; twierdzą one bowiem, że nie mają wpływu na przebieg zdarzeń (Diener, 1984, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013). Przy tym temacie warto również przytoczyć trzy najważniejsze mechanizmy szczęścia: wyznaczanie ambitnych ale realistycznych celów, wiara w swoje zdolności i zasoby do osiągnięcia tych celów oraz adekwatne informacje zwrotne wskazujące na progres. Daje to oczywisty wniosek, że osoby wierzące w siebie i mające poczucie sprawstwa są bardziej szczęśliwe (Porczyńska-Ciszewska, 2013). Csikszentmihalyi (1996) zgodnie ze swoją „teorią przepływu” podaje ponadto, że posiadanie kontroli nad wydarzeniami pozwala na podejmowanie ryzyka, co wiąże się z przyjemnymi doświadczeniami i podnosi jakość życia.

Jeszcze innym aspektem osobowości mającym wpływ na odczuwanie dobrostanu jest *wzór zachowania A*. Friedman i Rosenman (1959) opisują WZA jako *kompleks działańowo emocjonalny* zawierający: potrzebę uznania i osiągnięć, rywalizację, impulsywność i szybkość działania, psychofizyczną hipergotowość do zaangażowania w różne aktywności. Natomiast nieco później Glass (1977, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 92-93) opisał ten wzór jako: *nieustanne zmagania o panowanie nad sytuacją w otoczeniu*. Z jednej strony osoby tak funkcjonujące osiągają życiowe sukcesy mające wpływ na jakość życia, z drugiej zaś strony szeroko opisano te zjawiska w kontekście doświadczania chronicznego stresu i ryzyka chorób serca.

2.3.2 Czynniki społeczne

Opisane w poprzednim podrozdziale czynniki podmiotowe, związane głównie z cechami osobowościowymi danej jednostki podlegają – jak już wspomniano – kształtowaniu na przestrzeni życia poprzez doświadczenia społeczne. Do takich niewątpliwie należą: status społeczno-ekonomiczny, praca bądź jej brak oraz jakość relacji interpersonalnych. Do determinant poczucia jakości życia w opisywanym obszarze można także zaliczyć: czas wolny i sposób jego organizacji, religijność rzutująca na życie w społeczności, a także jakość środowiska naturalnego oraz sytuacja polityczno-gospodarcza. Z uwagi na kontekst niniejszej pracy, podrozdział ten dotyczył będzie trzech pierwszych wymienionych uwarunkowań, ponieważ w tych właśnie obszarach destrukcja alkoholowa jest bardzo wyraźna.



Jakość życia a status społeczno-ekonomiczny

Pytanie, czy osoby bogate, dobrze sytuowane są szczęśliwsze od biedniejszych – jest znane od wieków i potocznie tak się uważa. Opierając się na badaniach wspomnianego już wcześniej Veenhova (1984) można powiedzieć, że ludzie mniej zamożni czują się generalnie mniej szczęśliwi niż osoby lepiej sytuowane. Jest tak prawdopodobnie dlatego, że status społeczny (dający m.in. większe zasoby) pozwala na lepsze radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i minimalizuje stres związany z brakiem bezpieczeństwa. Według Porczyńskiej-Ciszewskiej (2013), opierającej się na licznych dowodach empirycznych, ta zależność jednak nie jest aż tak silna, jak się wydaje. Przede wszystkim zależność ta nie jest jednoznaczna z powodu różnie rozumianych aspektów dobrobytu, czy takich czynników jak płeć, wiek, zdrowie i styl życia. Doprecyzować też należy pojęcie „status społeczno-ekonomiczny”. Autorka na podstawie obszernego materiału zawęży omawiane pojęcie do trzech wskaźników: *wysokość dochodów, prestiż zawodowy i wykształcenie* (2013, s. 110). Znacząco wypowiada się w tym temacie Czapiński (1994), na którego powołuje się autorka podając, że: *osoby z wyższą pozycją społeczną (czyli z wyższymi dochodami, wykształceniem oraz mniej szkodliwą fizycznie pracą) mają lepsze warunki do dbania o swoje zdrowie, prowadzą bardziej higieniczny i interesujący tryb życia, i tą drogą podtrzymują zadowolenie z życia* (Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 111). Czapiński (2003) na podstawie przeprowadzonych w Polsce badań – które okazały się zbieżne z wynikami uzyskanymi przez dwie amerykańskie ekonomistki Graham i Fitzpatrick – wysunął tezę, iż kwestię wpływu bogactwa na odczuwany poziom zadowolenia należy traktować jako sprzężenie zwrotne. To znaczy, że doświadczanie szczęścia jest pierwotne, bowiem osoby pozytywnie nastawione do życia dzięki swoim osobistym zasobom zdobywają awans ekonomiczny. Czapiński potwierdza też empirycznie, że pieniądze nie dają szczęścia. Wypowiada się on w kwestii wykształcenia dowodząc, że nawet jeśli wykształcenie wzrasta (a wraz z nim dochody), to nie jest to proporcjonalne do wzrostu poczucia szczęścia (za: Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 111-112). Wcześniej podobne badania przeprowadzał m.in. Diener (1985, 1993) dowodząc, że pieniądze przynoszą szczęście w niższym stopniu niż powszechnie się uważa, a większe znaczenie w tym względzie mają satysfakcjonujące kontakty towarzyskie. W powyższym badaniu Diener i Biswas-Diener (2010) podają, że o ile posiadanie pieniędzy zwiększa poczucie zadowolenia, to zbyt silne pragnienie ich posiadania obniża jakość życia. Przywołać też można w tym miejscu konkluzję Veenhova, który udowodnił empirycznie, że gdy człowiek osiągnie już poziom zasobów materialnych zaspokajających jego podstawowe potrzeby, to dalsze bogacenie się nie daje



proporcjonalnie większego zadowolenia z życia. Podsumowując: *najprawdopodobniej dla poczucia szczęścia istotne znaczenie ma nie tyle bezwzględny poziom dobrobytu i prestiżu społecznego, ile spostrzegane przez jednostkę różnice pomiędzy aktualną sytuacją własną a sytuacją innych ludzi oraz własną sytuację z przeszłości, czyli rozbieżność między tym, co człowiek sądzi, że mu się należy, a tym, co rzeczywiście posiada* (Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 118).

Jakość życia a praca

Jak dowodzą badania, zadowolenie z pracy znajduje się na niższej pozycji niż zadowolenie z życia małżeńskiego i rodzinnego, jednak z drugiej strony brak satysfakcji z pracy potrafi mocno zachwiać ogólne poczucie zadowolenia z życia, a nawet udowodniono, że jest podstawowym źródłem nieszczęścia (Benin i Nienstedt 1985, Argyle, 2004b, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 121). O tym, czym jest zadowolenie z pracy pisze Bera (2008, s. 65) na podstawie przeanalizowanej literatury przedmiotu: *Zadowolenie z pracy stanowi funkcję zaspokojenia potrzeb pracownika i zależy od jego indywidualnych oczekiwań zawodowych oraz stopnia, w jakim zostały one zrealizowane w określonej sytuacji pracy (...). Jednak (...) nie jest wyłącznie funkcją tego, co praca daje, lecz tego, czego się jeszcze pragnie. Jest po prostu wypadkową satysfakcji z tego, co się ma i niezadowolenia z tego, czego się jeszcze nie posiada. Jest wypadkową potrzeb już zaspokojonych i aspiracji niezaspokojonych.* Autor ten próbuje określić, jakie elementy wpływają na zadowolenie z pracy. Opierając się na stanowisku Reykowskiego (1973) podaje on, że:

- zadowolony pracownik ma poczucie, iż praca jaką wykonuje zaspokaja jego potrzeby zgodnie z oczekiwaniami;
- wniesiony przez pracownika nakład jest odpowiednio kompensowany przez otrzymywane korzyści;
- praca musi odpowiadać kwalifikacjom, doświadczeniu i poziomowi obciążenia, adekwatnie dla danego pracownika;
- praca powinna przebiegać w sposób planowy, niezakłócony, aż do uzyskania spodziewanych rezultatów;
- pracownik powinien mieć możliwość osiągnięcia rozwoju osobistego (np. w postaci awansu, zdobycia wyższych kwalifikacji, osiągnięcia wyższego prestiżu i zarobków);
- zadowolenie z pracy zależy od stosunków panujących w danym zakładzie i od tego, czy jest to zgodne z wyobrażeniami jak być powinno;



- zadowolony pracownik ma poczucie, że w razie trudności dysponuje sposobami zaradczymi;
- o stopniu zadowolenia z pracy decydują też warunki zapewniające określony poziom komfortu (np. czyste, estetyczne stanowisko, praca w ciepłe itp.).

Warto przytoczyć też inny rodzaj klasyfikacji źródeł zadowolenia z pracy, które Bera (2008, s. 67) oparł na stanowisku Gallermana: *Pierwszym najważniejszym są motywy, które skłoniły pracownika do danej pracy ze względu na jakieś osobiste potrzeby. Drugim źródłem jest postępowanie pracodawcy, jego menedżerów i wynikające stąd nadzieje dla pracownika. Trzecim – są różne złudzenia i mity, jakim ulegają poszczególni pracownicy na skutek błędnej oceny i interpretacji zarówno własnych możliwości, jak też warunków pracy lub danych warunków społeczno-ekonomicznych w których żyją.* Ten sam autor powołuje się na dane empiryczne przeprowadzone przez Jezior (2005), która to ustaliła, że spośród grupy badanych osób aż 3/4 wyraziło zadowolenie z pracy na podstawie takich aspektów, jak: *gratyfikacja materialna, dobra atmosfera międzyludzka, możliwość wykorzystania umiejętności zawodowych w praktyce oraz pewność utrzymania pracy* (za: Bera, 2008, s. 69). Inni badacze tematu (Diener, Biswas-Diener, 2011) również zwracają uwagę, że w obszarze pracy zawodowej mieszczą się nie tylko zadania do wykonania, ale także relacje z przełożonymi i współpracownikami, polityka firmy czy dojazd do miejsca zatrudnienia. Pracownicy odczuwają zadowolenie, gdy mają poczucie szacunku, sensowności wykonywanej pracy, rozumieją zakres swojej aktywności, otrzymują adekwatne informacje zwrotne dotyczące zarówno pozytywów jak i wskazówek usprawniających pracę, a także mogą liczyć na wsparcie emocjonalne i odpowiednie narzędzia pracy. Dodatkowo na zadowolenie z pracy wpływa poczucie zróżnicowania i samodzielności wykonywanych obowiązków, a także przyjemność dająca wrażenie zatarcia granicy między powinnościami a rekreacją. W ostatecznym rozrachunku zadowoleni pracownicy stają się bardziej kreatywni, wprowadzają nowatorskie pomysły, udogodnienia, z których mogą korzystać inni, są życzliwi, łatwiej podejmują decyzje, oddzielają życie zawodowe od prywatnego, rzadziej miewają problemy z koncentracją uwagi i ogólną kondycję psychofizyczną, a więc i rzadziej korzystają ze zwolnień lekarskich. Podsumowując można powiedzieć, iż doświadczanie pozytywnych emocji w miejscu pracy pociąga za sobą korzyści na różnych płaszczyznach (Porczyńska-Ciszewska, 2013). Warto podkreślić wspomniane wyżej doświadczanie przyjemności wykonywanych czynności, które Csikszentmihaly (1996) określa mianem „przepływu” (*flow*). Oznacza to, że osoba może być tak pochłonięta pracą, że zatracą poczucie czasu, angażując się bez reszty. Jest to możliwe, gdy



praca jest dobrze dopasowana do zasobów jednostki i stanowi wypośrodkowanie między zadaniami zbyt trudnymi, budzącymi lęk, a zbyt łatwymi, prowadzącymi do nudy.

Interesujących spostrzeżeń dostarcza także Argyle (2004b, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013). Dotyczą one tzw. spójności grupy, w której się pracuje. Pracownik czuje w niej akceptację i przynależność. Funkcjonowaniu spójnej grupy sprzyja eliminacja nieporozumień związanych z różnymi pozycjami zajmowanymi w firmie oraz przepływ informacji i czytelne komunikaty. Autor wykazał też zależność między niskim zadowoleniem z pracy a doświadczaniem niepokoju, depresji, objawów psychosomatycznych oraz chorób kardiologicznych.

Badania dotyczące zadowolenia z pracy w kontekście poszczególnych zawodów wykazały, że najwięcej satysfakcji odczuwają osoby na stanowiskach wymagających większych umiejętności oraz odpowiedzialności (np. wykładowcy, naukowcy, lekarze, prawnicy, psychologowie, artyści malarze, menedżerowie, osoby z sektora usług finansowych). Natomiast najmniej zadowoleni są przedstawiciele zawodów opartych na prostych, powtarzalnych pracach (np. dekarze, kasjerzy, barmani, rzeźnicy). Autorzy badań jednak nie dowodzą, czy różnice te wynikają z charakteru samej pracy, czy też z tego, jacy ludzie wybierają te zawody (Diener, Biswas-Diener, 2010; Argyle, 2004b, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013).

Na koniec należałoby wspomnieć o skutkach pozostawania bezrobotnym. Na podstawie badań wiadomo, że *osoby bezrobotne mają znaczny deficyt poczucia własnej wartości, czują się gorsze od innych i mają poczucie, że poniosły porażkę. Mimo, że utrata pracy nie wpływa znacząco na samoocenę, to ma wyraźny wpływ na ocenę własnych braków oraz niedociągnięć. Obserwuje się również, że osoby bezrobotne często wpadają w apatię, zwłaszcza w sytuacji gdy nie potrafią sobie zorganizować czasu i nic nie robią. Warto również zauważyć, że osoby pozostające bez pracy charakteryzuje obniżone napięcie fizjologiczne i psychologiczne, w konsekwencji czego wolniej się poruszają; ponadto bezczynne siedzenie prowadzi dosyć często do załamania psychicznego. Udowodniono również, że bezrobocie przyczynia się do opóźnionego dojrzewania; absolwenci, którzy nie znaleźli zatrudnienia, mają silną tendencję do pozostawania na poziomie rozwoju psychologicznego osób nadal uczących się* (Argyle, 2004b, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 133).

Jakość życia a relacje interpersonalne

Człowiek jest istotą stworzoną do relacji. Oczywiście każdy potrzebuje odosobnienia w pewnym zakresie, co pozwala na uzyskanie dystansu czy ulgi od niepokojów dnia codziennego,



jednak jeśli stan samotności czy izolacji przedłuża się, wówczas psychospołeczne funkcjonowanie człowieka ulega zaburzeniu.

Badania dotyczące powyższej kwestii prowadzone były od dawna, a pewne wzmianki historyczne sięgają nawet czasów Fryderyka II, który rządził (w okresie 1220-1250) Cesarstwem Rzymskim Narodu Niemieckiego. Dokonał on nieludzkiego eksperymentu na nowonarodzonych niemowlętach, których matki miały zakaz odzywania się do dzieci. Mogły jedynie karmić je, myć i pielęgnować. Eksperyment miał wykazać, w jakim języku dzieci zaczną wypowiadać samoistnie pierwsze słowa; jednak nie udało się, ponieważ dzieci te nie przeżyły, pozbawione pieczy i słów miłości od matek (Ross i McLaughlin, 1949, za: Adler, Rosenfeld, Proctor II, 2016). Oznacza to, że brak porozumiewania się między ludźmi ma negatywny wpływ na stan zdrowia. Świadczą o tym chociażby współczesne badania (Stephens i Long, 2000, za: Adler i in., 2016) prowadzone wśród funkcjonariuszy policji, które udowodniły, że istnieje zależność między zdrowiem i dobrym samopoczuciem a możliwością rozmowy o trudnych doświadczeniach zawodowych ze współpracownikami czy przełożonymi. Istnieją też konkretne dane uzyskane na drodze badań medycznych i socjologicznych (Duck, 1998; Fitzpatrick i Vangelisti, 2001; Uchino, 2004, za: Adler i in., 2016, s. 6), które dowodzą, że:

- osoby nie posiadające silnych więzi prawie trzykrotnie częściej mogą doświadczyć nagłej śmierci;
- osoby żyjące w społecznej izolacji częściej zapadają na nowotwory, niż osoby będące w związkach;
- osoby owdowiałe, rozwiedzione bądź w separacji są od pięciu do dziesięciu razy częściej hospitalizowane w związku z chorobami i zaburzeniami psychicznymi;
- izolacja społeczna podwyższa skłonność do zapadania na depresję, chorobę wieńcową, a nawet zwykłe przeziębienie (osoby aktywne towarzysko cztery razy rzadziej się przeziębają);
- ciężarne kobiety pozbawione wsparcia trzy razy częściej doświadczają komplikacji niż ciężarne kobiety posiadające więzi.

Ponadto wykazano (Koensten, 2004, za: Adler i in., 2016), iż wychowywanie dzieci w rodzinach, gdzie przywiązuje się dużą wagę do rozmawiania – w przyszłości sprzyja nawiązywaniu satysfakcjonujących związków uczuciowych oraz przyjaźni w obrębie tej samej płci. Na podstawie badań na Brytyjczykach (Argyle, 2004b, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013) określono trzy wymiary zadowolenia w relacjach interpersonalnych: pomoc materialna,



wsparcie emocjonalne oraz obszar wspólnych zainteresowań. W związku z powyższym stwierdzono, że najwięcej zadowolenia jest w stanie dać współmałżonek, a następnie bliscy, przyjaciele i znajomi oraz współpracownicy i sąsiedzi.

Oprócz podstawowej funkcji przeżycia, jaką daje porozumiewanie się, spełnia ono jeszcze jedną niezwykle ważną rolę – budowanie tożsamości poprzez nabywanie wiedzy o samym sobie. O tym jacy jesteśmy i kim się stajemy dowiadujemy się od innych ludzi. Pierwszej i najważniejszej takiej wiedzy dostarczają rodzice czy inni opiekunowie z wczesnego dzieciństwa, ale na przestrzeni całego życia wpływ innych osób i informacje od nich są znaczące (Adler i in., 2016). Rzetelne informacje zwrotne stanowią układ odniesienia pozwalający na lepszy wgląd w siebie, a co za tym idzie – osobisty rozwój. Jest to szczególnie istotne w procesie pokonywania uzależnienia, w którym obecność specyficznych psychologicznych mechanizmów obronnych zakłóca prawidłowy odbiór rzeczywistości i konieczne są informacje z zewnątrz urealnijające perspektywę widzenia. Otoczenie staje się wówczas „lustrem”, pozwalającym na konfrontację z rzeczywistością. Będzie jeszcze o tym mowa w trzecim rozdziale niniejszej pracy.

Podsumowując można powiedzieć, opierając się na wypowiedziach respondentów w jednym z badań (Campbell i in., 1976, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013), że relacje interpersonalne uznane są za najważniejszy czynnik nadający znaczenie życiu. Jeżeli człowiek posiada sieć osób, z którymi czuje się zintegrowany, wymienia z nimi poglądy, dzieli się swoimi doświadczeniami, ma więź uczuciową i realne wsparcie – to jego jakość życia jest wysoka, opiera się bowiem na poczuciu bezpieczeństwa, akceptacji, orientacji w otaczającej rzeczywistości. *Dzięki istnieniu interakcji z społecznymi człowiek może czuć się lubianym, rozumianym, szanowanym, może potwierdzić lub korygować swoją percepcję świata, otrzymywać rady, a jednocześnie sam może okazywać życzliwość i wsparcie innym* (Otrębska-Popiołek, 1991, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013, s. 143). Kontakty społeczne stanowią zatem najważniejsze źródło szczęścia i zdrowia szeroko pojętego. Badania potwierdzają, że najwięcej zaburzeń psychicznych pojawia się w wyniku kombinacji wysokiego poziomu stresu i niewielkiego wsparcia społecznego. Zbadano bowiem, że wspierające relacje mają zdolność redukcji napięć emocjonalnych, ponieważ pozwalają na przyływ pozytywnych odczuć, wzrost samooceny i konkretne sposoby rozwiązywania problemów (Argyle, 2004b, za: Porczyńska-Ciszewska, 2013).



Rozdział 3. Psychospołeczne funkcjonowanie osób uzależnionych od alkoholu

Poprzednie rozdziały traktujące o lęku oraz poczuciu jakości życia można powiązać z niniejszym, trzecim rozdziałem, dotyczącym uzależnienia od alkoholu. Twórcy psychologicznych koncepcji lęku – zwłaszcza Freud i Horney – opisują osoby neurotyczne jako szczególnie podatne na uzależnienia. Uważa się, że występowanie alkoholizmu wiąże się z przymusem regularnego obniżania napięcia. Wiele obserwacji klinicznych pokazuje związek między lękiem a uzależnieniem od alkoholu. Często zdarza się, że osoby cierpiące na fobie używają alkoholu, by pozbyć się napięcia związanego z lękiem (Mullaney, Trippett, 1982, za: Seligman, Walker, Rosenhan, 2003). Istnieje również związek między uzależnieniem a jakością życia. Większość autorów uważa, że uzależnienie wpływa na jakość życia skutecznie je obniżając, jednak zwrócono uwagę także na odwrotną zależność, w której to niska jakość życia przyczynia się do nadużywania bądź uzależnienia od alkoholu (Florkowski i in., 2000, za: Chodkiewicz, 2012). Istnieją badania przeprowadzone dwukrotnie w okresie trzech lat na reprezentatywnej grupie Amerykanów (22 245 osób, test SF-12), które dowodzą, że pojawienie się objawów uzależnienia od alkoholu znacząco wiąże się z obniżeniem poziomu jakości życia. Badania te były ważnym głosem wokół kontrowersji czy alkoholizm należy traktować jako chorobę, czy raczej nieprzystosowawczą reakcję wobec trudnych sytuacji życiowych (Dawson i in., 2009, za: Chodkiewicz, 2012). Rozdział poniższy pozwoli przyjrzeć się temu, czym jest alkoholizm (od historii używania alkoholu, przez próby stawiania granic negatywnym skutkom jego nadużywania, po kryteria diagnostyczne uzależnienia od tej substancji) oraz jak funkcjonują osoby uzależnione i na czym polega ich leczenie.

3.1. Uzależnienie od alkoholu

Kwestia terminologii oraz precyzyjnego określenia wskaźników diagnostycznych omawianego zjawiska ze względu na jego wielopłaszczyznowość, od wielu dekad przysparza trudności. W literaturze przedmiotu można spotkać stosowane zamiennie pojęcia: alkoholizm, nałóg alkoholowy i uzależnienie od alkoholu – takie podejście prezentował m.in. Keller w latach 60. (Keller, 1993, s. 49). Podrozdział ten dotyczył będzie historii używania alkoholu, a następnie definicji i kryteriów diagnozy uzależnienia alkoholowego.



3.1.1. Rys historyczny używania alkoholu

Alkohol nazwany jest „najstarszym narkotykiem świata” (Lindenmeyer, 2007). Trudno powiedzieć, kiedy po raz pierwszy człowiek zetknął się z tą substancją – przyjmuje się, że nastąpiło to w sposób przypadkowy. Odkryty został – podobnie jak ogień – dzięki działaniu natury i ludzkiej ciekawości; istnieje zatem dłużej niż człowiek. Nie wiadomo też, jaki rodzaj alkoholu powstał jako pierwszy spośród trzech znanych – piwo, wino czy miód pitny; istnieją natomiast dowody, że człowiek epoki neolitu używał piwa oraz wina (Kulisiewicz, 1982; Kinney, Leaton, 1996). Produkcja alkoholu dotyczy czasów, kiedy ludzie zamiast koczowniczego trybu życia zajęli się uprawą i hodowlą (Lindenmeyer, 2007). *Rola napojów alkoholowych w kulturze neolitycznej została ściśle i zgodnie określona przez badaczy tego okresu: napojów alkoholowych używano zbiorowo, głównie i zasadniczo w obrzędach rytualnych. Nie ulega wątpliwości, że człowiek pierwotny pił dużo jednorazowo i upijał się, ale czas, miejsce i sposób (model) picia były zawsze surowo regulowane przez obyczaj* (Kulisiewicz, 1982, s. 11). Od wieków znany był bowiem fakt, iż regularne i długotrwałe używanie alkoholu prowadzi do niekorzystnych zmian w organizmie, o czym świadczą przekazy w Biblii, Talmudzie czy pismach Seneki (Woronowicz, 2009), a nawet jeszcze wcześniejsze. Pierwsze wzmianki o tym, gdzie i kiedy alkohol pojawił się po raz pierwszy dotyczą Mezopotamii około 5000 lat temu. Prawo Hammurabiego z XVIII w. p.n.e. uwzględniało już wówczas regulację problemu upijania się (Kulisiewicz, 1982). Mimo, że podchodzono z ostrożnością do nadmiernej konsumpcji alkoholu, to jednak w Starym Testamencie istnieją zapisy o szacunku dla napojów alkoholowych (np. ofiarowanie wina) oraz zalecaniu ich jako lekarstwa. Dla przykładu, Księga Przysłów mówi: *Podaj do picia mocny napój (wino nierozcieńczone) temu, który umiera, a wino tym, których serca są pełne smutku. Pozwól im pić i zapomnieć o ich nędzy i ubóstwie* (Kulisiewicz, 1982, s. 12). W Nowym Testamencie natomiast św. Paweł doradzał Tymoteuszowi: *Nie pij wyłącznie wody, lecz zażyj wina na twój żołądek i nieustanne dolegliwości* (Kinney, Leaton, 1996, s. 20). W starożytności obrzędowe używanie alkoholu zaczęło nabierać też znaczenia biesiadowego. W średniowieczu przeniknęło już właściwie do wszystkich dziedzin życia, a głównymi ośrodkami produkcji alkoholu stawały się klasztory, które miały w posiadaniu winnice i browary (Kinney, Leaton, 1996; Lindenmeyer, 2007). W X wieku za sprawą arabskiego lekarza Phazesa odkryty został destylowany spirytus, ponieważ na drodze naturalnej nie można było uzyskać mocniejszego alkoholu niż 14-procentowy jego roztwór. Spirytus używany był wyłącznie do celów medycznych i aż do XVI wieku alkohole destylowane nie były w powszechnym użyciu



(Kinney, Leaton, 1996). Na przełomie XVI i XVII wieku sytuacja zmieniła się: w opinii publicznej pojawiały się coraz częściej wzmianki o „pladze pijaństwa”. W 1534 roku Luter nazwał alkohol „narodowym nienasyconym diabłem”, a w 1551 roku w Polsce (dokładnie w Bieczu) uchwalono zakaz wybierania władz miejskich przez osoby będące pod wpływem alkoholu. Był to pierwszy kryzys alkoholowy, zatrzymany dopiero po 150. latach. W Polsce stało się to za sprawą króla Stanisława Augusta Poniatowskiego, który nie tolerował pijaństwa (Lindenmeyer, 2007). W XVII wieku w Europie po raz pierwszy zaobserwowano wyłaniający się podział społeczeństwa w kontekście używania alkoholu, który właściwie pozostał do obecnych czasów. Jest to podział na większość pijącą w sposób umiarkowany i kontrolowany oraz mniejszość, gdzie model picia alkoholu jest widoczny i wiąże się z brakiem zahamowań oraz postępującymi problemami życiowymi. Od 1650 roku osoby uzależnione zaczęto izolować od społeczeństwa, umieszczać w specjalnych zakładach wraz z innymi osobami wykluczonymi społecznie (jak np. zbrodniarze, prostytutki, psychicznie chorzy), a także mieli oni przymus pracy (Lindenmeyer, 2007). Mimo wprowadzania obostrzeń, regulacji prawnych (np. w Anglii w 1606 roku upojenie alkoholowe traktowano jako przestępstwo), obserwowano sukcesywny wzrost konsumpcji alkoholu w Europie (Kinney, Leaton, 1996). W przedziale między 1820 a 1900 rokiem odnotowano drugi kryzys alkoholowy. Wynikał on z jednej strony z biedy, a z drugiej – z coraz większego uprzemysłowienia, migracji ludności (co wiązało się z trudnościami adaptacyjnymi do nowych miejsc); rozwijał się też przemysł alkoholowy. Ciężką fizycznie pracę gratyfikowano za pomocą alkoholu w miejscu zatrudnienia – (...) *nawet surowy kanclerz Bismarck uważał alkohol za ważny środek wzmacniający dla robotników* (Lindenmeyer, 2007, s. 44). W Polsce od XVII do XVIII wieku wzrost spożycia alkoholu wiązał się z tym, że poszukując sposobów na zbyt zboża odkryto, iż najprostsze jest przerabianie ziarna na piwo. W tym okresie rozwijało się zjawisko „propinacji”, czyli szlacheckiego monopolu produkcji i sprzedaży napojów alkoholowych, co w połowie XIX wieku dało efekty zatrważającego wzrostu spożycia, sięgającego 40 litrów 80-procentowego alkoholu na głowę rocznie (Kulisiewicz, 1982, s. 14). Dalszy okres – tzw. „czasy saskie” przyniosły dodatkowo zwiększenie tolerancji społecznej wobec pijaństwa. Produkcja wódki zaczynała być coraz tańsza przez zastosowanie ziemniaków zamiast zboża (Kulisiewicz, 1982). W czasach zaborów największe spożycie alkoholu odnotowano w Galicji oraz zaborze rosyjskim, gdzie w połowie XIX wieku pojawiła się z inicjatywy księży idea „bractw trzeźwości”, nieudana zresztą przez wpływy lobby gorzelnianego. Natomiast w Rosji strategia ministerstwa finansów (które czerpało ogromne zyski z akcyzy) budziła jeszcze większą grozę, o czym świadczy historyczny zapis raportu przedstawionego carowi w 1904 roku:



Zaobserwowany raptowny wzrost konsumpcji alkoholu nie jest nieszczęściem, lecz dowodem dobrego samopoczucia społeczeństwa (Lindenmeyer, 2007, s. 45). Z kolei sytuacja w Ameryce przedstawiała się następująco – w okresie od XVII do XIX wieku, aby poradzić sobie z problemami wynikającymi z nadużywania alkoholu (szczególnie spirytusu), stosowano regulacje prawne i normy społeczne. Dla przykładu – prawo w stanie Connecticut zakazywało picia alkoholu w czasie dłuższym niż pół godziny. Stanowisko wobec używania alkoholu podzieliło Amerykę: część hołdowała picciu jawnemu („saloony” pełniące rolę ośrodków życia publicznego), a z drugiej strony – mocna opinia, że jest to wykroczenie przeciwko prawu i moralności, która to przyczyniła się do rozkwitu „ruchów wstrzemięźliwości” oraz prohibicji w 1919 roku (Kinney, Leaton, 1996). Jednak Wielki Kryzys gospodarczy w Ameryce w 1928 roku przyczynił się do tego, że ostatecznie prohibicja została zniesiona w 1933 roku. Ta data jest też historyczna ze względu na powstanie Wspólnoty AA. Wyraźny spadek konsumpcji alkoholu, szczególnie w Europie, zaczął się pojawiać dopiero w następstwie dwóch wojen światowych. W 1933 roku faszyci uchwalili ustawę regulującą dziedziczenie: *Kto cierpi na ciężki alkoholizm powinien być wysterylizowany* (Lindenmeyer, 2007, s. 47). w Polsce w okresie drugiej wojny światowej trzykrotnie wzrosło spożycie alkoholu w stosunku do okresu międzywojennego, co oczywiście wiąże się z tragizmem okupacji oraz faktem, że Niemcy stosowali perfidną strategię płacenia alkoholem części wynagrodzenia za pracę czy odstawiane przez ludność wiejską kontyngenty żywnościowe (Kulisiewicz, 1982; Lindenmeyer, 2007). Po wojnie na krótko odnotowano spadek używania alkoholu, jednak od 1950 do 1980 roku (czasy „Solidarności”), utrzymywało się ono na dość wysokim poziomie. Badacze tego tematu wysunęli ciekawy wniosek, iż *poczucie wolności, optymizm i nadzieja są w naszym kraju niezwykle czułym „barometrem” spożycia alkoholu. Gdy bowiem ogłoszono stan wojenny, spożycie alkoholu pomimo reglamentacji oraz słynnej godziny 13, wróciło do poprzedniego poziomu* (Lindenmeyer, 2007, s. 50). Jeśli chodzi o Zachód – to od roku 1960 obserwowano zjawisko opisane jako „cud gospodarczy”. Podniesienie poziomu życia przyczyniło się do wystąpienia trzeciego kryzysu alkoholowego, z którym podjęto walkę przy pomocy wspomnianego już ruchu AA i rozwijającej się terapii (Lindenmeyer, 2007). Szerzej o tych sposobach zaradczych będzie traktował rozdział dotyczący leczenia.

3.1.2. Kwestie technologiczne

Najprościej uzależnienie od alkoholu opisuje chińskie powiedzenie: *Człowiek sięga po kieliszek, kieliszek sięga po butelkę, a potem butelka sięga po człowieka*. W tym rozumieniu człowiek to: *Osoba będąca w czyimś posiadaniu lub pod kontrolą czegoś* (Kinney, Leaton,



1996, s. 62). Jak podaje Peele (1993), istotę owej zależności stanowi bierność osoby uzależnionej, która przekazuje kontrolę nad swoim życiem komuś lub czemuś. Oddaje ona w ten sposób odpowiedzialność za własne życiowe trudności oraz wycisza towarzyszące jej lęki, szczególnie bolesny lęk związany z własną niedoskonałością. Uzależnienia nie powoduje substancja psychoaktywna sama w sobie; chodzi o efekt jaki ta substancja wywołuje u danej osoby w określonych okolicznościach. Z jednej strony istotnie zredukuje ona lęk, ale w następstwie tego zmniejsza możliwości zaradcze człowieka i uczucie lęku potęguje się. Można dodać, że szczególnie dotkliwie lęk nasila się wobec braku substancji. Osoba uzależniona coraz częściej sięga po środek odurzający jako nagrodę, której nie potrafi uzyskać w realnym świecie. Efekt jest natychmiastowy i zgodny z oczekiwaniem, w efekcie czego głównym źródłem nagród staje się ów środek. Jakkolwiek dziwnie to zabrzmie – uzależniony stale powraca do swojej substancji, gdyż daje mu ona poczucie bezpieczeństwa, stałość i przewidywalność, a nałóg w swej istocie pozwala usprawiedliwiać niepowodzenia. Można zatem powiedzieć, że: *nałóg jest stylem życia, sposobem radzenia sobie ze światem i z sobą samym, sposobem interpretowania swoich doświadczeń, łącznie z doświadczeniami wywołanymi przez środki psychoaktywne. Heroina i alkohol silnie oddziałują i na organizm, i na emocje, ale skutki ich zażywania same w sobie nie powodują uzależnienia. Istotę nałogu stanowi sposób, w jaki dana osoba reaguje na działanie narkotyku i jak go odbiera. A to jest wynikiem indywidualnego podejścia do życia oraz siebie samego, co z kolei jest zdeterminowane doświadczeniami z dzieciństwa, osobowością oraz obecną sytuacją społeczną* (Peele, 1993, s. 64). Jak widać, istota uzależnienia jest sprawą złożoną, co – wraz z postępem naukowego rozumienia tego zjawiska – zaczęło przysparzać trudności w jego zdefiniowaniu. Zaobserwowano, że alkoholicy różnią się między sobą: nie u wszystkich występuje delirium tremens po odstawieniu alkoholu i nie wszyscy zapadają na marskość wątroby. To, co było uważane za jeden problem o nazwie „alkoholizm”, na przestrzeni czasu podlegało dyskusji nad „odmiennymi alkoholizmami” (Kinney, Leaton, 1996, s. 63).

Pierwszym, który nazwał alkoholizm chorobą był amerykański psychiatra dr Rush. W 1774 roku podzielił się on następującymi doświadczeniami: *Moje obserwacje pozwalają mi stwierdzić, że osoby uzależnione od alkoholu powinny natychmiast i całkowicie zrezygnować z tego trunku. Nie próbuj go, nie bierz do ręki i nie dotykaj. W mieszkaniu człowieka, który chce się leczyć z picia, nie powinno być niczego, co zawiera alkohol* (Lindenmeyer, 2007, s. 46). W 1785 roku opisał kolejne wnioski: *Nieumiarkowane używanie spirytualiów (...) przypomina pewne choroby dziedziczne, rodzinne i zakaźne, a przyczynami mogą być m.in. „rozczarowanie światowymi dążeniami i poczucie winy”* (Woronowicz, 2009, s. 137). Koncepcja Rusha



pozwoili na to, aby nie traktować juŹ problemowego picia alkoholu jako grzechu oraz dała ona podłoŹe do terapeutycznego podejścia, iŹ alkoholik jako osoba chora (...) *nie moŹe być pociągnięty do odpowiedzialności za bycie alkoholikiem*, co pozwala uznać „alkoholizm bez winy” (Anderson, 1993, s. 13). Z kolei pierwszym lekarzem, który zajął się naukowym powiązaniem naduŹywania alkoholu z występowaniem zmian chorobowych był angielski internista Trotter. W 1804 roku napisał, Źe pijaństwo naleŹy uznać za chorobę (...) *wywołaną przez odległą przyczynę, powodującą takie czynności i ruchy w Źywym organizmie, które zakłócają czynności zdrowotne* (Woronowicz, 2009, s. 137). Zmiany alkoholowe opisane zostały wcześnieŹ w literaturze medycznej. Odkryto kolejno: w 1787 roku uszkodzenie nerwów, w 1793 roku uszkodzenie wątroby, a w 1813 – zbadano objawy delirium tremens (Lindenmeyer, 2007). W kwestii nazewnictwa – poza pijaństwem – funkcjonowały takie określenia jak: oinomania (od gr. oinos – wino) czy dipsomania (od gr. dipsa – pragnienie); ten drugi termin opisywał wszystkie postaci patologicznego picia (Kulisiewicz, 1982, s. 21). Określić: „alkoholizm” i „choroba alkoholowa” zaczęto uŹywać od 1849 roku za sprawą Hussa (lekarz króla szwedzkiego Karola IV), który w swoim dziele dotyczącym tego tematu opisał *specyficzne objawy nieprawidłowego funkcjonowania organizmu, będące efektem zmian spowodowanych przez alkohol* (Woronowicz, 2009, s. 138). Termin „nałóg alkoholowy” wprowadzili natomiast w 1901 roku Kurz i Kreapelin, określając osoby naduŹywające alkoholu jakoby *nie były dostatecznie silne, aby zaprzestać picia wówczas, gdy picie naraŹało je na poważne szkody materialne, społeczne i cielesne* (Woronowicz, 2009, s. 138). Do 1940 roku funkcjonowało około 40 form diagnozowania problemowego uŹywania alkoholu. W Polsce pionierami w tej dziedzinie byli lekarze: Szymkiewicz, autor „Dzieła o pijaństwie” oraz Piotrowski, który w 1924 roku na ZjeŹdzie Psychiatrów Polskich mówił o pijaństwie jako chorobie, niebezpiecznej zarówno dla pijącego, jak i jego rodziny (Woronowicz, 2009). Ostatecznie w 1942 roku Jellinek, pionier nowoczesnych badań uzaleŹnienia od alkoholu, określił definicję mówiącą, iŹ: *alkoholizm przewlekły to kaŹde uŹywanie napojów alkoholowych, które powoduje szkodę dla osoby pijącej, społeczeństwa lub obojga* (Woronowicz, 2009, s. 139). Po raz pierwszy opisał również podłoŹe alkoholizmu jako nałóŹenie się trzech czynników. Są to: podatność biologiczna oraz warunki psychologiczne i społeczne. Stworzył teŹ w obrębie alkoholizmu podział na cztery fazy oraz wyróżnił pięć typów alkoholizmu, oznaczonych literami alfabetu greckiego (Woronowicz, 2009). Szerzej będzie o tym traktował jeden z następných podrozdziałów. W kolejnych dziesięcioleciach kształtowały się dalsze próby definiowania alkoholizmu (Kinney, Leaton, 1996, s. 63-64; Woronowicz, 2009, s. 141-145). Definicje, które tworzyli eksperci, choć ujmowały to samo zjawisko, to



jednak w odmiennych aspektach. Niektóre definicje były opisowe albo koncentrowały się na przyczynach, konsekwencjach czy objawach – dawały więc wycinkowy obraz choroby. Zresztą samo traktowanie alkoholizmu w kategoriach choroby budziło kontrowersje, gdyż część badaczy traktowała alkoholizm nadal jako przejaw grzechu, patologii społecznej czy wyuczonego zachowania, co w efekcie podlegało ocenie moralnej. Eksperti funkcjonujący później w ramach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podejmowali szereg działań, mających na celu ujednoczenie kryteriów diagnostycznych, gdyż termin „alkoholizm” był niejednoznaczny i mógł obejmować zarówno: patologię społeczną związaną z nadużywaniem alkoholu, chorobę alkoholową jak również wzorzec picia alkoholu wykraczający poza kulturowe normy. Ponadto określenie „nadużywanie alkoholu” również wymagało doprecyzowania. Poniżej znajduje się chronologiczny przegląd prób definiowania i klasyfikowania omawianego zjawiska (Kinney, Leaton, 1996, s. 63-64; Woronowicz, 2009, s. 141-145).

Anonimowi Alkoholicy – wspólnota, powstała w 1935 roku, nigdy nie posiadała oficjalnej definicji, natomiast w użyciu funkcjonują do dziś dwa sposoby definiowania: *Obsesja umysłu i alergja ciała* (określenie dr Silkwortha, lekarza Billa W. – założyciela wspólnoty) oraz: *Alkoholik to osoba, która nie potrafi dokładnie przewidzieć co się wydarzy, kiedy wypije alkohol.*

Marty Mann – pierwsza kobieta, która dołączyła do AA w 1937 roku, a w latach 50. założycielka Narodowej Rady ds. Alkoholizmu; stwierdziła, że: *Alkoholik jest ciężko chorą osobą, ofiarą podstępnej, postępującej choroby, nader często mającej fatalny koniec. Alkoholik może być rozpoznany i skutecznie leczony.*

Mark Keller – wydawca pisma: „Badania nad alkoholem”; w 1960 roku określił, iż: *[Alkoholizm jest] przewlekłą chorobą, która objawia się powtarzającym się, zwracającym uwagę pićciem, prowadzącym do uszkodzenia zdrowia pijącego lub do upośledzenia jego społecznego czy ekonomicznego funkcjonowania.*

Na poziomie instytucjonalnym:

1951 – WHO podkomisja ds. alkoholizmu opracowała definicję, podlegającą dalszemu dopracowywaniu przez inne organizacje. Głosiła ona, że alkoholizm to: *Każda forma picia, która przekracza tradycyjne i zwyczajowe stosowanie alkoholu, wykraczająca poza istniejące w danej wspólnocie normy społeczne dotyczące picia, niezależnie od czynników etiologicznych*



prowadzących do tego rodzaju zachowań, niezależnie również od tego, w jakim stopniu te czynniki etiologiczne związane są z dziedzicznością, konstytucją czy nabytymi wpływami patofizjologicznymi i metabolicznymi. Oznaczało to, że alkoholizm traktowano jako problem medyczny.

1967 – WHO zaproponowała pierwszą klasyfikację problemów dotyczących używania substancji psychoaktywnych w ramach ICD-8 (ósmej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów), która to – podobnie jak klasyfikacje Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-I i DSM-II – zaliczyła alkoholizm do zaburzeń osobowości i nerwic. W ICD-8 alkoholizm stał się osobną kategorią obejmującą: *epizodyczne nadmierne picie, nawykowe nadmierne picie oraz nałóg alkoholowy, charakteryzujący się przymusem picia i objawami abstynencyjnymi po zaprzestaniu picia*. Tak rozumiany alkoholizm zdefiniowano jako: *Stan psychicznego i fizycznego uzależnienia, a w nim zwiększenie się tolerancji, zespół abstynencyjny, utratę kontroli picia, tj. niemożność powstrzymania się od picia, a w nałogu dalej posuniętym – zmniejszenie tolerancji*. W tym miejscu należy wyjaśnić, iż: zależność psychiczna oznacza tutaj częste lub stałe przyjmowanie kolejnych dawek alkoholu w celu uzyskania poprzednich przeżyć; zależność fizyczna stanowi biologiczną adaptację organizmu do alkoholu co oznacza, że bez tej substancji nie można prawidłowo funkcjonować, a przerwanie czy ograniczenie używania alkoholu skutkuje zespołem odstawienia (czyli zaburzeniem czynności ustroju); tolerancja natomiast jest stanem polegającym na tym, że dostarczanie tej samej dawki alkoholu skutkuje słabnięciem reakcji i konieczne jest zwiększenie dawki dla uzyskania spodziewanego efektu.

W roku 1977 WHO, a w 1980 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne podjęły prace nad uporządkowaniem standardów diagnostycznych. Obie organizacje w związku z nadmiarem definicji – nie podważając istnienia zjawiska alkoholizmu – zaproponowały, aby zmienić termin „alkoholizm” na „zespół uzależnienia od alkoholu”. Pozwoliło to na uzyskanie większej zgodności z nomenklaturą używaną w innych zespołach zależności od substancji psychoaktywnych. DSM-III R – Podręcznik diagnostyki i Statystyki Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – stworzył podział na dwa oddzielne zespoły zjawisk wokół używania alkoholu: „nadużycie alkoholu” i „uzależnienie od alkoholu”. Nadużycie wiąże się z niewłaściwym wzorem stosowania alkoholu lub takim używaniem tejże substancji, że w konsekwencji zagrożone jest zdrowie fizyczne. Uzależnienie z kolei dotyczy zależności psychicznej, w wyniku której picie alkoholu staje się czynnością nadrzędną sprawiającą, że inne aktywności życiowe schodzą na dalszy plan; ponadto mogą występować straty związane



z picciem oraz objawy zależności fizycznej. Jak podaje Woronowicz (2009, s. 145): *Rozpoznawanie uzależnienia od alkoholu należy więc opierać na analizie powiązanych ze sobą i powtarzających się objawów. Manifestują się one obecnością związanych z picciem zmian w zachowaniu, zmianami odczuwanymi subiektywnie oraz zmienionym stanem psychobiologicznym. Jednocześnie konieczne jest uwzględnienie wpływu czynników wewnętrznych i zewnętrznych, stopnia nasilenia objawów oraz częstości ich występowania. Prawdłowo postawiona diagnoza zespołu uzależnienia od alkoholu musi być więc wypadkową objawów somatycznych, psychicznych i społecznych, występujących w ramach określonego kręgu kulturowego.*

Lata 80. – to dalszy postęp w obszarze klinicznym i diagnostycznym uzależnienia od alkoholu. Powstały dwie kolejne klasyfikacje zaburzeń psychicznych mających międzynarodowy charakter: DSM-IV oraz ICD-10; nowością w obu przypadkach były założenia metodologiczne i praktyczne dotyczące leczenia. ICD-10 opublikowana została przez WHO w 1992 roku (w Polsce obowiązywała od 1997), natomiast DSM-IV opublikowano w 1994 roku na gruncie poprzednich jej wersji.

Aktualnie – obowiązują klasyfikacje: DSM-V, opublikowana w maju 2013 roku oraz ICD-10; od 1 stycznia 2022 obowiązywać będzie ICD-11.

3.1.3. Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu

Syntetyzując przedstawioną wcześniej wiedzę można powiedzieć, że przez długi czas jako alkoholizm rozumiano powtarzające się epizody upijania oraz funkcjonował on w mentalności społecznej w kategoriach grzechu lub wady, tudzież słabości charakteru. Alkoholizm uznany został za chorobę, ponieważ spełniał trzy podstawowe kryteria choroby (Woronowicz, 2009, s. 153):

- naruszenie stanu równowagi między zdrowiem a patologią;
- posiadanie swoistej etiologii;
- obecność czynnika fizycznego wśród przyczyn zmian patologicznych.

Alkohol oddziałując na ośrodkowy układ nerwowy, zwłaszcza mózg, generuje kolejne niekorzystne zmiany (np. w składzie chemicznym krwi czy systemie neuroprzebieżnictwa na poziomie neuronów). Szczególnie niebezpieczne jest uszkodzenie struktur mózgowych – badania wykazały, że u alkoholików może dochodzić do zniszczenia nawet 30% neuronów płatów czołowych. Ten obszar odpowiada za wyższe funkcje mózgowe, takie jak



przewidywanie czy planowanie oraz hamowanie zachowań instynktownych np. agresywnych (kontrola emocji). Podsumowując można stwierdzić za Woronowiczem (2009, s. 153), że *uzależnienie od alkoholu jest również chorobą (zaburzeniem czynności) mózgu*. Ponadto – jak podaje Falewicz (1993, s. 34) – uszkodzenie układu nerwowego przez działanie alkoholu może skutkować występowaniem chorób nerwowych i psychicznych oraz upośledzeniem funkcji innych narządów. Uzależnienie od alkoholu może prowadzić do powikłań: neurologicznych i psychiatrycznych (np. uszkodzenie nerwów obwodowych, encefalopatia alkoholowa, padaczka alkoholowa, otępienie alkoholowe, alkoholowy zanik mózdzku, halucynozja alkoholowa, psychoza Korsakowa, obłąd alkoholowy zwany zespołem Otella, majaczenie drżenne czyli delirium tremens); internistycznych (np. uszkodzenie wątroby, trzustki, dróg oddechowych) czy dermatologicznych (np. przebarwienie skóry, zmiany naczynkowe, przewlekłe zapalenie spojówek).

Umieszczenie alkoholizmu w kategorii chorób powodowało różne kontrowersje z jednej strony *alkoholik przestał być obiektem pogardy, a stał się osobą wymagającą opieki* (Kinney, Leaton, 1996, s. 67). W latach 40. ubiegłego stulecia rozpoczęła się stopniowa zmiana podejścia społeczeństwa do alkoholików. Alkoholizm zaczął być traktowany jako choroba przewlekła: można ją zatrzymać przez odpowiednie leczenie, którego celem jest umożliwienie pacjentowi życia niejako obok tej choroby. Może on wrócić do poczucia dobrostanu psychofizycznego, ale istnieje ryzyko nawrotu, któremu jednak można przeciwdziałać. Koncepcja alkoholizmu jako choroby oprócz pozytywnych stron posiadała też negatywne implikacje: pozwalała osobom uzależnionym na manipulację, będące elementem systemu obronnych przekonań (np. *To nie moja wina, to choroba; Nie potępiaj mnie za to, że jestem chory*), pozwalających niestety na budowanie komfortu dalszego picia. Alternatywą dla takich postaw było słynne bostońskie hasło: *Nie ma nic złego w tym, że jesteś alkoholikiem pod warunkiem, że próbujesz coś z tym zrobić* (Kinney, Leaton, 1996, s. 69). Ostatecznie w bieżącej nomenklaturze odchodzi się od koncepcji choroby. W świetle aktualnej, piątej edycji amerykańskiej klasyfikacji diagnostycznej DSM-V, zrezygnowano nawet z dotychczasowych kategorii diagnostycznych, takich jak: „nadużywanie alkoholu” oraz „uzależnienie od alkoholu”. Wprowadzono rewolucyjną zmianę polegającą na stworzeniu nowej kategorii – „zaburzenia związanego z używaniem alkoholu”, z podziałem na stopnie ciężkości tego zaburzenia w zależności od liczby stwierdzonych objawów (Jakubczyk, 2017, s13). Poniżej znajdują się systemy klasyfikacyjne ICD-10 oraz DSM-V.



ICD-10 (1992) - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

W przypadku **uzależnienia od alkoholu** zaproponowano, aby rozpoznawać je wówczas, kiedy w okresie ostatniego roku stwierdzono obecność co najmniej trzech z sześciu objawów z poniższej listy (za: Woronowicz, 2009, s. 148):

1. silna potrzeba („głód”) lub poczucie przymusu picia alkoholu;
2. subiektywne przekonanie o mniejszej możliwości kontrolowania zachowań związanych z piciem alkoholu, tj. trudności w:
 - powstrzymaniu się od picia
 - kontrolowaniu długości picia
 - kontrolowaniu ilości wypijanego alkoholu;
3. obecność fizjologicznych objawów zespołu odstawienia (abstynencyjnego) występujących przy próbach przerwania lub ograniczenia picia alkoholu albo przyjmowania substancji o podobnym działaniu w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
4. występowanie zjawiska tolerancji polegającego na konieczności przyjmowania coraz większych dawek alkoholu w celu osiągnięcia efektu uzyskiwanego poprzednio za pomocą dawek mniejszych;
5. postępujące zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań na rzecz zdobywania alkoholu, picia oraz odwracania następstw picia alkoholu;
6. picie alkoholu pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek z piciem alkoholu.

DSM-5 (od maja 2013) – piąta edycja amerykańskiej klasyfikacji diagnostycznej

Zgodnie z nowymi kryteriami tej klasyfikacji, rozpoznanie **zaburzenia związanego z używaniem alkoholu** (*alcohol use disorder AUD*) należy postawić w przypadku stwierdzenia problemowego wzorca spożywania alkoholu, który prowadzi do pojawienia się istotnych klinicznie zaburzeń, występujących pod postacią co najmniej dwóch z poniżej wymienionych objawów w okresie ostatnich 12 miesięcy (za: Jakubczyk, 2017, s. 13-14):

- spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano;
- uporczywe pragnienie picia alkoholu albo towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia;



- poświęcenie dużej ilości czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i likwidowaniem negatywnych skutków picia;
- głód alkoholu lub silne pragnienie, lub potrzeba picia;
- nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, szkole czy w domu;
- spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu;
- ograniczanie czy porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych;
- powtarzające się spożywanie alkoholu w sytuacjach, w których jest to ryzykowne (np. prowadzenie samochodu lub obsługiwanie maszyn przez osobę znajdującą się pod wpływem alkoholu);
- spożywanie alkoholu pomimo ciągłych bądź nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu;
- ujawnienie się tolerancji na alkohol związanej z potrzebą spożycia istotnie większej ilości alkoholu celem osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu;
- występowanie charakterystycznych objawów abstynencyjnych spowodowanych przerwaniem picia bądź zredukowaniem dawki alkoholu lub picie alkoholu/przyjmowanie substancji o podobnym działaniu z zamiarem złagodzenia albo uniknięcia objawów abstynencyjnych.

3.1.4. Podłoże bio-psycho-społeczne uzależnienia od alkoholu

Wielu badaczy tematu próbowało zgłębić powody, dla których ludzie piją alkohol i uzależniają się. Dotychczas nie udało się jednak ustalić, dlaczego jedni ludzie uzależniają się, a inni nie mimo, że w podobny sposób używają alkoholu. Podejmowano natomiast próby przyjrzenia się powodom i stylom picia oraz warunkom sprzyjającym uzależnieniu. Warto przytoczyć niektóre z nich (Woronowicz, 2009, s. 61), np. Dybowski (1883-1930) mówił o dziedzicznych skłonnościach, szeregu społecznych przekonań przyzwalających na picie (m.in. przesady dotyczące nieszkodliwości niskoprocentowych alkoholi czy „weny twórczej”



artystów); uważał, że łatwo można uzyskać przyjemność i oderwać się od codzienności pijąc oraz, że funkcjonuje lobby alkoholowe, mające wpływ na społeczeństwo. Z kolei Kępiński (1918-1972) opisał kilka stylów picia alkoholu: „neurasteniczny” – dla obniżania napięcia i redukcji zmęczenia, „kontaktowy” – w celu ułatwienia kontaktów międzyludzkich, „dionizyjski” – dla uzyskania stanu przyjemnego oszołomienia i ucieczki od życia, „heroiczny” – dla doświadczenia mocy, a także „samobójczy”. Istotną klasyfikację uwarunkowań składających się na etiologię uzależnienia od alkoholu jako pierwszy – jak już wspomniano wcześniej – stworzył Jellinek. Opisał on trzy nakładające się na siebie grupy czynników: biologiczne, psychologiczne i społeczne.

Czynniki biologiczne

Należą do nich przede wszystkim uwarunkowania genetyczne. Jak podaje Guze (1997): *Dysponujemy mocnymi dowodami na to, że alkoholizm jest zaburzeniem o podłożu genetycznym* (za: Seligman i in., 2003, s. 638). Sprawdzone informacje w tym temacie dotyczą badań oceniających drzewa genealogiczne, co dało wyniki, iż 50% dzieci alkoholików również uzależniło się od alkoholu. Oznacza to, że dzieci z rodzin alkoholowych są około cztery razy bardziej od reszty populacji narażone na ryzyko alkoholizmu (Kinney, Leaton, 1996). Inny rodzaj badań dotyczył dużej grupy bliźniąt w Skandynawii. Prace, które prowadził Goodwin doprowadziły do konkluzji, iż bliźnięta jednojajowe ze względu na ten sam materiał genetyczny około dwa razy częściej są do siebie podobne pod względem uzależnienia się od alkoholu, niż ma to miejsce u bliźniąt dwujajowych (Kinney, Leaton, 1996; Woronowicz, 2009). Nie należy jednak wyciągać wniosków, iż alkoholizm jest całkowicie dziedziczny (Lindenmeyer, 2007). *Uzależnienie od alkoholu nie jest chorobą genetyczną* (Mellibruda, 2006, s. 75), ale *wyraźnie dziedziczna jest skłonność do uzależnienia* (Sztander, 1993, s. 25). Chodzi tutaj zatem o *biologiczne (biochemiczne) podłoże, na którym może rozwinąć się uzależnienie* (Woronowicz, 2009, s. 64); czyli to tzw. „czynnik ryzyka” stanowi cechę dziedziczną (Seligman i in. 2003, s. 638). Same predyspozycje jednak nie przesądzają o sprawie uzależnienia, ponieważ *do rozwinięcia uzależnienia niezbędne jest długotrwałe i intensywne picie, a to nie jest dziedziczne* (Lindenmeyer, 2007, s. 94). Dodatkowo o tym czy ktoś się uzależni decydują jeszcze inne czynniki: psychologiczne, duchowe i społeczne. Ponadto w kontekście sprzyjających warunków wpływających na szybkość powstawania uzależnienia, wymienić należy stopień dojrzałości organizmu, szczególnie dojrzałość ośrodkowego układu nerwowego (Woronowicz, 2009). Empirycznie potwierdzono, że wiek, w którym rozpoczęło się intensywne picie alkoholu odgrywa znaczącą rolę: *osoby młode, poniżej 20 lat, które piją alkohol intensywnie, mogą*



uzależnić się już po pięciu, sześciu miesiącach. Między 20. a 25 rokiem życia potrzeba na to średnio około trzech, czterech lat, a powyżej tego wieku okres uzależnienia się może trwać kilka, a nawet kilkanaście lat, jednak należy pamiętać o uwarunkowaniach indywidualnych, które mogą te okresy skrócić lub wydłużyć (Woronowicz, 2009, s. 62). W kwestii nieprawidłowości działania układu nerwowego jako ryzyko uzależnienia wykazano w badaniach, że u synów alkoholików w okresie dorastania odnotowano zmiany w zapisie EEG, zanim jeszcze sięgnęli oni po alkohol (Seligman i in., 2003, s. 640). Do predyspozycji biologicznych zaliczyć należy również tolerancję na alkohol. Ważne badania w tym obszarze przeprowadził Schuckit (1987, 1998) i współpracownicy (Seligman i in., 2003) – badano przez wiele lat osoby stanowiące grupę podwyższonego ryzyka, u których w rodzinach pochodzenia odnotowano przypadki alkoholizmu oraz drugą grupę osób bez powiązań rodzinnych z alkoholizmem. W obu przypadkach występował ten sam wzorzec stężenia alkoholu we krwi, a mimo to synowie alkoholików odczuwali niższy stopień odurzenia – a więc taki rodzaj tolerancji, który potocznie nazywa się „mocną głową” czy „zdolnością do zbyt dobrego tolerowania alkoholu” w porównaniu z mężczyznami z drugiej grupy. Odczuwali oni większą odporność na negatywne skutki działania alkoholu (np. nudności czy inne objawy intoksykacji), a nawet mogli funkcjonować lepiej niż przeciętna osoba po spożyciu większej ilości alkoholu (Kinney, Leaton, 1996). Określono na tej podstawie, że *stosunkowo niska wrażliwość fizjologiczna i subiektywna na alkohol może stanowić znaczący czynnik pozwalający przewidzieć wystąpienie alkoholizmu w przyszłości* (Seligman i in., 2003, s. 639). Innym czynnikiem ryzyka jest wrodzony sposób doświadczania długości i natężenia przyjemnego, bądź nieprzyjemnego oddziaływania alkoholu na układ nerwowy (Lindenmeyer, 2007). Te różne reakcje na alkohol wiążą się z aktywnością dehydrogenaz: alkoholowej (ALD) oraz aldehydowej (ALDH), czyli enzymów odpowiedzialnych za rozkład alkoholu. Nieprzyjemne odczucia po spożyciu alkoholu, takie jak ból głowy, senność, nudności – czyli dysfunkcja ALDH stanowi czynnik chroniący przed nadmiernym piciem i odwrotnie – sprawny system przemiany metabolicznej alkoholu jest właśnie czynnikiem ryzyka (Woronowicz, 2009). Następną predyspozycją do uzależnienia jest określona kombinacja genów odpowiedzialnych za systemy neuroprzekazników: serotoniny, dopaminy i GABA. Badania pokazały, jak wygląda korelacja serotoniny z alkoholem – jednorazowe jego użycie powoduje wzrost poziomu serotoniny w mózgu, zaś przewlekłe picie alkoholu znacząco obniża jego poziom, co wiąże się z doświadczaniem depresji (Woronowicz, 2009). Alkohol zatem jest depresantem i powstaje efekt błędnego koła: samoleczenie depresji za pomocą kolejnych dawek alkoholu. Jeśli chodzi o dopaminę – to spożycie alkoholu powoduje uwalnianie tego neuroprzekaznika,



odpowiedzialnego za system dopaminergiczny związany z doświadczaniem przyjemności („układ nagrody”). Zrozumienie powiązań między alkoholem a neuroprzekaźnikami pozwala lepiej zrozumieć, skąd tak silna potrzeba u niektórych osób, aby wzmacniać pozytywne odczucia za pomocą alkoholu lub podobnie działających substancji (Woronowicz, 2009).

Podsumowując - warto odnieść się jeszcze do innej grupy badań, które potwierdzają, że u około 2/3 dzieci alkoholików nie odnotowano problemowego używania alkoholu. Inne z kolei dają obraz, że około 60% osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych nie miało w najbliższej rodzinie nikogo uzależnionego (Woronowicz, 2009, s. 64). Dowiedziono ponadto, iż córki alkoholików jako dorosłe kobiety statystycznie częściej wchodzi w związki z uzależnionymi od alkoholu mężczyznami – i w takich przypadkach trudno mówić o dziedziczeniu (Lindenmeyer, 2007).

Czynniki psychologiczne

W badaniach nad uzależnieniem od alkoholu od lat próbowano ustalić cechy psychologiczne, które byłyby zwiastunowe dla popadnięcia w przyszłości w nałóg. Szczególne zainteresowanie badaczy skupiało się wokół określenia tzw. „osobowości przedalkoholicznej”, tudzież „osobowości alkoholika”. Próbowano stworzyć charakterystyczny dla omawianego zjawiska obraz psychologiczny na podstawie różnic między osobami problemowo pijącymi alkohol a grupą kontrolną. Okazało się to trudne, ponieważ wiele opisanych cech psychologicznych stanowiło tak naprawdę konstelację objawów uzależnienia, a nie istniejącą wcześniej osobowość, która byłaby podłożem dla nałogu (Kulisiewicz, 1982; Kinney, Leaton, 1996; Seligman i in. 2003). Powyższa konkluzja odnosi się np. do takich obserwowanych u alkoholików cech jak: niedojrzałość emocjonalna, wyrażająca się społeczną nieadekwatnością, obniżoną tolerancją na ból zarówno fizyczny, jak i egzystencjalny oraz przykre stany psychiczne (Kulisiewicz, 1982). Inna opisana lista cech spotykanych u osób uzależnionych obejmuje dodatkowo: nadmierną zależność, niską odporność na frustrację, wysoki poziom napięcia i niepokoju (szczególnie w relacjach), problem z nazywaniem i wyrażaniem uczuć, biegunowe doświadczanie samooceny – od niskiej po manię wielkości, pogrążanie się w poczuciu winy lub krzywdy, zmienny stosunek do autorytetów, perfekcjonizm, poczucie społecznej izolacji (Woititz, 1989). Ponieważ trudno jednoznacznie ustalić, jakie cechy są pierwotne, a jakie wtórne do uzależnienia, duże znaczenie miały prace badawcze Vaillanda, które przeprowadził on na osobach przed rozwinięciem się u nich uzależnienia. Poddał obserwacji dużą grupę badanych od wieku dojrzewania i otrzymał wniosek, iż część osób nie uzależniła się, a u tych którzy popadli w nałóg widać było pewne cechy poprzedzające jego



wystąpienie (za: Kinney, Leaton, 1996). Podobnie jak w przypadku biologicznych uwarunkowań uzależnienia, można określić psychologiczne czynniki podatności na to, że dana osoba będzie ujawniała podmiotowe podejście do alkoholu w swoim życiu. Zdaniem Kulisiewicza, *rolę czynnika psychologicznego w powstawaniu uzależnienia można by określić w sposób następujący: wiadomo, że spożywanie alkoholu przyczynia się do obniżenia napięcia psychicznego, a więc lęków, złego samopoczucia, przykrych stanów uczuciowych powstałych w wyniku codziennych starć osobnika z otaczającą rzeczywistością. Ponieważ przyczyny wywołujące te stany psychiczne utrzymują się przez długi czas, człowiek coraz częściej szuka w alkoholu raz doznanej ulgi. W miarę upływu czasu picie staje się więc przyzwyczajeniem, a wreszcie dochodzi do uzależnienia* (1982, s. 37). Można zatem powiedzieć, że z jednej strony stres może uruchamiać podatność na uzależnienie i dysponujemy ogromną liczbą dowodów na taki stan rzeczy (Seligman i in., 2003, s. 641). Z drugiej zaś strony osoby funkcjonujące w powyższy sposób charakteryzują się pewnymi psychologicznymi deficytami zaradczymi wobec wymagań życia. Jak podaje Poprawa (2006, s. 49-50), *w takich warunkach używanie alkoholu może nabrać szczególnego znaczenia regulatora funkcjonowania emocjonalnego oraz życia społecznego. Uzyskiwaniu przez picie alkoholu takiego znaczenia sprzyjają pewne właściwości osobowości, głównie o charakterze temperamentalnym (impulsywność/rozhamowanie emocjonalne, ekstrawersja i negatywna emocjonalność/neurotyczność) oraz struktur poznawczo-motywacyjnych takich, jak niskie poczucie własnej wartości, deficyt poczucia kontroli i samoskuteczności oraz sensu życia, które ściśle powiązane są z regulacją funkcjonowania emocjonalnego. Picie alkoholu dla takich jednostek może stać się ważnym, jeśli nie jedynym regulatorem nastroju, afektu, zapotrzebowania na stymulację, zaspokojenia niektórych potrzeb czy wręcz środkiem (sposobem) radzenia sobie ze stresem.* Powyższe dane wydają się spójne z licznymi badaniami potwierdzającymi, iż *jednym z czynników ryzyka pojawienia się alkoholizmu jest antyspołeczne zaburzenie osobowości* (Seligman i in., 2003, s. 641). Drugie równie istotne zaburzenie stanowiące zagrożenie dla rozwoju uzależnienia – to zaburzenie osobowości typu borderline, ze względu na skłonność do działań impulsywnych, pod wpływem silnych, zmieniających się w krótkim czasie emocji. Według Kinney i Leaton (dane z 1996) do 20% mężczyzn i do 10% kobiet uzależnionych od alkoholu zdradzało objawy osobowości antyspołecznej, a w przypadku borderline – do 28% (1996, s. 287). Aktualne obserwacje pacjentów leczenia odwykowego wskazują na wzrostową tendencję w tym obszarze. Ponadto dane empiryczne i obserwacje kliniczne dowodzą, że większość osób uzależnionych od alkoholu cierpi na stany depresyjne. U części z nich depresyjność jest pierwotna do uzależnienia, wynika bowiem z przyczyn



neurofizjologicznych i na skutek nałogu jeszcze bardziej się pogłębia. Dla innych – depresja jest zjawiskiem wtórnym do uzależnienia. Rozwija się ona na bazie opisanych wcześniej zmian w systemie neuroprzebieżności, które zachodzą pod wpływem długotrwałego oddziaływania alkoholu, co w rezultacie daje efekt błędnego koła. Polega to na tym, że *stany depresji można przejściowo złagodzić spożyciem alkoholu, ale po chwilowej uldze depresja się nasila tak w okresie objawów abstynencyjnych, jak i po ich ustąpieniu. Z tych czy innych powodów wielu alkoholików cierpi na nietolerancję aktualnej rzeczywistości; staje się ona dla nich nie do zniesienia tak dalece, że starają się uciec od niej i od konieczności podejmowania decyzji i właśnie w alkoholu szukają choćby chwilowego zapomnienia. I to poszukiwanie pewnego komfortu na drodze chemicznej może być do tego stopnia przesadne, że wreszcie ofiara cały sens istnienia znajduje jedynie w alkoholu. Dochodzi wreszcie do takiego stanu, że „wielu alkoholików znajduje w swym alkoholizmie swego rodzaju chemiczną religię”* (Kulisiewicz, 1982, s. 36-37).

Patrząc z jeszcze jednej perspektywy, czynniki podatności na uzależnienie wiążą się z niezaspokojonymi psychologicznymi potrzebami. Są to np. potrzeba miłości, przynależności, akceptacji, zrozumienia czy osiągnięcia celów. Według Kinney i Leaton (1996, s. 88), zaspokojenie tych potrzeb pozwala człowiekowi w pełni osiągnąć dojrzałość. Jeśli tak się nie dzieje, niespełnione potrzeby można przyrównać do „dziur”: *Każdy z nas ma jakieś dziury. Różni się ich ilością, rozmiarem czy położeniem. W każdym jednak wypadku dziury te odczuwamy w sposób bolesny. Podejmujemy wysiłki, aby je tak lub inaczej załatać, przykryć albo zamaskować. Dzięki temu czujemy się bardziej cali, mniej wrażliwi i głębiej schowani. Na tej bazie powstało wiele teorii psychologicznych (głównie psychoanalityczna, psychodynamiczna i humanistyczna). Dla przykładu – Freud uważał, że „dziury”, czyli deficyty o których tu mowa, powstają w najwcześniejszym dzieciństwie. Wierzył, że rozwój psychiczny współwystępuje z określonymi fazami wzrastania fizycznego, z charakterystycznymi dla nich przeszkodami, na których osoba mogła się zatrzymać, co prowadziło do zaburzeń w dorosłym życiu. Alkoholizm Freud tłumaczy teorią „fiksacji oralnej” – zgodnie z nią alkoholik jest osobą, która w procesie swojego dojrzewania nie opuściła okresu niemowlęcego. Jest kimś, kto nie pozbył się dziecięcego spojrzenia na świat i dziecięcych sposobów radzenia sobie z jego wyzwaniami. Łatwo ulega frustracji, jest niecierpliw, wymagający, chce tego, na co ma ochotę i wtedy, kiedy ma ochotę. Jednocześnie nie ma zaufania do ludzi i nie wierzy, że pomogą mu zaspokoić jego potrzeby. Jest lękliwy i czuje się mało odporny na otaczający świat. Zatem ssanie i pielęgnowanie butelki wydaje się odpowiednim sposobem na pozbywanie się dolegliwości* (za: Kinney, Leaton, 1996, s. 89). Wielu psychoanalityków za główną psychologiczną przyczynę



uzależnienia uważa deprivację emocjonalną we wczesnym dzieciństwie. Wynikająca z tego późniejsza trudność w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji interpersonalnych jest cechą rozpoznawczą alkoholików (Kulisiewicz, 1982). Potwierdziły to dalsze badania na zwierzętach – w grupach rówieśniczych małpy wychowywane bez matki ujawniały większą tendencję do spożywania alkoholu w starszym wieku niż osobniki doświadczające obecności matki. Obserwowano bowiem więcej zachowań lękowych i podwyższony poziom kortyzolu w moczu w pierwszej grupie (Seligman i in., 2003). Na bazie psychoanalizy, a konkretnie teorii kompleksu Edypa, powstała też hipoteza, że jeśli chłopiec nie ma w ojcu oparcia ani atrakcyjnego wzoru do naśladowania, może w przyszłości poszukiwać doświadczania męskości poprzez używanie – szczególnie mocnych – napojów alkoholowych (Kinney, Leaton, 1996). Niektórzy psychoanalitycy uważali natomiast, że uzależnienie jest wyrazem podświadomej tendencji do autodestrukcji, a inni tłumaczyli to konfliktem wewnętrznym pomiędzy popędami zależności a bodźcami agresji. Podejście egzystencjalne z kolei głosi, iż nałóg wypełnia życiową pustkę. Jeszcze inną perspektywę przyjmuje teoria społecznego uczenia się Bandury, która zakłada, iż alkoholizm stanowi wyuczoną reakcję ucieczkowo-unikową wobec stresu środowiskowego; natomiast kolejny model tzw. poznawczy, pokazuje związek między pozytywnymi oczekiwaniami wobec działania alkoholu a intensywnością jego spożywania oraz między negatywnymi oczekiwaniami a powstrzymaniem się od picia (Woronowicz, 2009, s. 72). Na tym podejściu głównie opiera się psychoterapia uzależnienia. Podsumowując warto jeszcze podkreślić, że wiele osób – mimo obserwowanych u nich zaburzeń psychologicznych – nie uzależnia się od alkoholu.

Czynniki społeczne

W tym obszarze uwarunkowań obowiązuje dość prosta zasada, która ma uzasadnienie w badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych: *Wszędzie tam, gdzie społeczność akceptuje w ogóle picie alkoholu jako pewien rytuał, z reguły alkoholizm występuje bardzo często* (Kulisiewicz, 1982, s. 37). Tak więc rozprzestrzenianie się problemów alkoholowych koreluje z czynnikami kulturowymi, czyli charakterystyczną dla danego miejsca obyczajowością oraz społecznymi postawami wobec używania alkoholu. Jak podaje Woronowicz (2009, s. 69): *Spotykamy kultury z dominującym wzorcem abstynencji (np. niektóre odmiany protestantyzmu w Europie i USA oraz islam), kultury, gdzie tolerancja dla pijaństwa połączona jest z tolerancją dla indywidualnych pijaków (np. w społeczeństwie polskim czy holenderskim), kultury akceptujące picie alkoholu, ale jednocześnie kontrolujące*



je (np. kultura żydowska) oraz „kultury pijackie”, w których spożywanie alkoholu jest na porządku dziennym.

Interesujące wnioski dotyczące wyjaśnienia, dlaczego Polacy w przeciwieństwie do innych narodowości mają tendencje do stanów głębokiego upijania się, opisuje Kulisiewicz (1982, s. 15) na podstawie badań dwóch psychiatrów okresu międzywojennego: *Genezę słowiańskiego modelu picia autorzy tłumaczą tak, że Słowianin, którego „nawarstwienia społeczno-psychiczne” są kilkaset lat młodszego pochodzenia niż u ras o dawnej kulturze i cywilizacji, dzięki nadzwyczajnemu rozpowszechnianiu się wszelkich zdobyczy tej kultury znalazł się w sytuacji jakby dorobkiewicza, który nie dorósł do posiadanych przez siebie warunków. Wiąże się to zatem ze stresem i zmęczeniem wynikającym z przymusu ciągłego dociągania się do wymogów społecznych oraz skłonnością do zbyt emocjonalnego reagowania w porównaniu z narodami „starszymi kulturowo”. Współczesne badania dowodzą, że u osób dorosłych stres związany z życiem zawodowym jest szczególnie ważnym czynnikiem rozwoju uzależnienia od alkoholu (Schuckit, 1992, za: Seligman i in., 2003).*

Do czynników społecznych zaliczyć też należy dostępność napojów alkoholowych (omówioną szerzej w historycznym rysie używania alkoholu), a także kluczową rolę środowiska rodzinnego, które może stworzyć bezpieczne lub zagrażające – pod względem modelu picia – warunki do rozwoju. Funkcjonuje zjawisko tzw. „dziedziczenia społecznego”, czyli normy i zwyczaje panujące w domu rodzinnym przenoszone są na życie dorosłe (Woronowicz, 2009, s. 70). Ważny wniosek w tej kwestii wynika z badań nad alkoholizacją młodzieży – największy odsetek pijących osób pochodzi z rodzin, gdzie rodzice sami używając alkoholu zabraniali go pić dzieciom; niższy odsetek dotyczył rodziców, którzy sami piją i pozwalają pić, a najniższy – gdy rodzice nie używają alkoholu i nie pozwalają na to dzieciom (Kulisiewicz, 1982, s. 37).

3.1.5. Charakterystyka osób uzależnionych od alkoholu

W literaturze przedmiotu oraz wśród członków wspólnoty AA można spotkać się z określeniem, że *alkoholizm to najbardziej demokratyczna choroba*, co oznacza, że osoby uzależnione od alkoholu są obecne w każdej warstwie społecznej, bez względu na zawód, stopień inteligencji, wiek czy płeć. Częściowo o cechach charakterystycznych dla alkoholików traktuje wcześniejszy fragment pracy, dotyczący czynników psychologicznych. W niniejszej części pracy będzie można przyjrzeć się jeszcze innym elementom opisującym osoby w nałogu – są to: poszczególne fazy uzależnienia, przez które przechodzą osoby w procesie jego rozwoju; różne typy alkoholizmu oraz inne zaburzenia i problemy osób uzależnionych.



Fazy rozwoju uzależnienia od alkoholu

Wyróżnia się cztery fazy rozwoju alkoholizmu (Woronowicz, 2009, s. 142):

1. **Początkowa.** Picie alkoholu ma charakter obyczaju towarzyskiego. Przyszły alkoholik dostrzega jednak, że alkohol może przynieść ulgę i zapomnienie. Coraz częściej więc sięga po alkohol i pije coraz regularniej.
2. **Ostrzegawcza.** Napoje alkoholowe przestają być różnego rodzaju trunkami, a stają się środkiem (albo raczej lekarstwem), który jest potrzebny. Picie alkoholu przestaje być czynnikiem, który wiąże osobę pijącą z określonym towarzystwem. Znacznie częściej niż u osób pijących umiarkowanie występują po stanach upojenia alkoholowego luki pamięciowe, tzw. palimpsesty alkoholowe. W końcowym etapie tej fazy coraz bardziej zmniejsza się kontrola nad piciem.
3. **Krytyczna.** Następuje utrata kontroli nad piciem przejawiająca się tym, że najmniejsza nawet dawka alkoholu wyzwała potrzebę dalszego picia, która jest odczuwana jako fizyczna konieczność. Stopniowo następuje utrata krytycyzmu i zaczyna kształtować się system fałszywych przekonań dotyczący przyczyn i okoliczności, które rzekomo skłaniają do picia. Cała uwaga skupia się wokół problemu zdobycia alkoholu. Pojawia się konieczność picia rano, aby w ciągu dnia być zdolnym do pracy.
4. **Końcowa.** Występuje stale wzmagająca się potrzeba alkoholu, która narasta stopniowo od rana do późnego wieczora. Picie alkoholu trwa niekiedy kilka dni z rzędu, dopóki nie nastąpi całkowite wyczerpanie fizyczne. Tolerancja alkoholu jest obniżona. Pojawia się degradacja psychiczna. Dopóki alkohol nie zostanie wypity, istnieje niezdolność do wykonywania nawet najprostszych czynności, np. zapalenia papierosa lub zjedzenia zupy. U 10% alkoholików powstają w tym okresie psychozy alkoholowe.

Typologie uzależnienia od alkoholu

Na przestrzeni lat badacze próbowali stworzyć „kliniczne podtypy alkoholików”, bazując na informacjach z zakresu genetyki, historii pochodzenia, rysu osobowości czy klinicznego przebiegu uzależnienia (Seligman i in., 2003).

Jellinek (1960) zaproponował podział alkoholizmu na następujące podgrupy (za: Kulisiewicz, 1982, s. 23; Woronowicz, 2009, s. 140-141):



Alfa – dotyczy osób nie radzących sobie ze stresem czy bólem fizycznym, których picie ma znamiona uzależnienia psychicznego, z niezbyt nasilonymi objawami utraty kontroli. Przez wiele lat może tutaj nie występować progres w procesie uzależniania się;

Beta – obejmuje osoby doświadczające tylko somatycznych konsekwencji nadmiernego używania alkoholu, bez objawów upośledzonej zdolności kontroli picia. Brak tutaj zarówno psychicznych, jak i fizycznych przejawów uzależnienia;

Gamma – osoby w tej kategorii mają objawy fizycznego i psychicznego uzależnienia (głównie upośledzenie, tudzież utratę kontroli nad piciem), zespół odstawienia i zmianę tolerancji na alkohol;

Delta – cechuje osoby, które systematycznie, codziennie, miesiącami, a nawet latami piją niskoprocentowe trunki, utrzymując w ten sposób stałe stężenie alkoholu we krwi bez objawów zatrucia. Występuje tutaj z jednej strony zdolność do kontroli ilości wypijanego alkoholu, a z drugiej – niemożność powstrzymania się od picia;

Epsilon – zwany dipsomanią; typ alkoholizmu charakteryzujący się tzw. „okresowym opilstwem”. Pomiędzy ciągami alkoholowymi osoby te potrafią utrzymywać pełną abstynencję, nawet kilkumiesięczną.

Jellinek twierdził, że alkoholicy to wyłącznie osoby w podgrupach Gamma, Delta i Epsilon. Do tej klasyfikacji dodano jeszcze później przez badaczy typ Zeta, dotyczący osób demonstrujących pod wpływem alkoholu zachowania antyspołeczne, zwłaszcza przemoc. Powyższe wzorce spożywania alkoholu zostały przez kolejnych badaczy uzupełnione o wiedzę dotyczącą osobowości, psychopatologii i predyspozycji genetycznych.

Cloninger (połowa lat 80.) zaproponował dwa typy uzależnienia od alkoholu (za: Woronowicz, 2009, s. 154):

Typ I – u osób po 25. roku życia, neurotycznych, skłonnych do depresji, częściej kobiet; występuje tutaj krytycyzm tych osób wobec nałogu oraz ciągi alkoholowe przeplatane długimi okresami abstynencji. Uwarunkowany jest środowiskowo, rzadko występuje obciążenie uzależnieniem w rodzinie;

Typ II – u osób przed 25. rokiem życia, związany z dysfunkcją układu serotonergicznego, dotyczy głównie mężczyzn z antyspołecznym rysem osobowości, o obniżonym autokrytycyzmie; bardziej uwarunkowany genetycznie niż środowiskowo.



Lesh (1988, 1990) wyróżnił cztery typy (za: Woronowicz, 2009, s. 155):

Typ 1 „właściwy” („pierwotny”) – dotyczy osób bez predyspozycji, jak w pozostałych trzech typach, u których picie okazjonalne staje się nawykowym;

Typ 2 „neurotyczny” („lękowy”) – obejmuje osoby o pierwotnym do uzależnienia zaburzeniu osobowości, gdzie alkohol spełnia rolę regulatora napięć lękowych;

Typ 3 „psychotyczny” („psychiatryczny”) – dotyka osoby obciążone rodzinnie zaburzeniami psychicznymi (od depresji do niedorozwoju), gdzie rola alkoholu sprowadza się do poprawy nastroju, szczególnie przy nasilaniu się objawów zaburzeń psychicznych;

Typ 4 „organiczny pierwotnie” – spotykany jest u osób z pierwotnym uszkodzeniem układu nerwowego w okresie rozwojowym.

Babor (1992) przedstawił natomiast dwa typy (za: Woronowicz, 2009, s. 155):

Typ A – reprezentują osoby, u których późno rozwinęło się uzależnienie, jego objawy są słabsze i rzadziej współwystępują z nim zaburzenia psychiczne;

Typ B – dotyczy osób, które mają częste przypadki uzależnień w rodzinie, z wczesnym początkiem rozwoju nałogu, intensywnym jego przebiegiem i obecnością zaburzeń psychicznych.

Osoby z podwójną diagnozą

Pacjenci uzależnieni od alkoholu poszukujący specjalistycznej pomocy, mogą jednocześnie ujawniać objawy innych zaburzeń (osobowości, nastroju) czy chorób psychicznych. Statystyki podają, iż: *30% - 50% osób chorych psychicznie nadużywa substancji psychoaktywnych, natomiast około 50% osób nadużywających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych cierpi na poważne zaburzenia psychiczne (...). Osoby te leczą się znacznie trudniej, leczenie trwa dłużej i tym samym jest bardziej kosztowne* (Woronowicz, 2009, s. 210-211). Od roku 2004, kiedy w badaniach wykazano gwałtowny wzrost liczby pacjentów z podwójną diagnozą, obserwuje się dalsze nasilanie tych tendencji. Jak podaje Mellibruda (2006, s. 125-126), najczęściej stwierdzanymi przez psychiatrów – jako drugie rozpoznanie – są choroby afektywne jedno i dwubiegunowe oraz zaburzenia lękowe (szczególnie fobie i stany lękowe). Objawy wynikające z powyższych jednostek chorobowych uruchamiają mechanizmy uzależnienia, co stanowi trudność w leczeniu osób z podwójną diagnozą.



Inne problemy osób uzależnionych

Osoby uzależnione od alkoholu cierpią również na wiele chorób somatycznych, będących konsekwencją wyniszczającego stylu życia – warto tu podkreślić, że samo złagodzenie tych chorób bez gruntownego leczenia uzależnienia jest mało skuteczne. Kolejnym problemem jest destrukcyjna orientacja życiowa alkoholików, objawiająca się wrogością lub pogardą w stosunku do swojej osoby, prowokowaniem odrzucenia przez otoczenie, aż do myśli i prób samobójczych (uwidacznia się tu głównie depresyjne działanie alkoholu). Ponadto osoby funkcjonujące nałogowo, w historii swojego życia przed uzależnieniem mogą mieć traumatyczne doświadczenia osobiste, które zaburzają ich zdrowie psychiczne w sposób równoległy do uzależnienia. Problematyczne są też wyraźne deficyty umiejętności życiowych alkoholików. Są to trudności interpersonalne związane z komunikacją, intrapsychiczne związane z samoświadomością i rozumieniem samego siebie oraz braki w obszarze zadaniowości i sprawczości (Mellibruda, 2006).

3.2. Degradująca rola uzależnienia od alkoholu dla organizmu

Poprzedni podrozdział traktował szeroko o uzależnieniu jako zjawisku osadzonym na historii używania alkoholu, posiadającym wieloczynnikową etiologię oraz określone kryteria diagnostyczne. Niniejsza część pracy dotyczyć będzie szczególnie destrukcyjnego wpływu nałogu na osobowość, aby przybliżyć, z jakimi zmianami w samym sobie konfrontuje się alkoholik i jego otoczenie oraz jakie ma to przesłanki dla leczenia.

3.2.1. Neuropsychologiczne podłoże zmian w osobowości alkoholików

Jak podaje Kopera (2017), zaburzenia funkcji poznawczych u osób uzależnionych stały się przedmiotem badań na początku lat 70. Według danych z końca lat 90. szacuje się, że od 50% do 80% osób uzależnionych przejawia takie zaburzenia. Szkodliwy wpływ działania alkoholu zaobserwowano głównie w korze czołowej i hipokampach. Niektórzy badacze podają, że istotne zmiany poznawcze zachodzą po okresie 10. lat nadużywania alkoholu, ale są też dane wskazujące na przedział 4 – 9 lat. Niektóre z tych zmian są na tyle trwałe i poważne, że chorzy wymagają stałej opieki do końca życia. Dowiedziono, iż uszkodzenie płatów czołowych znacząco wpływa na zmiany wielu cech osobowości, takich jak umiejętność planowania i kontroli emocji. Obserwacja funkcjonowania osób uzależnionych potwierdza ten fakt, ponieważ osoby te mają wiele problemów w obszarze funkcji poznawczych i kontroli impulsów; w podejmowaniu decyzji, osiąganiu celów; także w utrzymaniu pracy i



satysfakcjonujących związków oraz ogólnie – życiu zgodnie z wartościami. Według Kinney i Leaton (1996) poważne upośledzenie funkcji poznawczych daje podstawę do rozpoznania otępienia poalkoholowego, które przypada najczęściej na wiek 50-60 lat. Charakteryzuje się ono pogorszeniem pamięci i często dramatycznymi zmianami osobowości (manifestującymi się przede wszystkim gwałtownymi zmianami nastroju od gniewu do euforii). Badania tomograficzne wykazały, że utrzymywanie abstynencji może zregenerować funkcje poznawcze już w ciągu sześciu tygodni, jednak trzeba liczyć się z tym, że pewien stopień otępienia pozostanie już na zawsze. Wpływa to niekorzystnie na dalszy proces trzeźwienia, ponieważ organiczne uszkodzenia mózgu utrudniają pełne korzystanie z psychoterapii. Jeżeli leczenie odwykowe zostanie wdrożone odpowiednio wcześnie i nie dojdzie do nieodwracalnych zmian w mózgu to – według Ślósarskiej (2000) – funkcje poznawcze i koordynacja ruchowa mogą się poprawić po 3-4 tygodniach abstynencji, a w miarę dalszego jej trwania następuje stopniowe odwracanie procesu obkurczania się mózgu i wzrost intensywności metabolizmu w strukturze płatów czołowych i mózdzku. Po około czterech latach abstynencji uszkodzenia normalizują się, jednak nawrót picia powoduje znowu degradację w zakresie funkcji poznawczych i uszkodzenie komórek nerwowych. Natomiast jeśli chodzi o zaburzenia kontroli impulsów, to – zdaniem Jakubczyka (2017) – nadzieje klinicystów w tym względzie stanowią leki normotymiczne; wydaje się to zatem farmakologicznym punktem uchwytu w leczeniu uzależnień.

3.2.2. Psychologiczne mechanizmy uzależnienia

Opisane poprzednio nadużywanie alkoholu na podłożu bio-psycho-społecznym, może prowadzić nieuchronnie do formowania się nałogowego stylu radzenia sobie z wyzwaniami życia. Finalnie powstaje uzależnienie od alkoholu, które *zaczyna rządzić się własnymi patologicznymi prawami* (Poprawa, 2006, s. 51). Ważne pytanie, adekwatne do rozważanego tutaj zjawiska, można postawić za Mellibrudą (2006, s. 71): *Dlaczego destrukcyjne skutki picia nie uruchamiają skutecznej samoobrony przed procesem samozniszczenia?* Autor odpowiada następująco: *Bezsilność osoby uzależnionej wobec postępującego procesu samozniszczenia oraz stopniowa dezorganizacja całego jej życia i jej najbliższego otoczenia wskazuje na obecność bardzo silnie działających patologicznych mechanizmów, które ukształtowały się w podstawowych elementach struktury psychofizycznej jednostki.* Podaje on również, iż dopiero w latach 90. zaczęto zastanawiać się nad istotą tych czynników, powodujących uporczywe trwanie osób uzależnionych w alkoholowej destrukcji. Wraz z pracownikami Instytutu Zdrowia i Trzeźwości w okresie 1986-1990 Mellibruda opracował koncepcję psychologicznych



mechanizmów uzależnienia w ramach tzw. Psycho-bio-społecznego Modelu Uzależnienia (PSB). W przedstawionej poniżej koncepcji autor opisuje trzy ważne, powiązane wzajemnie procesy psychologiczne, będące wypadkową przyczyn zaburzenia kontroli nad piciem. Dysfunkcje tych procesów nazwane zostały „mechanizmami”. Należą do nich (Mellibruda, 2006, s. 72):

- zaburzenia procesów emocjonalnych, tworzące bardzo silne pragnienia alkoholowe (MNRU);
- zniekształcenia procesów umysłowych, które w służbie tych pragnień tworzą system dezorientacji w zakresie zjawisk związanych z destrukcją alkoholową (MIiZ);
- zaburzenia procesów związanych z funkcjonowaniem systemu Ja, powodujące jego dezintegrację (Mech. Rozproszonego i Rozdwojonego Ja).

Mechanizmy te tworzą się w konsekwencji wieloletniego, psychofizycznego oddziaływania alkoholu na organizm i stanowią podstawę destrukcyjnego schematu picia. Osoba uzależniona ma w związku z tym trudności z powstrzymaniem się od używania alkoholu oraz doświadcza tzw. nawrotów uzależnienia. Mechanizmy uruchamiane są pod wpływem nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, stresu oraz specyficznych okoliczności zewnętrznych (np. sytuacje ryzykowne, trwałe uszkodzenie ważnych dla uzależnionego relacji). Poniżej znajduje się opis zjawisk psychologicznych, charakterystycznych dla funkcjonowania danego mechanizmu (Mellibruda, 2006).

Mechanizm Nałogowej Regulacji Uczuć (MNRU)

Wyjaśnia on przede wszystkim pojawianie się tzw. głodu alkoholowego, będącego jednym z osiowych objawów uzależnienia. W normalnych okolicznościach podstawowymi źródłami emocji i uczuć są wydarzenia życiowe. Człowiek za pośrednictwem sfery emocjonalnej adekwatnie odpowiada na te wydarzenia, tworzy się więc jego więź ze światem. Emocje i uczucia mogą być przyjemne, bądź nieprzyjemne – zawsze jednak stanowią ważne źródło informacji o otaczającym świecie i relacjach, dają poczucie realności i tożsamości. Człowiek ma naturalną tendencję do posiadania pozytywnego bilansu swoich uczuć, a więc regulowania ich w sposób zgodny z ich rolą. Wymaga to nieraz trudu, ale nawet cierpienie może pełnić funkcję informacyjną i motywować do korzystnej dla człowieka zmiany. Istnieje jednak sztuczny sposób regulowania emocji za pomocą środków psychoaktywnych. Doraźnie i uzupełniająco do innych sposobów zaradczych – jest to dopuszczalne. Dla osoby uzależnionej



– staje się podstawowym wzorem wpływania na własne emocje, co zaczyna zastępować realny kontakt ze światem. Alkohol jako depresant do pewnego momentu daje uczucie ożywienia i rozluźnia, ale w dłuższej perspektywie tylko tłumi i uśmierza, przytępiając doznania. To co istotne to fakt, że dla osoby nałogowo pijącej cierpienie i ból nie odstręcza od alkoholu, ale jest sygnałem do dalszego picia – w ten sposób traci ona instynkt samozachowawczy i następuje u niej koncentracja życia emocjonalnego wokół efektów używania alkoholu. Dla osoby uzależnionej głównym źródłem zadowolenia staje się uśmierzanie przykrych stanów emocjonalnych, takich jak napięcie, lęk, cierpienie. Oczekiwanie ulgi po wypiciu alkoholu doświadczane jest jako nagroda, coś szczególnie przyjemnego. W miarę postępowania nałogu obniża się odporność alkoholika na cierpienie, zwłaszcza, że i tak wyjściowo, tzn. przed uzależnieniem, miał taką tendencję w swojej osobowości. Finalnie – cała sfera emocjonalna alkoholika zaczyna nabierać specyficznej dwoistości. Następuje zredukowanie wielu naturalnych źródeł przyjemności, zubożenie sfery emocji do dwóch podstawowych stanów: napięcie, cierpienie – ulga po wypiciu alkoholu. Stąd właśnie pragnienie picia (głód alkoholowy) staje się trudne do wytrzymania. Działanie MNRU prowadzi do osłabienia, a nawet całkowitego zerwania związku między emocjami osoby uzależnionej a realną rzeczywistością. Ponadto przemożne pragnienie alkoholu w istotny sposób wpływa na procesy poznawcze, powodując ich zniekształcenie, co jest podstawą kolejnego mechanizmu uzależnienia.

Mechanizm Iluzji i Zaprzeczania (MIiZ)

W obszarze procesów poznawczych każdy człowiek posiada własne mechanizmy obronne. Według Sztander (1993, s. 21), stanowią one *rodzaj zdolności, dzięki którym ludzkie „ja” broni się przed utratą siły, szacunku i wartości. Dla konstrukcji psychicznej człowieka mechanizmy te są jak dla ciała substancje przeciwdziałające np. zakażeniu czy mechanizmy odpornościowe. W swoich zdrowych rozmiarach służą w korzystny sposób życiu i działaniu człowieka; natomiast w uzależnieniu od alkoholu przybrały rozmiary pasożyta toczącego ustrój. Funkcjonują więc w służbie zaburzenia, a nie w służbie zdrowego „ego”*. Mellibruda (2006) nazwał to zjawisko mechanizmem iluzji i zaprzeczeń. Według niego każdy człowiek postrzega i rozumie świat, innych ludzi i siebie w sposób subiektywny. Przez pryzmat swojego widzenia rzeczywistości dokonuje selekcji informacji z zewnątrz i jest to poniekąd naturalne. W umyśle osoby uzależnionej od alkoholu tworzy się natomiast specyficzny system obronnych przekonań, które pozwalają zachować pozytywny obraz własnej osoby wyłącznie po to, by mieć komfort dalszego picia. Nałogowa logika do tego stopnia zniekształca postrzeganie



rzeczywistości, że alkoholik funkcjonuje „w zakłamaniu”, a co najważniejsze – wierzy w tę prawdę, którą przekazuje, choć jest to sprzeczne z informacjami płynącymi z zewnątrz. Stąd narastanie poczucia niezrozumienia i izolacji od otoczenia. Umysł ludzki w swojej aktywności posiada dwie funkcje: myślenie racjonalno-logiczne oraz magiczno-życzeniowe. Ta druga funkcja dominuje w okresie dziecięcym, ale spotykana jest też u dorosłych, zdrowych osób. Natomiast rozłożona w czasie *intoksykacja alkoholowa upośledza funkcje myślenia racjonalno-logicznego oraz potęguje rolę myślenia magiczno-życzeniowego* (Mellibruda, 2006, s. 98), którego zadaniem staje się usuwanie ze świadomości osoby uzależnionej niewygodnych, konfrontujących informacji. System irracjonalnych przekonań w ramach MliZ może przybierać różne formy. Należą do nich: proste zaprzeczanie; minimalizowanie; obwinianie; racjonalizowanie; intelektualizowanie; odwracanie uwagi; fantazjowanie; koloryzowanie wspomnień; marzeniowe plany; manipulowanie czasem (s. 103).

Mechanizm ten działa w sposób nieuświadomiany przez osobę uzależnioną, doraźnie chroni jej poczucie wartości i osobistej godności, ale nie pozwala spotkać się z poczuciem winy i prawdą o swoim uzależnieniu. Ma jednak inną specyfikę niż mechanizmy obronne funkcjonujące w zaburzeniach nerwicowych, gdzie sztywny i utrwalony system przekonań nie pozwala na dostęp świadomości do zagrażających pragnień, dążeń czy wewnętrznych konfliktów. MliZ uaktywnia się w sposób okresowy i wybiórczy, głównie wtedy, gdy nasilają się – opisane poprzednio – przykre stany emocjonalne (w ramach mechanizmu nałogowej regulacji emocji). Stanowi to wówczas zagrożenie dla kontroli nad piciem. Jednak od czasu do czasu osoba uzależniona zaczyna uświadamiać sobie straty wynikające z destrukcyjnego używania alkoholu i dopuszcza myśli o jego ograniczeniu. Dzięki temu możliwe jest wdrożenie leczenia, ale podkreślić należy, że większość pacjentów leczenia odwykowego trafia na terapię z powodu nacisków zewnętrznych, a nie przez uświadomienie sobie problemów alkoholowych, bo w tym właśnie przeszkadza rozrastający się mechanizm iluzji i zaprzeczania. Warto jeszcze wspomnieć, że siła działania omawianego mechanizmu jest bardzo duża. Powoduje ona wciągnięcie w nałogowe schematy myślenia również rodzinę i znajomych alkoholika (współuzależnienie), a nawet profesjonalistów zajmujących się pomaganiem – przejawem jest na przykład koncentracja uwagi na sprawach pobocznych, takich jak problemy małżeńskie czy głębokie problemy psychologiczne pacjenta.

Mechanizm Rozproszonego i Rozdwojonego „Ja”

Jak podaje autor koncepcji: *Znaczna część procesów emocjonalnych i umysłowych związana z dwoma poprzednimi mechanizmami przebiega w obrębie struktury Ja, stanowiącej*



centralny element osobowości. Tamte mechanizmy tworzyły patologiczne pragnienie alkoholu i upośledzenie czynności poznawczych. W systemie Ja powstaje trzeci mechanizm, który uszkadza zdolność do kierowania postępowaniem i do podejmowania decyzji przez osobę uzależnioną (Mellibruda, 2006, s. 121). System „Ja” od ponad stu lat jest przedmiotem zainteresowania przez badaczy; jest równoznaczny z określeniami: „ego”, „self”, „jaźń” czy „obraz własnej osoby”. Stanowi on podstawę tożsamości i samoświadomości danego człowieka oraz pełni funkcje regulacyjne, związane z postępowaniem i dokonywaniem wyborów w oparciu o określony system wartości. Dotykając obszaru duchowości należy również zwrócić uwagę na ludzką potrzebę przekraczania granic własnej osoby, wchodzenia w sferę transcendencji, osobistego kontaktu z Bogiem. Z powyższym aspektem związana jest pierwsza część omawianego mechanizmu, dotycząca „rozproszenia struktury Ja”. Autentyczne wykraczanie poza siebie daje doświadczenie wzniosłości, zjednoczenia się z czymś dobrym, większym od własnej osoby, co przejawia się w chwilowym rozproszeniu granic „Ja”, ale z zachowaniem poczucia, że jest się sobą. Istnieje jednak sztuczny sposób osiągnięcia takich stanów za pomocą substancji psychoaktywnych. Intensywne działanie alkoholu nie tylko rozprasza granice „Ja” powodując tzw. „odlot”, czyli zatarcie własnej tożsamości, ale także w dłuższej perspektywie nasila potrzebę takich doznań, co powoduje osłabienie integracji struktury „Ja” u osoby uzależnionej. Drugim zjawiskiem wpływającym na zmniejszenie tej spistości jest „rozdwojenie struktury Ja”. Chodzi tutaj o okresowe, intensywne doświadczenie biegunowych wersji własnej osoby przez alkoholika. Z jednej strony jest to biegun pozytywny, bowiem pod wpływem alkoholu osoba doświadcza poczucia mocy, wpływu i kontroli, nieograniczonych możliwości, a także beztrioski. Jednak przeżywanie takich stanów kończy się wraz z pojawieniem się depresyjnego działania alkoholu, szczególnie gdy organizm konfrontuje się z objawami odstawienia. Wówczas osoba uzależniona boleśnie odczuwa brak wpływu i kontroli nad swoimi zachowaniami, zwykle niezgodnymi z własną hierarchią wartości. Ujawnia się tutaj „Ja” słabe, charakteryzujące się poczuciem niemocy, bezradności, zniewolenia. Jest to zatem drugi, negatywny biegun doświadczenia własnej osoby, który jest nie do przyjęcia przez alkoholika. *Im bardziej bezsilny czuje się alkoholik wobec wymogów realiów życiowych, tym bardziej rośnie w nim pragnienie zanurzenia się w pijany stan, w którym przypłylnie do niego, na chwilę, poczucie nieograniczonych możliwości* (Mellibruda, 2006, s. 111). Każdy z tych biegunów jest irracjonalnym widzeniem siebie, nieprzystającym do rzeczywistości i informacji zwrotnych od ludzi, będących „lustrem” dla osoby uzależnionej. Rozszczepianie obrazu siebie na dwa przeciwstawne bieguny daje w efekcie dezintegrację systemu „Ja”, co w połączeniu ze wspomnianym zjawiskiem rozpraszania wewnętrznych



granic w stanach upojenia alkoholowego, powoduje rozluźnienie – i w dłuższej perspektywie – jeszcze większe osłabienie struktury osobowości. W konsekwencji działania tego mechanizmu pojawiają się zaburzenia w obszarze tożsamości, indywidualności, poczucia własnej wartości, kompetencji, sprawczości czy moralności. W praktyce obserwuje się w związku z tym duże trudności osoby uzależnionej w określeniu: „Kim jestem?”. Jej tożsamość opiera się raczej na zaprzeczeniu: „Nie jestem alkoholikiem”. Z obserwacji własnych wynika również, że łatwiej jest pacjentom odpowiedzieć na pytanie: „Jaki jestem?”. Nie potrafią też określić, w jakich rolach funkcjonują w życiu. Według Osiatyńskiego (1994), rozdarte „Ja” alkoholika można na zasadzie analogii odnieść do fikcyjnej, „rozdwojonej” postaci doktora Jekylla i pana Hyde’a, opisaney przez Stevensona. Zintegrowanie tych skrajnych obrazów dałoby: poczucie urealnienia, stabilności, przewidywalności, samodzielności, autonomii, a w konsekwencji – możliwość osiągania celów i osobistego rozwoju. Dopóki tak się nie stanie w procesie terapii, mechanizm rozproszonego i rozdwojonego „Ja” powoduje, że w centrum osobowości pojawia się *próżnia psychiczna, czyli pusty obszar, gdzie brakuje trwałych i znaczących treści, wokół których mogłaby się dokonywać koordynacja funkcjonowania całego Ja. U osób zdrowych i dojrzałych, stabilne i treściowo zakotwiczone centrum Ja tworzy podstawę do podejmowania i realizowania decyzji, zwłaszcza tych, których realizacja powoduje doraźne przykre stany emocjonalne. Wydrążenie Ja u osoby uzależnionej przyczynia się również do utrzymywania się poczucia braku sensu i znaczenia życia, czyli do pustki egzystencjalnej* (Mellibruda, 2009, s. 122).

3.2.3. Spojrzenie na osobowość alkoholika przez pryzmat analizy transakcyjnej

„Analiza transakcyjna” jest metodą służącą do analizy kontaktów społecznych. Stworzona przez Berne’a w latach 50. i rozwijana w celu doskonalenia umiejętności społecznych na poziomie komunikacji interpersonalnej (Keplinger, 2006). Teoria analizy transakcyjnej zakłada, że ludzie posiadają stałe cechy osobowości, które są indywidualne dla każdego, ale w różnych sytuacjach społecznych mogą oni odmiennie się zachowywać. Według Berne’a, każdy człowiek posiada trzy różne stany ego, które nazwał: „Dziecko”, „Rodzic” i „Dorosły”. W zależności od sytuacji i osób, z którymi się komunikujemy, możemy poruszać się między tymi stanami. Komunikacja jest naturalna i przewidywalna najczęściej w układach: Dorosły-Dorosły lub Rodzic-Dziecko. Problem w przepływie informacji pojawia się, gdy ludzie podejmują „gry”, czyli manipulują, wchodząc w nieoczekiwane dla rozmówcy role.



Charakterystyka powyższych stanów ego jest następująca (Keplinger, 2006, s. 140-141):

Stan „Dziecko” (Dz) – odpowiednik nieświadomej sfery „id” w psychoanalizie – jest źródłem spontanicznej emocjonalności; energii, twórczości, seksualności, także uczuć radości, błogostanu, lęku i przykrości. Zarówno przyjemne, jak i nieprzyjemne uczucia doświadczane są impulsywnie w każdym wieku, np. w dorosłym życiu uruchamiają się w czasie zabawy, tańca czy w stanach silnych nieprzyjemnych emocji (jak rozpacz, duże napięcie). Objawia się w postaci dziecięcego, irracjonalnego pragnienia: *Ja chcę! Natychmiast!*; a więc dotyczy wszystkiego tego *co odczuwam*.

Stan „Rodzic” (R) – odpowiednik „superego”, również sfery nieświadomej – składa się z zapożyczonych wzorców zachowań pochodzących od autorytetów, przede wszystkim rodziców. Polega na bezrefleksyjnym przyjęciu gotowych, „moralizatorskich” i oceniających postaw, co przydaje się jednak czasem, gdy w niejednoznacznych sytuacjach trzeba podjąć arbitralną decyzję. Stan ten uwidacznia się w imperatywie: „Powinienem” i przekonaniu, że: *Ważne jest to, czego mnie nauczono*.

Stan „Dorosły” (D) – odpowiednik świadomego „ego” – jest to część racjonalna osobowości, obserwująca, zbierająca informacje pochodzące ze świata zewnętrznego, ale także od wewnętrznych pozostałych dwóch stanów (Dz) i (R). Tylko w stanie „Dorosłego” możliwe jest przystosowywanie się do zaistniałych warunków, podejmowanie dojrzałych decyzji na podstawie bilansu informacji, także dokonywanie mediacji, ponieważ jest to stan niezależnych emocji. Przejawia się w stwierdzeniu: *Co myślę*.

Istotny z perspektywy rozumienia osoby uzależnionej od alkoholu jest pogląd Berne’a (2004), iż w nałogowym funkcjonowaniu uwidacznia się przede wszystkim stan „Dziecka”. W rozdziale pt. *Alkoholik* opisuje on stosowanie różnych gier manipulacyjnych, w które osoba uzależniona wciąga swoje otoczenie. Inspirował się tym podejściem Stevens, który pod koniec lat 60. próbował wykorzystać analizę transakcyjną do wyjaśnienia źródeł alkoholizmu. W swojej książce: *Gry, w które grają alkoholicy*, Stevens założył, że korzeni uzależnienia należy upatrywać w dzieciństwie osoby uzależnionej i specyficznym reagowaniu na te warunki. Według niego, generująca problemy jest postawa rodziców polegająca na rozbieżności między tym, co rodzice robili a sposobem, w jaki opisywali to, co się dzieje. Dziecko dorastając w takim domu, widząc tę niespójność i nie mogąc zaprotestować (przez silny przekaz rodziców: *rób to, co ci mówimy*) musiało jakoś przystosować się, aby przetrwać w wewnętrznym



konflikcie. Wytworzyło zatem skrypt postępowania: *Nie myśl!*. Ucieczka w alkohol umożliwiała mu potem kontynuację tego skryptu (za: Kinney, Leaton, 1996, s. 91).

Analiza transakcyjna znalazła swoje zastosowanie w psychoterapii. Na podstawie obserwacji własnych, prowadzonych przez wiele lat w tym kontekście można stwierdzić, iż w terapii osób uzależnionych wyłaniają się dwa etapy postępowania terapeutycznego. Pierwszy – wiąże się z podejściem uwzględniającym przewagę „Dziecka” w osobowości alkoholika, który rozpoczyna terapię. Wymaga to pewnej dyrektywności, aby pomóc wzmocnić stan wewnętrznego „Rodzica” w osobie pacjenta. W ten sposób można zbudować granice dla spontanicznej aktywności „Dziecka” i powoli stabilizować osobowość zdeintegrowaną działaniem Mechanizmu Rozproszonego i Rozdwojonego „Ja”. Na tym wstępnym etapie motywacja pacjenta jest głównie zewnętrzna, jego wewnętrzne „Dziecko” dąży do przyjemności (*Chcę pić!*) i impulsywnie okazuje złość, gdy napotyka na przeszkodę (np. krytykę ze strony otoczenia). Przejawia on też marzeniowe myślenie płynące z mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Postawa „Rodzica” zatem pozwala na narzucenie sobie przekonania: *Nie powinienem pić; nie wolno mi pić*, które co prawda w dłuższej perspektywie powoduje bunt, ale w pewnych granicach na początku podjęcia abstynencji działa na tyle, aby „odpocząć” od działania alkoholu. Drugi etap terapii – to rozwijanie w pacjencie „Dorosłego”, który buduje wewnętrzną motywację do leczenia na podstawie bilansu informacji „za” i „przeciw” dalszemu picciu alkoholu; co w efekcie końcowym pozwala dojrzałe zdecydować: *Chcę być trzeźwy*. W tym celu potrzebna jest edukacja dotycząca uzależnienia i jego mechanizmów, aby pomóc osiągnąć pacjentowi większą świadomość siebie i ułatwić mu na dalszym etapie leczenia rozumienie swoich destrukcyjnych schematów osobistych, będących podłożem nałogu. To wszystko służy budowaniu na powrót trwałej, wewnętrznej spójności – osobowość wówczas ma szansę rozwinąć się (jak zostało to opisane w koncepcji dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego). Ostatecznie – dojrzałe przepracowane uzależnienie może wzbogacić osobowość o takie pozytywne elementy, jakich nie byłoby zapewne nigdy, gdyby nie pojawił się nałóg.

3.3. Leczenie uzależnienia od alkoholu

Pierwsze wzmianki o zatruciu alkoholem i delirium tremens pochodzą już od Platona, Hipokratesa i Galena. Od starożytności próbowano stosować metody awersyjne w celu radzenia sobie z problemami alkoholowymi. Wraz z rozwojem medycyny i leczenia psychiatrycznego, leczenie alkoholizmu przechodziło przez wiele etapów. Pierwsze badania naukowe w tym obszarze prowadzone były w XVIII wieku (Kulisiewicz, 1982). Od 1774 roku,



kiedy dr Rush nazwał alkoholizm chorobą, pojawiły się pierwsze zalecenia i zasady postępowania dla osób, które chcą zatrzymać proces destrukcji. W latach 30. XIX wieku w Stanach Zjednoczonych zaczęły formować się pierwsze grupy, w których zaczęto sprawować opiekę nad alkoholikami w przytułkach, zamiast wysyłania ich do więzień czy zakładów poprawczych (bostoński przytułek o nazwie *Dom dla Upadłych* istnieje do dnia dzisiejszego). Kolejne lata to powstawanie specjalistycznych szpitali; w Niemczech pierwsze takie miejsce utworzono w 1851 roku. Rok 1870 – to z kolei data założenia w Nowym Jorku Amerykańskiego Towarzystwa Badań i Leczenia Nietrzeźwości; w tym też okresie w USA pojawiło się pierwsze pismo *Nietrzeźwość*. Od XIX wieku w leczeniu alkoholizmu zaczęto stosować środki farmakologiczne. W latach 30. XX wieku Bostończyk Peabody, leczący się z uzależnienia, jako pierwszy wprowadził metody psychoterapeutyczne i zastąpił słowo „pijak” słowem „alkoholik”. W tym też okresie założona została pierwsza wspólnota AA (Kinney, Leaton, 1996; Lindenmeyer, 2007). Znaczący postęp w leczeniu osób uzależnionych nastąpił wraz z odkryciem w latach 50. XX wieku leków psychotropowych (Kulisiewicz, 1982). W Polsce na przełomie XIX i XX wieku, wielu polskich lekarzy postulowało za umieszczeniem osób uzależnionych w zakładach dla nerwowo i psychicznie chorych. Pierwsza polska książka poświęcona alkoholizmowi wydana została w 1927 roku. Rok później w Lublinie wystosowano rezolucję VIII Polskiego Kongresu Przeciwalkoholowego mówiącą, iż z inicjatywy rządowej powinny zacząć działać pierwsze przychodnie przeciwalkoholowe i zakłady lecznicze, gdzie leczenie powinno trwać około pół roku, przy udziale towarzystw abstynenckich. Przed pierwszą wojną światową psychiatrzy w Polsce nie zajmowali się sprawami alkoholizmu, poza leczeniem psychoz alkoholowych. Po drugiej wojnie światowej nastąpił stopniowy przyrost poradni odwykowych – przykładowo w 1967 roku funkcjonowało ich w kraju 385. Na poziomie ustawodawczym pierwsza Ustawa o zwalczaniu alkoholizmu wydana została w 1956 roku. Sankcjonowała ona przymusowe leczenie osób uzależnionych w zakładach otwartych i zamkniętych (Woronowicz, 2009).

Farmakoterapia

Od najdawniejszych czasów, od kiedy ludzie w związku z nadużywaniem alkoholu doświadczali stanów zatrucia, próbowano stosować metody zapobiegawcze. W starożytności wierzono, że ametyst ma właściwości przeciwdziałające upijaniu się; stosowano także sposoby awersyjne, mające skutecznie zniechęcić do picia alkoholu. Dodawano ukradkiem do niego zepsute jajka, pot umierających ludzi lub zwierząt, wodę pochodzącą z obmywania zwłok, a także substancje chemiczne, jak nafta, kwas siarkowy, saletra i inne. W XIX wieku stosowano



środki farmakologiczne – wymiotne, rozwalniające, moczopędne – które tylko łagodziły objawy abstynencyjne. W Polsce w latach 30. ubiegłego wieku, kiedy pojawiały się pierwsze poradnie przeciwalkoholowe, podawano strychninę, mającą działanie odtruwające i nawadniające. W tym też okresie w innych krajach stosowano emetynę (powodującą wymioty) oraz apomorfinę (mającą wytworzyć wstręt do alkoholu w połączeniu z teorią odruchów warunkowych Pawłowa). Próbowano także metod wstrząsowych, takich jak: elektrowstrząsy, wstrząsy histaminowe czy insulinowe (Kulisiewicz, 1982). W 1935 roku opracowano metodę insulinową, najpierw dla morfinistów w celu złagodzenia głodu morfinowego, później dla uzależnionych od alkoholu. W leczeniu odwykowym w Polsce powszechną metodą stosowaną przez wiele lat było leczenie awersyjne przy pomocy disulfiramu, w formie doustnej (Anticol) lub implantu (Esperal). Pierwszy raz zastosowano ten środek w Danii w 1948 roku. Działanie tej substancji polega na tym, że po upływie pięciu do piętnastu minut od wypicia alkoholu dochodziło do skumulowanej reakcji zatrucia aldehydem octowym, gdyż disulfiram blokuje działanie dehydrogenazy aldehydowej, ułatwiającej metabolizm alkoholu w organizmie. Badania skuteczności disulfiramu wykazały jednak, że jest on niewiele bardziej skuteczny niż placebo; ponadto daje objawy niepożądane (zaburzenia świadomości, ostre zespoły mózgowo, depresyjne czy psychozy); zdarzały się również przypadki zgonów. Środek ten został uznany za nieskuteczny, a nawet szkodliwy, ponieważ bez towarzyszącej psychoterapii wywołuje jedynie strach przed negatywnymi konsekwencjami picia, bez zrozumienia etiopatogenezy uzależnienia oraz naraża pacjenta na ryzyko powikłań po spożyciu alkoholu. Przy obecnie proponowanych możliwościach leczenia uzależnienia, uleganie naciskom rodzin na implantowanie esperalu – poza ofertą leczenia w specjalistycznych placówkach odwykowych – uważa się za nieprofesjonalne, a nawet nieetyczne (Woronowicz, 2009). W praktyce jednak jest nadal używany w naszym kraju (Jakubczyk, 2017).

Istotną sprawą jest rozgraniczenie farmakologicznego leczenia powikłań związanych z nadużywaniem alkoholu, od uzależnienia jako takiego (Woronowicz, 2009). Do powikłań zalicza się alkoholowe zespoły abstynencyjne, a także zaburzenia depresyjne i psychotyczne. Leczenie zespołów abstynencyjnych składa się z oddziaływań na stan somatyczny (niedobory pokarmowe) oraz farmakoterapii, która sprowadza się do stosowania benzodiazepin. Najczęściej używane są: diazepam (Relanium), lorazepam (Lorafen) oraz klorazepat (Tranxene). Przy powikłanych zespołach odstawienia stosuje się leki przeciwdrgawkowe, głównie karbamazepinę (Amizepin, Tegretol), a w przypadku objawów psychotycznych – neuroleptyki (Haloperidol). Warto jeszcze podkreślić znaczenie stanu pacjenta przy przyjęciu na oddział detoksykacyjny – nie może być on pod wpływem alkoholu ze względu na



niebezpieczeństwo interakcji alkoholu z lekami. Drugą istotną kwestią jest stosowanie powyższych leków przez krótki czas i pod kontrolą lekarza, ponieważ występuje tu ryzyko uzależnienia. W trakcie trwania leczenia detoksykacyjnego pacjent jest motywowany do jak najszybszego podjęcia leczenia odwykowego w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych, albo przynajmniej do skontaktowania się ze wspólnotą AA (Habrat, 2003, 2006).

W Polsce programy terapii uzależnień nastawione są głównie na cel, jakim jest abstynencja; trudno znaleźć programy ograniczania spożywanego alkoholu przez osobę uzależnioną. Odstępstwem mogą być przypadki, w których pacjenci nie skorzystają z psychoterapii z powodu swoich ograniczeń (np. zaburzenia organiczne), wtedy terapia nastawiona jest na tzw. redukcję szkód zdrowotnych. Stosuje się wówczas – tak jak w Austrii i we Włoszech – kwas gamma-hydroksymasłowy (GHB), działający na podobnych zasadach jak metadon w leczeniu narkomanów do podtrzymania abstynencji (Woronowicz, 2009). Wadą GHB jest to, że w dawkach większych niż zarejestrowane, mają działanie euforyzujące, silnie nasenne i przeciwłękowe, dlatego środek ten stosowany jest przez środowisko przestępcze jako tzw. „pigulka gwałtu” (Jakubczyk, 2017). Aktualnie w terapii uzależnienia od alkoholu stosowane są leki hamujące przymus picia przez zmniejszanie nasilenia głodu alkoholowego lub osłabienie nagradzającego działania alkoholu. Oddziałują one na przekąźnictwo serotoninerdyczne oraz receptory dopaminergiczne czy opioidowe (Woronowicz, 2009). Należą do nich: Naltrekson, Nalmefen, Akamprozat, Baklofen, Topiramata, Ondansetron oraz Kwetiapina. Leki te budzą nadzieje, ale nadal są na etapie badań. Przy współistniejących z uzależnieniem zaburzeniach psychicznych stosuje się farmakoterapię: związaną z bezsennością, zaburzeniami depresyjnymi oraz zaburzeniami kontroli impulsów (Jakubczyk, 2017). Warto podkreślić, że leczenie farmakologiczne zawsze powinno występować z psychoterapią i być uzupełniającą formą terapii w określonych przypadkach.

Psychoterapia

Przed omówieniem psychoterapii jako formy leczenia uzależnienia należałoby wspomnieć o oddziaływaniach poprzedzających właściwą terapię. Mowa tutaj o interwencjach wobec osób używających alkoholu w sposób problemowy. Ponieważ trudno określić, kiedy taka osoba staje się uzależniona, można przyjąć zasadę, iż *interwencja w sytuacjach związanych z piciem alkoholu jest zawsze uzasadniona* (Kinney, Leaton, 1996, s. 163). Ważne jest późniejsze przeprowadzenie pełnej oceny sytuacji, w której znalazła się osoba pijąca, dokonywana w placówce specjalistycznej. Omawiane tutaj podejście ma charakter „krótkiej



interwencji” – jest to rodzaj poradnictwa przeznaczanego głównie dla osób pijących szkodliwie i ryzykownie. Interwencje te polegają na stosowaniu specjalnych strategii (opartych z reguły na założeniach wywiadu motywującego) zmierzających do przekazania pacjentowi wiedzy dotyczącej wyników badań wskazujących na szkodliwe picie oraz możliwych dalszych konsekwencji tego stanu, o ile picie nie zostanie zredukowane. Wiedzę taką przekazywać może lekarz pierwszego kontaktu lub terapeuta. Technika obejmuje również specjalne oddziaływania skierowane do osób zagrożonych rozwojem problemów alkoholowych i motywujące ich do wprowadzenia zmian w życie.(...) Krótkie interwencje, choć bardzo popularne, mają jednak pewne ograniczenia: badania (...) wykazały, że interwencje te są wprawdzie skuteczne w czasowej redukcji picia ryzykownego, ale długoterminowo, pacjentom z poważnym ryzykiem uzależnienia pomagają terapie dłuższe i bardziej intensywne (Chodkiewicz, 2012, s. 22). Istnieje również metoda skierowana do osób, których funkcjonowanie nie pozostawia wątpliwości, iż są w nałogu; jest to „Interwencja wobec osoby uzależnionej”. Została ona opracowana w Stanach Zjednoczonych i polega na oddziaływaniu grupy (a nie pojedynczych) osób ważnych z otoczenia alkoholika. Ma to większą moc w osłabianiu patologicznych obronnych mechanizmów uzależnienia, pod warunkiem, że komunikaty skierowane do osoby uzależnionej nie będą agresywne, tylko utrzymane w tonie wyrażania uczuć związanych z jej nałogowym funkcjonowaniem. Dlatego nie może ona być przeprowadzana bez profesjonalnego nadzoru, a o szczegółach tej metody rodzina i przyjaciele alkoholika mogą dowiedzieć się w poradniach leczenia uzależnień (Kinney, Leaton, 1996; Woronowicz, 2009). Innym rozwiązaniem, gdy alkoholik nie reaguje na oddziaływania otoczenia, jest instytucjonalny nakaz do leczenia, wystosowany przez Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub ostatecznie Sąd. W procedurze pośrednictwa uczestniczy często Policja, a także MOPS.

Jeśli chodzi o psychoterapię – to liczy ona sobie ponad sto lat istnienia; jej dorobek w całości zbudowany został na doświadczeniach w pracy z pacjentami mającymi zaburzenia nerwicowe. Historia pokazuje, że nadużywanie środków psychoaktywnych traktowane było przez psychoterapeutów jako objawy głębszych problemów na tle nerwicowym. Jednak – jak podaje Mellibruda (2006, s. 20) – jest to pogląd błędny, który prawdopodobnie wynika z braku rozróżnienia między motywami sięgania ludzi po alkohol i narkotyki a procesami odpowiedzialnymi za brak zdolności do kontroli nad destrukcyjnymi formami zażywania tych substancji. Na rolę psychoterapii w leczeniu osób uzależnionych w Polsce zaczęto zwracać uwagę w latach 50. ubiegłego wieku; nieco później, bo w latach 60., zaczęto przywiązywać wagę do znaczenia programu AA (Kulisiewicz, 1982). Najlepsze efekty daje połączenie tych dwóch form. Według Woronowicza (2009, s. 181) – badania dowodzą, że skuteczność terapii



może zależeć od tego, w jakim stopniu przygotowała ona pacjenta do korzystania z grup samopomocowych. Idea ta jest podłożem tzw. modelu Minnesota (powstałego na przełomie lat 40. i 50. ubiegłego wieku), którego założenia leżą u podstaw programów terapii niemal wszystkich placówek leczenia odwykowego w Polsce. Jednym z ważniejszych takich założeń jest postępowanie mające na celu zatrzymanie rozwoju uzależnienia, gdyż całkowite wyleczenie – w rozumieniu powrotu do kontrolowanego używania alkoholu – nie jest możliwe ze względu na nieodwracalność pewnych procesów. Rozważania o psychoterapii można by poprzedzić cytatem wspomnianego już wielokrotnie Kępińskiego: *Proces poznania chorego nie kończy się w momencie postawienia rozpoznania (...), dokładniejsze poznanie chorego zaczyna się dopiero w dalszych z nim rozmowach, zwanych psychoterapią...* (Kępiński, 1978; za: Woronowicz, 2009, s. 177).

Na świecie istnieje różnorodność programów psychoterapeutycznych, przeznaczonych dla osób uzależnionych. *Ponieważ żadna ze szkół psychoterapeutycznych nie wypracowała skutecznej metody leczenia uzależnień, nasuwa się prosty wniosek, że do leczenia osób uzależnionych należy podchodzić eklektycznie. Stąd popularne stało się w Polsce podejście eklektyczne i „integracyjna koncepcja psychoterapii uzależnienia”* (Woronowicz, 2009, s. 176). „Techniczny eklektyzm” zawiera elementy edukacyjne, poznawcze, behawioralne, a także czerpie z doświadczeń ruchów samopomocowych. *Na ogół towarzyszy temu przekonanie, że między technikami i koncepcjami teoretycznymi specyficznymi dla danego podejścia nie ma istotnego powiązania* (Mellibruda, 2006, s. 22). Leczenie odwykowe oparte na psychoterapii indywidualnej i grupowej może przebiegać w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych. Wybór formy zależy od stopnia zaawansowania uzależnienia pacjenta, jakości wsparcia środowiskowego oraz motywacji do leczenia.

Dla zobrazowania całokształtu terapii można podzielić ją na trzy stadia: faza oceny, faza intensywnego leczenia wstępnego oraz faza nadzorowania zdrowienia (Kinney, Leaton, 1996, s. 173). Zajęcia w grupie wykorzystują leczący wpływ tzw. społeczności terapeutycznej, która oprócz wsparcia daje możliwość osłabienia działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia, demaskuje się też destrukcyjną strukturę poznawczą – a wszystko to zachodzi głównie pod wpływem odpowiedniej konfrontacji. W połączeniu z edukacją dotyczącą uzależnienia, działania te stanowią **podstawowy etap terapii**, obejmujący także pracę nad procesem uznania bezsilności wobec alkoholu, traktowanej w kategoriach medycznych. **Zaawansowany etap leczenia** – to rozpoznawanie własnych stanów psychicznych i sytuacji społecznych, mogących stanowić zagrożenie dla budującej się abstynencji, a także nauka rozwiązywania problemów psychologicznych w inny sposób niż korzystanie z alkoholu.



Kolejne etapy pracy terapeutycznej dotyczą pogłębiania świadomości osobistych problemów emocjonalnych i egzystencjalnych (duchowych) oraz rozwijanie postaw altruistycznych wobec innych osób uzależnionych (Habrata, 2003). Ważna również jest nauka empatii i komunikacji w stosunku do rodziny czy znaczących osób z otoczenia, a także usamodzielnianie się i szeroko pojęty rozwój osobisty – czyli ogólnie rekonstrukcja funkcjonowania w różnych rolach społecznych. Istotnym elementem oferty terapeutycznej są specjalne programy, np. grupa zapobiegania nawrotom uzależnienia, treningi asertywnych zachowań abstynenckich, treningi radzenia sobie z trudnymi emocjami (głównie złością), grupa dla uzależnionych kobiet, grupa pogłębionej pracy nad mechanizmami uzależnienia i rozwojem osobistym. Istnieją też specjalistyczne programy terapii dla osób z tzw. podwójnym rozpoznaniem.

Warto wspomnieć, że większość programów terapii zakłada jako cel główny całkowite utrzymywanie abstynencji, natomiast przypadki jej złamania traktowane są jako porażka. Dla większości osób uzależnionych jest to jednak maksymalistyczny cel (zwłaszcza dla pacjentów, którzy zatrzymali się w ostatniej, tzw. chronicznej fazie uzależnienia), dlatego bardziej realistyczna wydaje się „strategia redukcji szkód spowodowanych alkoholem”. Podejście to zakłada, że nie tylko całkowita abstynencja, ale również każde zmniejszenie spożycia alkoholu może być celem oddziaływań terapeutycznych (Habrata, 2006). Warto jeszcze w tym miejscu wspomnieć z perspektywy pracy terapeutycznej, iż odpowiednio przepracowane złamanie abstynencji może dać wskazówki dotyczące konkretnych słabych stron pacjenta i w ten sposób ukierunkować dalszą pracę, by nie miało to tak ciężkiego wydźwięku „porażki”.

Na osobną uwagę zasługuje systemowe podejście terapeutyczne, uwzględniające udział członków rodziny w leczeniu osoby uzależnionej. Ma to na celu przełamanie nieświadomych mechanizmów podtrzymujących komfort picia alkoholika oraz zapewnienie wsparcia emocjonalnego osobom dotkniętym destrukcją wprowadzaną przez niego do środowiska domowego tak, aby mogły radzić sobie z bezsilnością wobec jego nałogu, żyć własnym życiem i rezygnować z zachowań nadkontrolnych i nadodpowiedzialnych (terapia współuzależnienia i Dorosłych Dzieci Alkoholików – DDA, a także terapia dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż.). Aktualnie promuje się podejście, że począwszy od podstawowego etapu terapii możliwa jest behawioralna praca terapeutyczna z parami i z każdym z partnerów indywidualnie, na określonych zasadach. Jak podaje Kelly (2013, s. 237), związek między problemowym używaniem alkoholu a zaburzonymi relacjami partnerskimi ma charakter błędnego koła. Picie jednej osoby powoduje zachwianie równowagi w wypełnianiu ról obojga, gdyż ciężar odpowiedzialności spada na niepijącego partnera, wpływając na jego zdrowie emocjonalne. Takie pary cechuje niska zdolność do rozwiązywania konfliktów, możliwa jest przemoc, a



wszelkie napięcia w relacji skutkować mogą nawrotem. Behawioralna terapia par *została jak dotąd poddana najdokładniejszej ocenie i najwięcej wiadomo o jej skuteczności.*

Podsumowując – wymienione wcześniej metody terapeutyczne, takie jak: terapia poznawczo-behawioralna, zapobieganie nawrotom, dialog motywujący, krótkie interwencje oraz behawioralna terapia małżeńska, mają status terapii opartych na dowodach naukowych. Zatem oznacza to, że są to *interwencje, co do których istnieją wyraźne dowody naukowe, że prowadzą one do poprawy stanu pacjentów* (Drake i in.2001, za: Sorensen, Hetterna, Larios, 2013, s. 25).

Rola środowiska trzeźwościowego

1. Ruchy samopomocowe

Grupy tzw. „samopomocowe” stanowią ważny system oparcia, polegający na oferowaniu wzajemnej pomocy w obliczu wspólnego problemu. Korzyści jakich mogą doświadczyć członkowie grupy zachodzą na kilku poziomach. W aspekcie emocjonalnym – jest to możliwość rozładowania przykrych uczuć, uzyskania oparcia i zrozumienia oraz większego spokoju płynącego z akceptacji uzależnienia. W aspekcie poznawczym – jest to z kolei możliwość zrozumienia źródeł trudności, uzyskania wiedzy w tym obszarze oraz wymiany informacji, co pozwala wygenerować sposoby zaradcze. Ponadto wspólnota pozwala na przeżycie głębokich, nierzadko nowych doświadczeń sprzyjających osobistemu rozwojowi członków. Można tu wymienić rozwój empatii, altruizmu, wzmocnienie własnej odporności i skuteczności w obliczu kryzysów, co pozwala stworzyć nowy układ stosunków międzyludzkich. Ponadto osoby mające wspólny problem mogą osiągnąć rodzaj „psychospołecznego substytutu” tego, co bezpowrotnie utraciły – w postaci wzajemnej więzi i zrozumienia, czego nie uzyskalyby w takim stopniu od osób spoza tego kręgu doświadczeń. Finalnie wspólnota daje poczucie „zapanowania nad losem”, poprzez wsparcie i zaspokajanie podobnych potrzeb (Woronowicz, 2009, s. 280). Najbardziej znane grupy samopomocowe w kontekście uzależnienia od alkoholu to: Wspólnota AA; Grupy Rodzinne Al-Anon, Al-Ateen i DDA oraz Kluby Abstynenta.

a) *Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA)*

Ruch AA określany jest jako „fenomen XX wieku” oraz *bezsprzecznie najbardziej efektywna forma leczenia alkoholizmu* (Kinney, Leaton, 1996, s. 211). Sama idea organizowania się alkoholików w formie wspólnoty była znana od połowy XIX wieku, kiedy powstało



Stowarzyszenie im. Jerzego Waszyngtona. Bazując na sukcesach i błędach tego stowarzyszenia (które ostatecznie upadło), budowano później niektóre tradycje AA. Oficjalna data powstania Wspólnoty AA to: 10 czerwca 1935 roku (początek trzeźwości dr Boba), jednak historia jej założenia sięga roku 1921. Wówczas stworzony został ruch ewangelicki, z którego wyłoniła się tzw. Grupa Oksfordzka, bazująca na „zasadzie czterech absolutów” (uczciwości, gotowości do pomagania innym, czystości i miłości). Część tych zasad wykorzystano do stworzenia Programu 12 Kroków AA (Woronowicz, 2009). Mimo oficjalnej wersji powstania wspólnoty – dotyczącej spotkania Billa W., maklera giełdowego i dr Boba, miejscowego chirurga – historia mówi, iż pierwszym alkoholikiem, który zgłosił się po pomoc był Rowland H. Na początku lat 30. XX wieku trafił on do słynnego psychiatry Junga. Usłyszał wówczas od niego, że w tak beznadziejnym przypadku tylko cud, albo mocny duchowy wstrząs mógłby mu pomóc, po czym został skierowany do wspomnianej Grupy Oksfordzkiej. Tam istotnie przeżył nawrócenie, skutecznie przestał pić i pomógł kolejnej osobie, którą był Ebby T. Ich „następcy” czyli Bill W. i dr Bob również czerpali doświadczenia z zasad powyższej grupy; odkryli jednak dla swojego trzeźwienia wartość rozmowy. Działania prowadzące do zdrowienia opisali oni w książce: *Anonimowi Alkoholicy* z 1939 roku, od której właśnie pochodzi nazwa wspólnoty. Tam zawarty został Program 12 Kroków. Poza nim ważną rolę organizacyjną, regulującą funkcjonowanie AA, pełni dokument złożony z Dwunastu Tradycji. Wspólnota AA zaczęła zataczać kręgi na całym świecie, osiągając w 2016 roku liczbę ponad dwóch milionów członków w 118 tysiącach grup AA. W Polsce idea AA zawitała oficjalnie w 1958 roku za sprawą Wierzbickiego, który wydał artykuł: *AA – nieznaną w Polsce formą pracy z alkoholizmem*. Rok 1992 jest szczególnie znaczący, gdyż powstała wówczas ujednolicona wersja 12 Kroków AA (ponieważ na przestrzeni lat funkcjonowało wiele tłumaczeń podlegających cenzurze) oraz wydano pierwszą polską wersję wymienionej wyżej książki *Anonimowi Alkoholicy*. Pierwszy zjazd Wspólnoty odbył się w 1994 roku w Poznaniu, rok później zarejestrowano Fundację o nazwie Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce. Obecnie w naszym kraju funkcjonuje około 2640 grup w obrębie 14 regionów. W zakładach karnych jest ich ponad 200 (Świerczek, 2018). Program 12 Kroków, na którym opiera się życie wspólnoty, jest programem głębokiej duchowej przemiany, z którego czerpią też inne grupy samopomocowe zrzeszające osoby uzależnione (np. od narkotyków, hazardu, adrenaliny, nikotyny) i przewlekle chore (np. na raka, cukrzycę, depresję czy schizofrenię). Wspólnota AA rozpowszechniła też tekst *Desideraty* oraz *Modlitwy o Pogodę Ducha* (Woronowicz, 2009). Zawarta w nich – oraz w programie 12 Kroków – mądrość pozwala wieść życie dojrzałe, harmonijne, spełnione, w łączności z Siłą Wyższą, wolne od nałogów.



b) *Grupy Rodzinne (Al-Anon, Al-Ateen, DDA)*

Powstanie grup Al-Anon sięga lat 40. ubiegłego wieku. Znaczącą rolę odegrała w ich zapoczątkowaniu żona Billa W. – Lois. Program tej wspólnoty jest adaptacją na bazie 12 Kroków i 12 Tradycji AA. W Polsce Al-Anon działa od 1980 roku. Grupy Al-Ateen przeznaczone są dla nastoletnich dzieci alkoholików (powyżej 12 r.ż.). Praca w tej wspólnocie również opiera się na programie 12 Kroków. Na przełomie 1976/1977 roku w Stanach Zjednoczonych z członków Al-Ateen, którzy przestali być nastolatkami, utworzona została grupa Dorosłych Dzieci Alkoholików. Polskie grupy DDA na wzór amerykańskich, zostały zapoczątkowane w 1980 roku. Na tym podłożu zaczęły powstawać profesjonalne programy terapii DDA, funkcjonujące w placówkach odwykowych (Woronowicz, 2009).

c) *Kluby Abstynenta*

Są to organizacje samopomocowe, zapoczątkowane w 1830 roku w Szwajcarii. W Polsce podobne idee pojawiły się pod koniec lat 40. ubiegłego wieku, kiedy zaczynały docierać do naszego kraju pierwsze informacje dotyczące wspólnoty AA. Jednak ani wówczas, ani przez kolejne dziesięciolecia ruch ten nie mógł się rozwijać z powodów politycznych; szczególnie używanie takich pojęć jak „Bóg” czy „Siła Wyższa” były zabronione. Próbowano więc pogodzić program AA z ówczesną sytuacją polityczną, czego efektem było stworzenie klubów zrzeszających osoby uzależnione, nastawione na wzajemną pomoc. Prawdopodobnie pierwszy taki klub powstał właśnie z końcem lat 40. w Warszawie. Podstawowe jego postulaty dotyczyły świadczenia pomocy w odzyskiwaniu zdrowia – w formie moralnej czy finansowej, nie tylko uzależnionym, ale i ich rodzinom. W 1998 roku założono na terenie kraju około 500 takich klubów, działających przy placówkach odwykowych, zakładach pracy, osiedlach mieszkaniowych, a także w zakładach karnych. Prowadzone są tam różne formy aktywności: zajęcia edukacyjne, muzykoterapia, zajęcia sportowe, turystyczne, rozrywki propagujące trzeźwy styl życia; ponadto poradnictwo dla rodzin, pogadanki w szkołach, interwencje (np. po złamaniu abstynencji), pomoc w znalezieniu pracy, poradnictwo prawne. Zajęcia mogą odbywać się w grupach (Woronowicz, 2009).

2. Ruchy trzeźwościowe

Próby przeciwdziałania nadużywaniu alkoholu sięgają – jak opisano na początku tego rozdziału – najdawniejszych czasów. Zorganizowane ruchy trzeźwościowe w Polsce sięgają roku 1150 (czasy Wincentego Kadłubka, opisującego te zjawiska w Kronice Polski). Przez kolejne



stulecia w obliczu kryzysów, przemian, tragicznych historycznych zdarzeń, miały one na celu ostrzeżenie przed negatywnymi skutkami nadmiernego spożywania alkoholu oraz promowanie życia w trzeźwości. Na szczególną uwagę zasługuje działalność w tym nurcie, prowadzona przez Adama Chmielowskiego (Brat Albert) – w 1885 roku założył on zgromadzenie zakonne służące ratowaniu osób upadających z powodu alkoholizmu. Od 1980 roku ruchy trzeźwościowe działały szczególnie intensywnie, w związku z zagrożeniami dla polskiego społeczeństwa na podłożu sytuacji polityczno-ekonomicznej. Najbardziej znanymi tego rodzaju inicjatywami są związane z Kościołem ruchy: „Otrzeźwienie” (zrzeszające w momencie założenia wielu działaczy Solidarności) oraz Krucjata Wyzwolenia Człowieka, zapoczątkowana przez ks. Franciszka Blachnickiego, której ideą jest modlitwa i abstynencja (Woronowicz, 2009).

3.3.1. Rokowanie i ocena warunków leczenia

W Polsce nadal społeczne nastawienie do alkoholizmu ma negatywny wydźwięk, choć wyczuwalna jest poprawa w odniesieniu do wcześniejszych dziesięcioleci. Dzięki świadectwom znanych osób, oficjalnie przyznających się do swojego nałogu – jak chociażby prof. Osiatyński, mający nieocenione zasługi w przeniesieniu na polski grunt amerykańskich trendów lat 70. w leczeniu alkoholizmu – rośnie świadomość w społeczeństwie, że uzależnienie od alkoholu to nie jest kwestia „złej woli”. Ponadto dynamicznie rozwija się nowoczesna psychoterapia uzależnienia, dzięki czemu można obserwować jak naukowe spojrzenie na alkoholizm powoli wypiera stereotypy społeczne. Skuteczniej też można pomagać osobom z tzw. „podwójną diagnozą”. Nie do przecenienia jest również rola środowisk trzeźwościowych, zwłaszcza zataczająca szerokie kręgi i wciąż rozrastająca się struktura Wspólnoty Anonimowych Alkoholików.

Jeśli chodzi o rokowanie przebiegu leczenia i jego skuteczność – w tym temacie jest zawsze wiele kontrowersji, gdyż uzależnienie od alkoholu wiąże się z nawrotami i ogólnie (jak wynika z całego niniejszego rozdziału) jest ono sprawą złożoną, wieloaspektową. Jak podaje Kulisiewicz (1982), trudno z góry przewidzieć ostateczne wyniki leczenia, ponieważ szanse na poprawę szeroko pojętego zdrowia zależą w największej mierze od samego pacjenta. Nie istnieje jednolity, skuteczny w każdym przypadku sposób postępowania. Część pacjentów, mimo pozytywnej motywacji do leczenia, może szybko wrócić do picia, inni mimo trudności z utrzymywaniem abstynencji wreszcie „dojrzewają” do zmiany stylu życia. Jak wspomniano we wcześniejszych podrozdziałach, pacjenci różnią się osobowościowo, poziomem zasobów osobistych czy stopniem zaawansowania uzależnienia, dlatego do kwestii rokowania należy



podchodzić ostrożnie. O tym, co decyduje o postawie pacjenta, trudno wyrokować, jest to niewiadoma: *Niekiedy może to być jakiś ogromny wstrząs – wywołany katastrofą rodzinną (odejście czy śmierć żony) bądź ostra psychoza alkoholowa i pobyt w zakładzie psychiatrycznym, które skłaniają pacjenta do właściwej, realistycznej oceny sytuacji. W wielu przypadkach jednak nie jesteśmy w stanie wykryć przyczyn. Dlatego też nie wolno do końca rezygnować z prób przyścia choremu z pomocą. Niepowodzenia w leczeniu zniechęcają nawet tych, którzy wierzyli w sens i celowość leczenia alkoholików. Wynika to z faktu, że każdy alkoholik „przeżywa swoją chorobę po swojemu” i nie zawsze łatwo do każdego dotrzeć. Ale ponieważ z góry nie można przesądzać wyników leczenia, dlatego zawsze warto próbować* (Kulisiewicz, 1982, s. 173-174). Jak pisze dalej autor, nawroty – jak w przypadku różnych chorób przewlekłych – nie powinny stanowić dowodu na nieskuteczność, ponieważ nawet kilkumiesięczny okres abstynencji w kontekście wieloletniego picia jest korzystny pod względem biologicznym i społecznym (należy jednak uważać z mówieniem o tym pacjentom ze względu na ich niebezpieczną, nałogową logikę). Kolejna ważna, poruszona przez niego kwestia związana z wynikami leczenia opiera się na założeniu, że: *całkowita nawet abstynencja nie powinna i nie może stanowić jedyne miernika skuteczności terapii. Alkoholik-abstynent, mimo, iż nie pije, może przejawiać, jak uczy doświadczenie, wiele innych zaburzeń i odchyleń w rozmaitych dziedzinach życia (np. zaburzeń zachowania, stosunków interpersonalnych itp.). Nierzadko słyszy się skargi i narzekania żon alkoholików, że „teraz jak nie piją – są nawet gorsi...”. Niekiedy nawet wyrównanie tych innych „pozaalkoholowych zaburzeń” bywa trudniejsze do uzyskania, niż abstynencja.* Poglądy te do dziś nie tracą na ważności i wiążą się z celami terapii oraz zmianami w życiu pacjenta, zachodzącymi w jej trakcie. Jak podaje Chodkiewicz (2012, s. 46) powołując się na różne źródła, proces zmiany istotnie zapoczątkowuje *kryzys osobisty, zwany też „dnem”* – czyli pewne wydarzenia w życiu alkoholika pozwalające mu odwrócić się od alkoholu. „Dno” w takim rozumieniu bliskie jest teorii kryzysu Caplana oraz teorii dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego (szerzej opisanej w drugim rozdziale). Chodkiewicz wyjaśnia, iż (według Caplana) kryzys w następstwie trudnego doświadczenia może prowadzić z jednej strony do poszukiwania rozwiązania problemu i wzrostu dojrzałości psychicznej, ale z drugiej – do poddania się, bezradności, a nawet pojawienia zaburzeń nerwicowych i psychotycznych. Autor podaje też (powołując się na: Prochaska, Norcross, DiClemente, 2008), że inną wadą koncepcji „dna” jest niebezpieczeństwo oczekiwania osoby uzależnionej na tak zaawansowane stadium rozwoju problemu, że wówczas może ona już nie być zainteresowana zmianą lub nie być w stanie jej przeprowadzić, nawet gdyby chciała. Dlatego tak ważne są – wspomniane wcześniej – wszelkie działania



interwencyjne wobec pijącego. Kolejna kwestia oporu przed podjęciem leczenia pochodzi stąd, że nawet jeżeli alkoholik rozpocznie proces zdrowienia (zwany też trzeźwieniem), to na starcie napotyka na wiele przeszkód: dyskomfort objawów odstawiennych, brak wielu ważnych umiejętności życiowych, które zatracił lub nigdy nie wykształcił, brak rozsądnego wsparcia. Przypomnieć należy, że osoba uzależniona gdy regularnie pije – funkcjonuje w znanym sobie schemacie; gdy odstawia alkohol – pojawia się wiele skumulowanych problemów, z którymi trzeba się uporać, a to rodzi lęk i reakcje „ucieczkowe”. Dzięki profesjonalnej pomocy jest to jednak możliwe do przezwyciężenia.

Proces zdrowienia ma swoją definicję, (...) którą zespół powołany przez Instytut Betty Ford określił jako: „dobrowolne utrzymywanie stylu życia, który polega na zachowaniu trzeźwości, dbałości o własne zdrowie i prezentowaniu postawy obywatelskiej” (McLellan, 2010, za: Chodkiewicz, 2012, s. 49). Proces ten, z przybliżonymi ramami czasowymi, przedstawia się następująco: „wczesna trzeźwość” (przypada na pierwszy rok utrzymywania abstynencji), „utrwalona” (1-5 lat) i „stabilna” trzeźwość (powyżej 5 lat); (McLellan, 2010, za: Chodkiewicz, 2012, s. 52). Najbardziej znany model zdrowienia oparty na bazie „koncepcji choroby” Jellinka, opisał Glatt (1963, za: Chodkiewicz, 2012). Według niego zmiany jakie musi wprowadzić alkoholik nie są łatwe: to przyznanie się do swojej słabości, poproszenie o pomoc, podjęcie leczenia, uznanie faktu, że alkoholizm jest chorobą, nawiązanie nowych relacji z niepijącymi alkoholikami aby uzyskać wsparcie i przekonać się, że abstynencja jest możliwa, wzbudzenie w sobie nadziei na szczęśliwe życie mimo wielu problemów, które widać wyraźniej trzeźwymi oczyma, a także podjęcie osobistego rozwoju. W odniesieniu do wymienionych wyżej trudności początkowego etapu, najwięcej nawrotów – rozumianych jako złamanie abstynencji – dokonuje się właśnie w pierwszym roku po rozpoczęciu terapii (Chodkiewicz, 2012, s. 33). To wszystko pokazuje, jak trudny i skomplikowany jest proces zdrowienia, ile czynników musi nastąpić w zależności od indywidualnego przypadku. Doświadczenie własne w pracy terapeutycznej pozwala na wniosek, że pojedyncze „zapicia” czy nawroty pacjentów nie przekreślają ich pracy w procesie terapii. Jak wspomniano wcześniej, dostarczają one dodatkowego materiału do pracy pacjenta nad sobą. Natomiast najwięcej trudności istotnie występuje w przypadku współistniejących zaburzeń wymagających specjalistycznego podejścia oraz gdy pacjent nie chce się leczyć. Zdaniem Mossa i wsp. (1981, za: Woronowicz, 2009, s. 244) to właśnie takie czynniki jak: *intensywność oddziaływań terapeutycznych, aktywność pacjenta podczas terapii oraz stosunek pacjenta do terapii* – stanowią sedno skuteczności leczenia. Ważne jest też to, czy pacjent jest w stanie uznać za długoterminowy cel leczenia utrzymywanie abstynencji jako stylu życia. Jak podaje



Chodkiewicz (2012), przedstawiciele większości modeli i ujęć uzależnienia wyrażają praktyczną zgodę na cel terapii, jakim jest właśnie trwałe utrzymywanie abstynencji (Beck i in., 2007; Cierpiałkowska, 2010b; Lindenmeyer, 2007; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Prochaska, Norcross, DiClemente, 2008; Raytek, Morgan, Chung, 2005; Woronowicz, 2009). W sposób szczególny dotyczy to teorii zakładającej, że „alkoholizm jest nieuleczalną i chroniczną chorobą”. Jednakowoż przedstawiciele ujęcia poznawczo-behawioralnego (Beck i in., 2007) uważają, że w niektórych sytuacjach (np. aby umożliwić pacjentowi pozostanie w terapii i przepracowanie trudności), akceptowalny jest cel w postaci ograniczenia picia; pacjent może dzięki temu uzyskiwać większą świadomość celu, którym jest trwała abstynencja, tak aby ostatecznie z pełną odpowiedzialnością wybrać ją samemu. Podobnie Miller (2009), reprezentujący ujęcie motywujące, stoi na stanowisku, że *skoro osiągnięcie trwałej abstynencji jest możliwe tylko dla niewielkiej grupy pacjentów, ograniczenie używania alkoholu, przejawiające się zmniejszeniem szkodliwości jego picia, również można uznać za cel terapii* (za: Chodkiewicz, 2012, s. 24-25). Jeśli chodzi natomiast o budzącą wiele emocji dyskusję wokół możliwości powrotu do picia kontrolowanego przez osoby uzależnione – to istnieją wyniki badań wskazujące, że *pewien procent osób uzależnionych może pić w sposób kontrolowany*; istnieje również (...) zjawisko tzw. *samoistnych remisji, którego nie można wyjaśnić modelem choroby i dożywotniej utraty kontroli* (...). Wydaje się jednak, że *o ile faktem jest istnienie pewnego procentu osób uzależnionych, które po krótszym czy dłuższym czasie abstynencji mogą kontrolować picie, co wykazały choćby analizy prowadzone przez D.A. Dawsona i in. (2005) na dużej grupie pacjentów uzależnionych (N = 4422), to ze względu na niemożność wyodrębnienia takich osób w trakcie terapii cel, jakim jest abstynencja, jest najbardziej akceptowalny i etyczny* (Chodkiewicz, 2012, s. 25).

Jeśli chodzi o wyniki badań nad efektywnością leczenia osób uzależnionych, to najwcześniejsze pochodzą z 1974 roku, dokonane przez Enricka, który ustanowił „regułę jednej trzeciej”, czyli *1/3 leczonych utrzymuje po leczeniu abstynencję, 1/3 pije mniej, a kolejna 1/3 nie wykazuje żadnej poprawy* (Woronowicz, 2009, s. 245). W Polsce badania na dużej grupie osób uzależnionych pochodzą z lat 90., przeprowadzone przez Mellibrudę wraz z zespołem, znane jako : „Analiza przebiegu i efektów terapii alkoholików” (APETA). Podczas badań *prowadzonych w 43 ośrodkach wzięło udział łącznie ponad 2 tys. osób poddanych zarówno terapii ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej. Uzyskano bardzo obiecujące wyniki – terapię ukończyło 55% „pacjentów ambulatoryjnych” i 69% „stacjonarnych”. Najwyższe wskaźniki pozytywnych efektów leczenia zanotowano w grupie pacjentów ambulatoryjnych – 52% kończących terapię utrzymywało abstynencję 2 lata po jej zakończeniu, znaczący procent*



tych, którzy „zapili”, piło mniej destrukcyjnie. Z kolei pacjenci stacjonarni uzyskali dużo gorsze wyniki – 2 lata po terapii abstynencję utrzymywało tylko 20% badanych (Chodkiewicz, 2012, s. 37). Badaniu poddano również porównanie skuteczności terapii opartej na „12 krokach AA” z terapią poznawczo-behawioralną (CBT). Humphreys i Moons (2007) przebadali 887 pacjentów pracujących nad sobą w wyżej wymienionych formach terapii, co wykazało, że w okresie roku od zakończenia leczenia ponad 49% pacjentów uczestniczących w terapii opartej na „12 krokach AA” utrzymywało abstynencję w porównaniu z 37% po CBT (różnica istotna statystycznie); (Chodkiewicz, 2012, s36). Z kolei inne, obszerne badanie z 2006 roku, znane jako COMBINE Study, przeprowadzone na 1383 osobach uzależnionych od alkoholu, pozwoliło na oszacowanie skuteczności leczenia farmakologicznego (naltrekson, akamprosyt lub placebo), które skojarzono – bądź nie – z terapią behawioralną. W ostatecznym rozrachunku terapia niewspomagana farmakologicznie okazała się mniej skuteczna (Chodkiewicz, 2012, s. 37). Interesujące badania w temacie skuteczności leczenia w zależności od dostosowania sposobu terapii do indywidualnych cech pacjenta, pod nazwą projekt MATCH z 1997 roku, dały wniosek, że *poza drobnymi różnicami generalnie nie wykazano korzyści, jakie przynieść może dopasowanie pacjenta do terapii. Wszystkie zastosowane oddziaływania były porównywalnie skuteczne w odniesieniu do obniżenia spożycia alkoholu i jego negatywnych konsekwencji* (Chodkiewicz, 2012, s. 36). Natomiast w kwestii skuteczności terapii i porównań różnych jej ujęć można przytoczyć dane empiryczne z 2001 roku, pochodzące z analizy porównawczej siedmiu obszernych badań na różnych ujęciach, których autorami są: Miller, Walters i Bennett. Dają one obraz, iż *ok. 25% pacjentów utrzymuje całkowitą abstynencję (w rok po zakończeniu terapii), u kolejnych 25% nastąpiła wyraźna redukcja długości i intensywności picia, a 10% pije alkohol w sposób bezproblemowy. Podsumowując, autorzy ci zauważają, iż przebyta terapia okazała się w różny sposób skuteczna dla ok. 60% pacjentów* (Chodkiewicz, 2012, s. 38). Ostatnim istotnym zagadnieniem w kwestii badań jest oszacowanie, że *około 10-20% osób pijących w sposób problemowy zaprzestaje picia bez profesjonalnego leczenia. Takie sytuacje określane są (...) w piśmiennictwie polskim jako samoistne wyzdrowienie, samoistna remisja, remisja naturalna czy samowyleczenie. Udział w ruchach samopomocy nie jest traktowany jako samodzielne zaprzestanie picia (...). Osoby [takie] (...) nie decydowały się na podjęcie leczenia z powodu wstydu, obaw przed stygmatyzacją i uzyskaniem etykietyki alkoholika, negatywnego stosunku do leczenia i niechęci do dzielenia się z nieznanymi osobami swoimi problemami* (Woronowicz, 2009, s. 245-246). Dodać tylko można, że osoby te nie dały sobie szansy na głębszy rozwój w terapii i możliwość przepracowania tych trudnych emocji.



Rozdział 4. Metodologia badań własnych

Niniejszy rozdział zawierać będzie metodologię badań własnych. Przede wszystkim przedstawiony zostanie główny problem badawczy wraz z problemami szczegółowymi oraz hipoteza główna wraz z hipotezami szczegółowymi. Hipotezy mają formę twierdzeń i stanowią przypuszczenia dla postawionych problemów badawczych. W dalszej części pojawi się opis metod wykorzystanych w celu przeprowadzenia badań naukowych, a także charakterystyka badanej grupy oraz strategia badań.

4.1. Problem i hipotezy badawcze

Podejmowany w pracy dyplomowej problem naukowy opiera się na analizie powiązań między dwoma zmiennymi u osób uzależnionych od alkoholu, będących w procesie leczenia odwykowego. Główny problem badawczy zawiera się w pytaniu ogólnym:

Czy w miarę trwania abstynencji od alkoholu i pogłębiania oddziaływań terapeutycznych lęk pacjentów zmniejsza się, a poczucie jakości życia wzrasta?

W celu rozwinięcia powyższego problemu konieczna będzie analiza porównawcza między grupą pacjentów na podstawowym etapie terapii a grupą na etapie zaawansowanej pracy nad uzależnieniem. Można zatem postawić pytania szczegółowe:

P1. Jaki jest związek między lękiem a poczuciem jakości życia osób uzależnionych od alkoholu na podstawowym etapie terapii?

P2. Jaki jest związek między lękiem a poczuciem jakości życia osób uzależnionych od alkoholu po pogłębionym etapie terapii i dalszej pracy nad zdrowieniem?

Zaprezentowana w części teoretycznej literatura przedmiotu stanowi podłoże dla postawienia hipotez. Hipoteza ogólna przedstawia się następująco:

Obniżenie poziomu lęku i wzrost poczucia jakości życia zależy od długości trwania abstynencji od alkoholu oraz głębokości oddziaływań terapeutycznych.

Hipotezy szczegółowe z kolei zawierają się w stwierdzeniach:

H1. Osoby uzależnione od alkoholu na podstawowym etapie terapii częściej i silniej doświadczają lęku oraz mają niskie poczucie jakości życia.



H2. Osoby uzależnione od alkoholu po pogłębionym etapie terapii i dalszej pracy nad zdrowieniem rzadziej doświadczają lęku, a ich poczucie jakości życia wzrasta.

Celem zweryfikowania powyższych hipotez przeprowadzono badania empiryczne za pomocą wybranych metod. W kolejnym podrozdziale zostanie zaprezentowany ich opis.

4.2. Charakterystyka zastosowanych metod

Niniejszy projekt badawczy powstał przy użyciu następujących narzędzi:

1. *Arkusze Samopoznania* R.B. Cattella;
2. *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia* M. Straś-Romanowskiej;
3. *Skale psychologicznej jakości życia* Z. Uchnasta;
4. Arkusz personalny własnego autorstwa.

4.2.1. Arkusz Samopoznania R. B. Cattela

Koncepcja lęku jawnego i ukrytego Cattella została obszernie opisana w pierwszym rozdziale pracy, dotyczącym problematyki lęku w funkcjonowaniu człowieka. Narzędzie służące do pomiaru wymienionych wyżej grup lękowych, jak również do zbadania pięciu wymiarów osobowości wg Cattella („Q3-”; „C-”; „L”; „O”; „Q4”), zostało nazwane *Arkuszem Samopoznania*. Przytoczona tutaj charakterystyka tego kwestionariusza znajduje się w podręczniku autorstwa Cattella i Scheiera z 1967 roku (za: Siek, 1983). Według autorów podręcznika kwestionariusz ten *jest dobrą, wymagającą krótkiego czasu badania (od 5 do 10 minut) metodą badania reakcji lękowych taką, która nie działa na badanych stresująco. Kwestionariuszem tym można badać młodzież począwszy od 14 roku życia i ludzi dorosłych, nawet o wykształceniu poniżej średniego. Kwestionariusz można stosować do badań indywidualnych i do badań grupowych. Jest to metoda, którą można stosować kilka razy do tej samej grupy osób, czy tego samego człowieka, nawet w odstępach tygodniowych* (Siek, 1983, s. 286). Dla przypomnienia – autorzy podają, iż narzędzie to skutecznie różnicuje osoby normalne i neurotyczne (grupa 595 osób normalnych miała wyniki różniące się w sposób istotny statystycznie od wyników grupy 59 osób z rozpoznaną nerwicą lękową); ponadto kwestionariusz ma wysoką rzetelność (współczynnik rzetelności w dwukrotnym badaniu grupy 87 osób w odstępie tygodnia, wynosi 92). Podręcznik ten zawiera normy amerykańskie.

W Polsce używa się różnych tłumaczeń kwestionariusza Cattella, z których najpopularniejsza (i wykorzystana w niniejszej pracy) jest wersja w przekładzie Hirszla z 1959 roku, który przetłumaczył oryginał (Siek, 1983). *Arkusze Samopoznania* składa się z 40 pytań, które Cattell w różny sposób rozdysponował pomiędzy pięć wymiarów osobowości:



1. „Q3-” zawiera 8 pytań odnoszących się do: samokontroli, siły woli, gnuśności i niezadowolenia z siebie.
2. „C-” zawiera 6 pytań z zakresu: siły ego i skłonności do zachowań neurotycznych.
3. „L” składa się z 4 pytań badających: skłonność do reakcji paranoidalnych i wewnętrzne odprężenie.
4. „O” składa się z 12 pytań oceniających: poczucie winy, niepewność siebie i zaufanie do siebie.
5. „Q4” natomiast zawiera 10 pytań dotyczących: wysokiego bądź niskiego napięcia potrzeb i popędów.

Pierwsza część kwestionariusza, czyli pytania od 1 do 20 dotyczą lęku ukrytego, których człowiek nie jest świadomy (np. opisane już wcześniej objawy somatyczne, przejmowanie się opiniami na swój temat, odczuwanie zazdrości czy złości do ludzi, trudność w pogodzeniu się z odmową itp.). Druga część, czyli pytania od 21 do 40, badają symptomy lęku jawnego, które są przez ludzi uświadamiane (jak już wspomniano, może to być np. uważanie siebie za osobę nerwową, zużywającą zdecydowanie więcej energii niż inni, nie radzenie sobie w stresujących sytuacjach czy niespokojny sen). *Cattell i Scheier radzą używać kwestionariusza jako narzędzia, które daje przede wszystkim OGÓLNY OBRAZ nasilenia bliżej nieokreślonego lęku. Im więcej stwierdzamy odpowiedzi diagnostycznych, tym prawdopodobnie większe jest rzeczywiste nasilenie nieokreślonego lęku, czy niepokoju u danej jednostki* (Siek, 1983, s. 301). Osoby poddawane badaniu tym narzędziem, muszą dokonać wyboru poprzez postawienie krzyżyka przy jednej z trzech odpowiedzi (np. często, nieraz lub nigdy; tak, nie lub nie wiem). Surowe wyniki przelicza się na steny oraz umieszcza się na skali od 1 do 10 (średnia 5,5 stena). *Cattell i Scheier podają, że w amerykańskich badaniach osoby, które uzyskały wyniki w granicach 1, 2 lub 3 stenu są w pełni zdrowia psychicznego, stabilne emocjonalnie, z dobrym poczuciem bezpieczeństwa. Osoby, których wyniki kwalifikuje się jako 4, 5, 6 i 7 sten SĄ W GRANICACH NORMY. Dopiero o osobach, które uzyskują wyniki powyżej 7 stena, od 8 do 10 i wyniki te pozostają TAKIE SAME PO KILKAKROTNYM BADANIU tą metodą można oceniać jako DUŻE, odbiegające od normy nasilenie reakcji bliżej nieokreślonego lęku i niepokoju, wskazujące na jakieś psychiczne trudności i kłopoty ze zdrowiem psychicznym* (Siek, 1983, s. 302). Podkreślić należy, że do wyników badań wykonywanych za pomocą tego kwestionariusza trzeba podchodzić z ostrożnością, ponieważ nie posiada on trafności, rzetelności ani norm dla różnych grup, które byłyby obliczone na materiale polskim (Siek, 1983).



4.2.2. Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia (KPJŻ) M. Straś-Romanowskiej

Koncepcja wielowymiarowego obrazu człowieka, której autorką jest Straś-Romanowska (1992, 1992a, 1995b, 2002a) została opisana w rozdziale drugim, dotyczącym zagadnienia poczucia jakości życia. Na tej podstawie teoretycznej – przy współpracy Straś-Romanowskiej, Oleszkiewicz i Frąckowiaka – powstało narzędzie badawcze, służące do oceny codziennego funkcjonowania osoby badanej oraz poznania świata jej przekonań i wartości. W instrukcji osoba ma za zadanie dokonać wyborów odpowiedzi, wchodzących w skład czterech sfer: psychofizycznej, psychospołecznej, podmiotowej oraz metafizycznej. Na sposób wybierania ma wpływ subiektywna ocena poziomu zadowolenia osoby badanej (Straś-Romanowska, 1992, Frąckowiak, 2004 za: Mróz, 2012, s. 177). Kwestionariusz na początkowym etapie jego tworzenia miał zgromadzonych 270 pozycji testowych, które poddano selekcji. Wyłoniono z nich 141 i na ich podstawie stworzono metodę sędziów kompetentnych, co ostatecznie pozwoliło wyselekcjonować 60 najbardziej adekwatnych treściowo pozycji testowych. Rozdzielono je po 15 na każdą z czterech badanych sfer. Są one ułożone według określonej kolejności (za: Frąckowiak, 2004):

1. Sfera Psychofizyczna (czyli opisany w podrozdziale 2.2.5 wymiar biologiczny); dotyczy cielesności, popędowości, uwarunkowań genetycznych niezależnych od człowieka w zakresie np. wyglądu fizycznego, temperamentu, witalności – ogółem wszystko to, co składa się na przedłużenie gatunku, przetrwanie jednostki, zachowanie przez nią zdrowia i życia.
2. Sfera psychospołeczna (wymiar społeczny); dotyczy świata relacji, do którego człowiek wkracza poprzez naukę ról społecznych. Wymaga to nastawienia na spełnianie oczekiwań w procesie socjalizacji, ale w zamian otrzymuje się poczucie bezpieczeństwa, przynależności i społecznej tożsamości. Relacje oparte na więzi wypełniają pustkę samotności, dają poczucie akceptacji i własnej wartości.
3. Sfera podmiotowa (wymiar podmiotowy); wyraża się w indywidualności i niezależności jednostki, w sposobie wyodrębnienia siebie z tła społecznego. Sfera ta wiąże się z ważną kwestią odpowiedzialności, podejmowania decyzji, samorealizacją, funkcjonowaniem w zgodzie ze sobą i realizowaniem życiowych celów czy zainteresowań.
4. Sfera metafizyczna (wymiar duchowy); wiąże się z życiem opartym na wyznawaniu i realizowaniu uniwersalnych, ogólnoludzkich wartości, jakimi są miłość, prawda, dobro i piękno. Sfera ta wyraża się poprzez przeżycia religijne, poszukiwanie sensu,



rozwój moralny dokonujący się przez postępowanie w zgodzie z własnym sumieniem.

Jeśli chodzi o zgodność wewnętrzną tego narzędzia, to współczynniki wewnętrznej zgodności obliczone za pomocą wzoru Alfa-Cronbacha wynoszą odpowiednio: dla sfery pierwszej 0,77; dla drugiej 0,71; dla trzeciej 0,72; dla czwartej 0,65; natomiast dla całego testu 0,70. Są to więc dosyć wysokie wyniki. KPJŻ pozwala zatem rzetelnie zmierzyć subiektywny poziom satysfakcji życiowej oraz uzyskać wgląd w poszczególne sfery funkcjonowania człowieka. Wynik ogólny wskazujący na poczucie jakości życia, możliwy przy zastosowaniu KPJŻ jest usytuowany w przedziale od 60 do 240 punktów (Pięta, Lintowska, 2016). Warto również podkreślić, iż zastosowanie tego kwestionariusza ma nie tylko wartość diagnostyczną, ale również terapeutyczną. Dzięki wglądowi w poszczególne sfery funkcjonowania pacjenta, łatwiej jest zrozumieć jego perspektywę oraz wyznaczyć kierunki pracy terapeutycznej (Frąckowiak, 2004).

4.2.3. Skale psychologicznej jakości życia Z. Uchnasta

Narzędzie pomiarowe opracowane w 2007 roku przez Uchnasta, opiera się na wcześniejszych pracach różnych zespołów badawczych i zawiera cztery części składowe:

1. *Skala subiektywnej witalności* (SVS) R. Ryan, C. Frederick (1997) – dotyczy ona pojęcia „witalność”, które w rozumieniu Deciego i Ryana (2001) stanowi element tzw. eudajmonicznej dobrej jakości życia (well-being) i oznacza energię oraz wigor życiowy, a co za tym idzie – *przejaw pełni funkcjonowania i psychologicznego zdrowia*. W skład skali wchodzi 7 itemów i posiada ona dwie wersje: do pomiaru poczucia witalności rozumianego jako stan („tu i teraz”) oraz jako cecha wynikająca z różnic indywidualnych.
2. *Kwestionariusz poczucia sensu życia* (MLQ) M.F. Steger, P. Frazier, Sh. Oishi, M. Kuler (2006) – jego autorzy odwołują się do psychologii w nurcie humanistycznym i pozytywnym, gdzie poczucie sensu życia uważane jest za istotny wyznacznik dobrej jakości życia (well-being) oraz osobistego rozwoju. Autorzy interpretują sens życia jako *indywidualna struktura poczucia znaczenia natury własnego sposobu istnienia*. Może być ono traktowane jako korelat, komponenta, przyczyna bądź skutek dobrej jakości życia. Kwestionariusz składa się z dwóch podskal, zawierających po 5 itemów; każda ma wysoki wskaźnik wewnętrznej spójności (alfa). Skala MLQ-P ($\alpha=82$) mierzy aktualne poczucie sensu życia, poczucie własnej



wartości, optymizm życiowy oraz zadowolenie z życia. Skala MLQ-S ($\alpha=87$) jest natomiast miarą potrzeby poszukiwania sensu życia, która dotyczy zarówno braku sensu życia i przeżywania w związku z tym frustracji, jak również posiadania sensu życia i potrzeby dalszego pogłębiania tego obszaru.

3. Skala poczucia satysfakcji z życia (SWL) E. Dinner, R. Larsen, Sh. Griffin (1985) – ma wysoki: wskaźnik rzetelności (test-retest po dwóch miesiącach=82) oraz współczynnik wewnętrznej spójności ($\alpha=87$). Skala wysoko koreluje m.in. ze wskaźnikami poczucia własnej wartości ($r=54$), neurotycznością ($r= -48$) i towarzyskością ($r=20$). W Polsce zaadaptowana przez Z. Juczyńskiego.
4. Skala uogólnionego poczucia własnej wartości (GSE) E. O'Brien, S. Epstein (1988) – jest częścią *Wielowymiarowego kwestionariusza poczucia własnej wartości* (MSEI) tychże autorów. Przy jego pomocy bada się cztery wymiary poczucia własnej wartości: 1) uogólnione; 2) osiem jego składowych komponent; 3) integralność poczucia tożsamości; 4) obronne poszerzanie własnego Ja. W Polsce MSEI został opracowany przez D. Fecenec pod nazwą *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny*. Omawiana tutaj skala GSE składa się z 7 itemów i posiada wysoki: wskaźnik rzetelności (test-retest po miesiącu=87) oraz współczynnik wewnętrznej spójności ($\alpha=90$). Odpowiedzi respondentów wyrażają *subiektywne ogólne odczucie i przypisywanie sobie bądź pozytywnej, bądź negatywnej wartości*. Można zatem powiedzieć, że skala mierzy poczucie własnej wartości pełniące funkcję samospełniającego się proroctwa w obszarze przewidywanej przyszłości i skutków swoich działań. **WYSOKIE WYNIKI:** *wskazują, że dana osoba lubi siebie, ma poczucie bycia znaczącą osobą, ma zaufanie do siebie, jest zadowolona ze swojej przeszłości i ma nadzieję na osiągnięcie sukcesów w przyszłości*. **NISKIE WYNIKI:** *wskazują na osobę o wysokim poziomie samokrytycyzmu, niezadowoloną z siebie, bez jakiegoś szczególnego znaczenia wśród innych, brakuje jej zaufania do siebie, zniechęcona przeszłością przewiduje kolejne niepowodzenia, o ile nie nastąpi jakaś radykalna zmiana w jej życiu*.

4.2.4. Arkusz personalny

W celu przeprowadzenia badań – oprócz wymienionych wyżej kwestionariuszy – wykorzystany został Arkusz Personalny własnego autorstwa. Stworzono go w odniesieniu do specyficznej grupy, jaką stanowią pacjenci leczenia odwykowego. Arkusz składa się z metryczki oraz 18 pytań (w tym 10 zamkniętych, 6 otwartych oraz 2 będące zdaniem



niedokończonymi, wymagającymi uzupełnienia przez respondenta). Metryczka zawiera dane socjodemograficzne (płeć, wiek, staż pracy, wykształcenie, miejsce stałego zamieszkania, warunki materialne, stan cywilny, posiadanie dzieci). Pytania zamknięte od 1 do 3 dotyczą oceny relacji rodzinnych oraz stosunku do wiary i duchowości; pytania od 4 do 10 dotyczą informacji związanych z podjęciem terapii uzależnień (jedno zamknięte, 6 otwartych); następne pytania zamknięte od 11 do 15 ukierunkowane są na eksplorację lęku w życiu respondentów; natomiast pytania od 16 do 18 dotyczą obszaru poczucia jakości życia (jedno zamknięte i dwa ostatnie, będące zdaniem niedokończonymi, wiążą się z refleksjami na temat postrzegania swojego życia i zmian, które pacjenci chcieliby w nim wprowadzić).

Wprowadzenie do wyżej wymienionych pytań stanowi instrukcja, informująca o celu oraz procedurze badania. Zawarte jest w niej ponadto zapewnienie respondentów o anonimowości oraz prośba o udzielanie szczerych odpowiedzi, z których każda będzie poprawna, jeśli dotyczyć będzie prawdziwych uczuć i doświadczeń przeżywanych przez osoby badane.

4.3. Charakterystyka badanej grupy

Badaniu poddano 64 pacjentów leczenia odwykowego (Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Nowym Sączu), których podzielono na dwie 32-osobowe grupy porównawcze. W pierwszej znajdują się osoby z długością abstynencji trwającą od kilku dni do kilku miesięcy (maksymalnie 10), na tzw. podstawowym etapie leczenia. W drugiej grupie są natomiast osoby na zaawansowanym etapie pracy nad swoim trzeźwieniem, czyli takie, które poza podstawową ofertą terapii uzależnień podjęły dalszą pracę nad rozumieniem siebie jako osoby uzależnionej. W tej grupie jest 30 osób, u których długość utrzymywanej abstynencji oscyluje między około 2 lata a 14 lat oraz dwie osoby, mające najdłuższy staż abstynencji wynoszący 32 i 34 lata. Dla większego zrozumienia omawianych oddziaływań należy wyjaśnić, co dokładnie oznacza „podstawowy etap leczenia” i „zaawansowany etap pracy nad trzeźwieniem”. W odniesieniu do trzeciego rozdziału niniejszej pracy dyplomowej, który daje pewną podstawę teoretyczną (*szczególnie podrozdział 3.3, część dotycząca Psychoterapii*), można powiedzieć, że powrót do zdrowia osoby uzależnionej od alkoholu stanowi proces, mający swoją dynamikę i wielowymiarowość (Chodkiewicz, 2012). Poniżej zaprezentowana będzie nieco bardziej szczegółowa wiedza dotycząca faz zdrowienia, pozwalająca zobaczyć usytuowanie w tym procesie badanych grup. Warte podkreślenia jest to, że sam fakt utrzymywania abstynencji nie jest równoznaczny ze zdrowieniem (trzeźwieniem). Aby tak było – poza samym utrzymywaniem abstynencji osoba uzależniona powinna wprowadzać zmiany (m.in. w



postrzeganiu rzeczywistości, emocjach i zachowaniu), warunkujące stabilną poprawę funkcjonowania i większą dojrzałość.

Zdaniem Brown (1990, za: Chodkiewicz, 2012, s. 50) można wyróżnić **cztery fazy zdrowienia**:

1. Pierwsza faza – obejmuje zarówno okres regularnego używania alkoholu (który staje się głównym motywem postępowania), jak i kryzys będący punktem zwrotnym w życiu alkoholika, gdyż wiąże się on z przewagą strat nad korzyściami z picia. Okres ten kończy się przyznaniem do picia problemowego i podjęciem decyzji o leczeniu.
2. Faza przejściowa – stanowi okres pośredni między regularnym piciem a podjęciem świadomej abstynencji. Osoba uzależniona powoli dostrzega uzależnienie, szczególnie utratę kontroli nad piciem. Przełamuje też społeczną izolację poprzez np. próby włączenia się w środowisko trzeźwościowe AA. Zaczyna zmagać się z licznymi problemami fizycznymi i psychologicznymi, będącymi skutkiem uzależnienia. Pojawia się ambiwalencja w obszarze pytania: czy jestem uzależniony? Okres ten kończy się przyznaniem do bycia alkoholikiem.
3. Wczesny okres zdrowienia – charakteryzuje się zmianami w strukturach poznawczych osoby oraz jej wzorcach zachowania. Alkoholik nabywa nowe poczucie tożsamości, uczy się od innych alkoholików nowych, konstruktywnych zachowań. W tym okresie osłabieniu ulegają mechanizmy obronne, podtrzymujące uzależnienie, co z drugiej strony wiąże się z pojawieniem kłopotów w różnych dziedzinach życia. Dla utrwalenia tożsamości alkoholika i opanowania lęku przed zmianą konieczne jest dalsze funkcjonowanie wśród innych osób uzależnionych.
4. Późny okres trzeźwienia – zwany też trzeźwieniem ustawicznym – jest to faza, w której utrwała się poczucie tożsamości alkoholika, a zachowania abstynenckie stają się nawykowe; osoba uzależniona wdraża dalsze poznawanie siebie i różnych aspektów „Ja” oraz pracuje nad poprawą relacji interpersonalnych. Wyrażna zmiana polega na przejściu od kontroli zewnętrznej do wewnętrznej, m.in. poprzez większą znajomość własnych emocji i kontrolę nad nimi. Ponadto podwyższa się próg tolerancji frustracji; osoba staje się mniej egocentryczna, bardziej otwarta na transcendencję i duchowe wartości.



Z kolei **cztery fazy utrzymywania abstynencji** opisane przez Shiffmana (1997, za: Chodkiewicz, 2012, s. 51) pokazują proces zmieniania się nasilenia głodu alkoholowego:

1. Ostra faza utrzymywania abstynencji zaczyna się wraz z momentem zaprzestania picia i charakteryzuje się silnymi objawami odstawienia; głód alkoholowy doświadczany jest w sposób ciągły, ponieważ w procesach myślowych osoby uzależnionej wciąż dominuje alkohol. W tej fazie pojawia się silna motywacja do zmiany stylu życia, przy jednoczesnym wysokim ryzyku powrotu do picia.
2. Pośrednia faza również wiąże się z odczuwaniem głodu, ale ma to charakter bardziej epizodyczny i łatwiej można skojarzyć to uczucie z konkretnymi sytuacjami wyzwajającymi głód. Typowe dla tej fazy jest wdrażanie radzenia sobie z trudnościami.
3. Przewlekła faza obejmuje natomiast stabilizowanie abstynencji i zmniejszanie częstotliwości kryzysów, co może wiązać się z utratą czujności i narażeniem na nagłe niebezpieczeństwo złamania abstynencji
4. Faza stabilnej abstynencji charakteryzuje się tym, że osoba uzależniona nie jest już nękana tak silnymi pokusami sięgnięcia po substancję, której się wyrzeka. Zmienia się u niej sposób postrzegania siebie z osoby, która „walczy” z nałogiem na kogoś niezwiązanego z nim w sposób bezpośredni. W tym okresie jednak nadal nie jest się całkowicie wolnym od ryzyka powrotu do picia, trudno zresztą określić jakiś „bezpieczny punkt”, poza którym tego ryzyka nie ma.

Jak podaje Shiffman (1997), poszczególne fazy różnią się dynamiką i rodzajem przyczyn powodujących złamanie abstynencji – w ostrej fazie są to objawy odstawienne i indywidualne cechy jednostki, w kolejnych są to raczej czynniki środowiskowe i stres. Zatem pierwsze fazy charakteryzują się znaczną liczbą osób, które „wykruszają się”; w kolejnych fazach ta liczba maleje.

Dla przypomnienia warto w tym miejscu przytoczyć ramy czasowe utrzymywania abstynencji według McLellan (2010, za: Chodkiewicz, 2012, s. 52): „wczesna trzeźwość” to okres pierwszego roku, „utrwalona” to okres 1-5 lat, natomiast „stabilna” występuje powyżej 5 lat.

Wspomniany wyżej podstawowy etap leczenia dotyczy *fazy przejściowej* oraz *wczesnego okresu zdrowienia*. Adekwatne do tych faz oddziaływania terapeutyczne odbywają się w zależności od ośrodka – w ramach intensywnej, najczęściej dwumiesięcznej terapii



stacjonarnej lub półotwartej (oddział dzienny) oraz terapii w systemie ambulatoryjnym, która jest rozłożona w czasie, więc pacjenci mogą wówczas połączyć pracę zawodową z leczeniem.

W Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień (OPiTU) w Nowym Sączu odbywa się to w formie zajęć grupowych na oddziale dziennym terapii (8 tygodni od poniedziałku do piątku, po 6 godzin dziennie) oraz w programie ambulatoryjnym (24 tygodnie trzy razy w tygodniu po dwie godziny). Terapia stanowi merytoryczną pomoc w zrozumieniu istoty uzależnienia, jego objawów oraz psychologicznych mechanizmów, które osłabiają się pod wpływem uświadamiania sobie przez pacjentów własnej destrukcji alkoholowej. Terapeuci oferują również wsparcie w nabyciu nowych umiejętności zaradczych w obliczu głodu alkoholowego i trudności emocjonalnych związanych z kryzysami, typowymi dla tego okresu abstynencji. Pomagają też wzmocnić motywację do dalszej pracy nad sobą. Do podstawowych umiejętności warunkujących taką pracę zalicza się też udział w programie zapobiegania nawrotom uzależnienia. W OPiTU zajęcia takie odbywają się raz w tygodniu po 2 godziny przez około 4-5 miesięcy.

Z kolei zaawansowany etap pracy nad trzeźwieniem dotyczy *późnego okresu trzeźwienia*. Mamy też tutaj do czynienia ze stabilną abstynencją, umożliwiającą głębszą i bardziej świadomą pracę w ramach: nieobowiązkowych, grupowych programów terapeutycznych (np. Grupa Pogłębionej Pracy nad Mechanizmami Uzależnienia; Grupa Rozwoju Osobistego), w procesie indywidualnej pracy terapeutycznej nad destrukcyjnymi schematami osobistymi, a także – poza terapią – w ramach wspólnoty AA. W OPiTU Grupa Pogłębiona ma charakter zamknięty, co zwiększa bezpieczeństwo uczestników, zajęcia odbywają się raz w tygodniu po 2 godziny na przestrzeni 6-8 miesięcy; Grupa Rozwoju Osobistego ma formę krótkich maratonów. Jak wspomniano w trzecim rozdziale pracy – ważnym celem terapii jest przygotowanie pacjentów do wejścia i zaaklimatyzowania się w strukturach wspólnoty AA oraz traktowania procesu trzeźwienia jako stylu życia (szczególnie odbywa się to w czasie trwania Grupy Pogłębionej, będącej ostatnią propozycją terapii grupowej w ofercie OPiTU).

Oba określenia: „Podstawowy etap leczenia” i „Zaawansowany etap pracy nad trzeźwieniem” będą konsekwentnie używane w dalszej części pracy.

Kontynuacja niniejszego podrozdziału będzie prezentacją danych, pozyskanych za pomocą Arkusza Personalnego.



Dane z Metryczki zawierają: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz dane dotyczące struktury rodziny i warunków materialnych (zawarte w Tabelach od 4.1 do 4.7).

W obu grupach są osoby czynne zawodowo, nie ma trwale bezrobotnych. W pierwszej grupie – etap podstawowy – występuje równomierny rozkład osób badanych w poszczególnych przedziałach stażu pracy: do 10 lat, 11-20 lat i powyżej 20 lat. W drugiej grupie – etap zaawansowany – większość osób (66%) ma staż pracy powyżej 20 lat.

Tabela 4.1. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem płci

Płeć	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Kobieta	10	31,25	4	1,25
Mężczyzna	22	68,75	28	87,50
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych zawartych w Tabeli 4.1 wskazuje na zdecydowaną przewagę mężczyzn w obu grupach. Na etapie podstawowym mężczyźni stanowią 68,75%, a kobiety 31,25%, natomiast na etapie zaawansowanym mężczyzn jest 87,5%, a kobiet 1,25%. Dodać należy, iż osoby badane kwalifikowane były do badania losowo, podział ze względu na płeć nie ma większego znaczenia dla tematu niniejszej pracy; jednakże na przestrzeni wieloletniej praktyki zawodowej w leczeniu odwykowym można zaobserwować, że istotnie na terapię trafia więcej mężczyzn niż kobiet.

Tabela 4.2. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem wieku

Wiek	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
25 – 30	5	15,62	1	3,12
31 – 35	7	21,87	3	9,37
36 – 40	5	15,62	3	9,37
41 – 45	5	15,62	6	18,75
46 – 50	6	18,75	5	15,62
51 – 55	1	3,12	7	21,87
56 – 60	3	9,37	1	3,12
61 – 65	0	0,00	6	18,75
RAZEM	32	100	32	100

Źródło: Opracowanie własne



Analiza danych zawartych w Tabeli 4.2 pokazuje, że w grupie na podstawowym etapie leczenia – są osoby w przedziale wiekowym **25-59 lat** (w tym: w przedziałach 25-30, 36-40 i 41-45 jest po 15,62%; w przedziale 31-35 jest 21,87%; w przedziale 46-50 jest 18,75%; w przedziale 51-55 jest 3,12% oraz w przedziale 56-60 jest 9,37%).

W grupie na zaawansowanym etapie pracy nad trzeźwością – są osoby w przedziale **30-65 lat** (w tym: w przedziałach: 25-30 i 56-60 po 3,12%; w przedziałach 31-35 i 36-40 po 9,37%; w przedziałach 41-45 i 61-65 po 18,75%; w przedziale 46-50 jest 15,62% oraz w przedziale 51-55 jest 21,87%).

Tabela 4.3. Liczbowy i procentowy rozkład poziomu wykształcenia badanych osób

Wykształcenie	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Podstawowe/gimnazjalne	3	9,37	1	3,12
Zawodowe	13	40,62	5	15,62
Średnie	11	34,37	20	62,50
Wyższe	5	15,62	6	18,75
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Zródło: Opracowanie własne

Dane z tabeli 4.3 pokazują, iż na etapie podstawowym przeważają osoby posiadające wykształcenie zawodowe – 40,62%. Kolejno: osoby ze średnim wykształceniem stanowią 34,37%, z wyższym 15,62% oraz podstawowym/gimnazjalnym 9,37%. Na etapie zaawansowanym najliczniejszą grupę stanowią osoby o średnim wykształceniu – 62,5%. Wyższe wykształcenie posiada 18,75%, zawodowe 15,62%, a podstawowe/gimnazjalne 3,12%.

Tabela 4.4. Liczbowy i procentowy rozkład miejsca zamieszkania badanych osób

Zamieszkanie	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Wieś	15	46,87	11	34,37
Małe miasto (do 50 tys.)	5	15,62	6	18,37
Duże miasto (pow.50 tys.)	12	37,50	15	46,87
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Zródło: Opracowanie własne

Dane zawarte w tabeli 4.4 wskazują, iż na etapie podstawowym przeważają osoby zamieszkujące wieś – 46,87%, duże miasto zamieszkuje 37,5%, a małe miasto 15,62% respondentów. Z kolei na etapie zaawansowanym przewagę stanowią mieszkańcy dużego



miasta – 46,87%, mieszkańcy wsi to 34,37% respondentów, natomiast w małym mieście mieszka 18,37% osób.

Tabela 4.5. Liczbowy i procentowy rozkład struktury rodziny badanych

Rodzina	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Pełna	13	40,62	20	62,50
Niepełna	2	6,25	0	0
Zrekonstruowana (w ponownym związku)	1	3,12	2	6,25
Jestem stanu wolnego	11	34,37	5	15,62
Jestem rozwiedziony	5	15,64	5	15,62
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki znajdujące się w Tabeli 4.5 wskazują, iż na etapie podstawowym większość respondentów, tzn. 40,62% posiada pełną rodzinę; 43,37% osób jest stanu wolnego; rozwiedzionych jest 15,64%. Najmniej osób posiada niepełną rodzinę – 6,25% oraz jest w ponownym związku – 3,12%. Natomiast na zaawansowanym etapie zdecydowana większość, czyli 62,5% tworzy rodzinę pełną, wolnych i rozwiedzionych jest po 15,62%, a 6,25% osób tworzy rodzinę zrekonstruowaną.

Tabela 4.6. Liczbowy i procentowy rozkład posiadanych dzieci

Dzieci	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Jedno	7	21,87	5	15,62
Dwoje	8	25,00	11	34,37
Troje	2	6,25	3	9,37
Czworo	1	3,12	3	9,37
Pięcioro	2	6,25	0	0,00
Brak	12	37,50	10	31,25
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Powyższa Tabela 4.6 prezentuje dane dotyczące dzietności. W grupie osób na etapie podstawowym najwięcej jest osób bezdzietnych – 37,5%, co może wiązać się z tym, że w tej grupie jest 34,37% osób stanu wolnego. Potem kolejno: 25% osób posiada dwoje dzieci, prawie 22% posiada jedno dziecko, troje i pięcioro – po 6,25%, a czworo 3,12%. Grupa osób na



zaawansowanym etapie stanowi 34,37% posiadających dwoje dzieci; 31,25% to osoby bezdzietne; jedno dziecko posiada 15,62% respondentów, natomiast najmniej – po 9,37% osób ma troje i czworo dzieci.

Tabela 4.7. Rozkład procentowy dotyczący warunków materialnych badanych osób

Warunki materialne	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Bardzo dobre	1	3,12	2	6,25
Dobre	17	53,12	21	65,62
Przeciętne	12	37,50	8	25,00
Złe	2	6,25	1	3,12
Bardzo złe	0	0,00	0	0,00
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Analiza Tabeli 4.7 daje obraz dobrych i przeciętnych warunków materialnych w obu grupach badanych. Na etapie podstawowym są to następujące wartości: 53,12% ma dobre warunki, 37,5% przeciętne, złe – 6,25%, natomiast bardzo dobre – 3,12%. Na etapie zaawansowanym 65,62% to osoby dobrze sytuowane, 25% posiada przeciętne warunki, 6,25% określiło swoje warunki jako bardzo dobre, natomiast 3,12% jako złe.

Poniższe Tabele od 4.8 do 4.10 dotyczą oceny relacji rodzinnych przez osoby badane oraz ich stosunku do kwestii wiary i duchowości.

Tabela 4.8. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący relacji ze współmałżonkiem

Relacje ze współmałżonkiem	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Bardzo dobre	2	6,25	6	18,75
Dobre	6	18,75	14	43,75
Przeciętne	3	9,37	2	6,25
Złe	8	25,00	5	15,62
Bardzo złe	1	3,12	0	0,00
Nie dotyczy	12	37,50	5	15,62
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne



Analiza danych z Tabeli 4.8 dostarcza informacji, iż osoby na podstawowym etapie terapii przyznają się do złych relacji ze współmałżonkiem – wypowiada się tak 25% respondentów i wydaje się to być zgodne z realiami początków odstawiania alkoholu, gdzie straty w relacjach są ewidentne. 18,75% twierdzi, że te relacje są dobre, a 6,25%, że bardzo dobre – co może być jednak efektem działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia. Jest to obronna postawa w związku z przeżywaniem wstydu i niedopuszczaniem prawdy o swoim uzależnieniu (podobne spostrzeżenie będzie się odnosiło do kolejnej tabeli, dotyczącej relacji z dziećmi; tam również respondenci przedstawiają obraz rzeczywistości, który chcieliby widzieć, jednak przeczą temu wypowiedzi i funkcjonowanie nieletnich czy Dorosłych Dzieci Alkoholików korzystających z terapii). 9,37% osób określa relacje małżeńskie jako przeciętne, a 3,12% jako bardzo złe. Najwięcej – bo 37,5% to osoby stanu wolnego, co pojawiło się już wcześniej jako wniosek z badań. Natomiast wśród osób na zaawansowanym etapie: 43,75% i 18,75% przyznaje się do dobrych i bardzo dobrych relacji ze współmałżonkiem, co raczej jest efektem pracy nad sobą i stanowi realniejszą ocenę sytuacji niż ma to miejsce na początku leczenia. 15,62% określa relacje jako złe – co również może być bliskie rzeczywistości, ponieważ „brak alkoholu”, który nierzadko stanowił „przykrywkę” dla problemów małżeńskich, zaczyna obnażać słabe strony związku i walkę o władzę, którą w okresie picia alkoholika sprawowała osoba współuzależniona (w tym miejscu warto wspomnieć, że wiele współuzależnionych nie podejmuje terapii, co utrudnia porozumienie). 6,25% badanych mówi o przeciętnych relacjach, natomiast 15,62% osób jest stanu wolnego i nie dotyczy ich ta analiza.

Tabela 4.9. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący relacji z dziećmi

Relacje z dziećmi	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Bardzo dobre	8	25,00	10	31,25
Dobre	11	34,37	13	40,62
Przeciętne	1	3,12	0	0,00
Złe	0	0,00	0	0,00
Bardzo złe	0	0,00	0	0,00
Nie dotyczy	12	37,50	9	28,12
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Zródło: Opracowanie własne

Analizując dane zawarte w Tabeli 4.9 można wyprowadzić podobne wnioski, co w przypadku Tabeli 4.8. Na etapie podstawowym – pomijając 37,5% respondentów, których to nie dotyczy – aż 34,37% i 25% określa relacje z dziećmi jako dobre i bardzo dobre. Stosunkowo



podobnie wypowiadają się badani na etapie zaawansowanym – odpowiednio: 40,62% i 31,25% ocenia swe relacje z dziećmi jako dobre i bardzo dobre. To potwierdza zniekształcony obraz rzeczywistości osób, które są na początku wychodzenia z nałogu – tylko 3,12% podaje, że ma przeciętne relacje z dziećmi. Dla osób na etapie zaawansowanym uzyskany wynik jest efektem większej wiedzy i pracy włożonej w zdrowienie. W tej grupie również są tacy, których analiza nie dotyczy; jest ich 28,12%.

Tabela 4.10. Liczbowy i procentowy rozkład stosunku respondentów do wiary i duchowości

Kwestia wiary i duchowości	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Bardzo pozytywny	4	12,50	6	18,75
Pozytywny	21	65,62	23	71,87
Obojętny	3	9,37	3	9,37
Bardzo obojętny	3	9,37	0	0,00
Wrogie	1	3,12	0	0,00
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Kolejna Tabela 4.10 ukazuje podejście osób badanych do wiary i duchowości. Widać, że na obu etapach – podstawowym i zaawansowanym – stosunek do w/w kwestii jest pozytywny. Na temat wiary i duchowości wypowiada się odpowiednio: w pierwszej grupie 65,62% pozytywnie i 12,5% bardzo pozytywnie, a w drugiej 71,87% pozytywnie i 18,5% bardzo pozytywnie. Stosunek obojętny w obu grupach wyraża ta sama ilość osób, stanowiąc 9,37% badanych. Podejście bardzo obojętne (9,37%) i wrogie (3,12%) można zaobserwować na etapie podstawowym. Ogólnie można powiedzieć, że dla ludzi zamieszkujących rejon objęty badaniami, kwestia wiary stanowi istotną część życia. Osoby próbujące zerwać z nałogiem często podpisują deklaracje w Księdze Trzeźwości w swojej parafii, co stanowi dodatkowe wsparcie motywacji. Natomiast osoby, które są dojrzsze w pracy nad sobą podkreślają, że poradzenie sobie z uzależnieniem wiąże się z autentycznym rozwojem duchowym, m.in. poprzez pracę na programie 12 Kroków AA.

Dalsza analiza dotyczy obszaru związanego z uzależnieniem od alkoholu i podjęciem leczenia. Jeśli chodzi o ważną kwestię, którą jest **długość trwania abstynencji**, to w grupie osób na podstawowym etapie terapii wyniki kształtują się następująco: 0-1 miesiąc abstynencji utrzymuje 31,25% badanych; 2 miesiące – 34,37%; 3 miesiące – 9,37%; w przedziale kolejno – 5,7,9 i 10 miesięcy znajduje się po 6,25% osób badanych. Natomiast w grupie na



zaawansowanym etapie pracy nad trzeźwieniem abstynencją około dwuletnią (czyli tyle czasu, ile średnio zajmuje zrealizowanie oferty terapeutycznej) posiada 12,5% respondentów; najwięcej, bo 21,87% to osoby w przedziale 3-4 lata abstynencji. Następnie kolejno: 6 lat – 3,12%; 7,8 i 9 lat – po 6,25% oraz osoby z najdłuższą abstynencją 11, 15, 32 i 34 lata – po 3,12%. Szczególnie osoby z najdłuższym stażem utrzymywania abstynencji mogą stanowić świadectwo funkcjonowania w trzeźwości, które jest „stylem życia”, opartym na zmianach i nowych nawykach.

Poniżej w Tabelach od 4.11 do 4.13 znajdują się dane dotyczące ilości podejmowanych prób leczenia, motywacji oraz wsparcia uzyskanego przez osoby badane.

Tabela 4.11. Liczbowy i procentowy rozkład ilości podejmowanych prób leczenia

Ile razy podejmowane było leczenie odwykowe?	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	Ilość	Udział (%)	Ilość	Udział (%)
Jeden raz	14	43,75	16	50,00
Dwa razy	12	37,50	8	25,00
Trzy razy	3	9,37	3	9,37
Cztery razy	2	6,25	2	6,25
Pięć razy	1	3,12	2	6,25
Więcej	0	0,00	1	3,12
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Według powyższego zestawienia danych w Tabeli 4.11 w obu grupach podobnie rozkłada się procentowo ilość podejmowanych prób leczenia; najwięcej osób podało 1-2 razy. Na etapie podstawowym pierwsze podejście do terapii deklaruje 43,75%; dla 37,5% respondentów jest to drugie leczenie; trzy razy deklaruje 9,37% badanych; cztery razy 6,25% oraz pięć razy 3,12%. Z kolei na etapie zaawansowanym znajduje się 50% osób po pierwszej terapii; 25% po drugiej; trzy próby podejmowało 9,37%; cztery i pięć razy – 6, 25%. Jedna osoba w tej grupie – co warto podkreślić – dopiero za siedemnastym razem zaczęła prawdziwie trzeźwieć, utrzymując w chwili badania niemal dwuletnią abstynencją i wprowadzając w swoje życie wiele konstruktywnych zmian, co pokazuje, że zawsze warto próbować.



Tabela 4.12. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący motywacji do podjęcia terapii

Motywacja do terapii	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Osoba z rodziny	16	50,00	17	53,12
Pracodawca	4	12,50	2	6,25
Utrata prawa jazdy	0	0,00	2	6,25
Nakaz sądowy	4	12,50	1	3,12
Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	1	3,12	0	0,00
Opieka Społeczna	0	0,00	1	3,12
Inne (opis pod tabelą)	7	21,87	9	28,12
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne

W Tabeli 4.12 znajduje się przegląd czynników motywujących do podjęcia leczenia. W obu grupach porównywalnie największe znaczenie ma motywacja przez osobę z rodziny. Na etapie podstawowym odpowiedziało w ten sposób 50% respondentów; o roli pracodawcy oraz nakazu sądowego wypowiedziało się po 12,5% badanych; 3,12% wiąże motywację z instytucją KRPA. W kategorii **Inne** wypowiedziało się 21,87% badanych, doświadczających takich strat jak: *utrata rodziny; atak padaczki; pogorszenie samopoczucia; zły stan psychiczny*. Na etapie zaawansowanym osób zmotywowanych przez kogoś z rodziny jest 53,12%. Po 6,25% przypada na motywację przez pracodawcę oraz utratę prawa jazdy oraz po 3,12% przypada na motywację przez instytucję Sądu i Opieki Społecznej. W kategorii **Inne** 28,12% respondentów wymieniło sytuacje kryzysowe, takie jak: *obawa przed wydaleniem ze schroniska dla bezdomnych; niemożność funkcjonowania; zmęczenie takim życiem, sobą; doprowadzenie do takiego stanu psychicznego i fizycznego, że nie mam już wyjścia: picie albo śmierć*.

Tabela 4.13. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący rodzaju otrzymanego wsparcia

Największe wsparcie w trakcie terapii	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Osoby z rodziny, przyjaciele	23	71,87	13	40,62
Pracodawca	2	6,25	0	0,00
Terapeuci; psychiatra; osoby z grupy terapeutycznej; wspólnota AA,	7	21,87	14	43,75
Wiara	0	0,00	1	3,12
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne



Tabela 4.13 zawiera informacje o tym, w jaki sposób respondenci uzyskali największe wsparcie w terapii. Na etapie podstawowym zdecydowanie przeważa wskazanie respondentów na osoby z rodziny i przyjaciół – aż 71,87% . Na drugim miejscu pod względem liczebności – 21,87% osób – wymieniono terapeutów, osoby z grupy terapeutycznej i wspólnotę AA, co oznacza, że na początku leczenia nie jest łatwo zbudować zaufanie do nieznanych sobie osób, ale z czasem to się udaje, co odzwierciedlają wyniki na etapie zaawansowanym. Jako trzecie źródło wsparcia 6,25% badanych wskazało pracodawcę. Natomiast na etapie zaawansowanym podano w jednakowym stopniu (po 40,62%) znaczenie wsparcia rodziny i przyjaciół oraz „nowej rodziny”, jaką stanowią terapeuci, grupa terapeutyczna i wspólnota AA. Dla 3,12% największe znaczenie miała wiara oraz osoba lekarza psychiatry.

Kolejne kwestie dotyczące uzależnienia ujęte zostały w formie trzech pytań otwartych. Na pytanie: **Co Cię powstrzymuje przed piciem?** w obu grupach pojawiła się różnorodność odpowiedzi. Na etapie podstawowym: 15 osób (czyli 46,87%) wymieniło *rodzinę*; 4 osoby (12,5%) *zdrowie*; w tej samej ilości respondenci podali *samodyscyplinę* oraz *strach*; 3 osoby (9,37%) wymieniły *pracę*; natomiast dwie odpowiedzi (6,25%) dotyczyły *terapii*. Na etapie zaawansowanym: 11 osób (34,37%) wymieniło *korzyści związane z wysiłkiem włożonym w trzeźwość*; 10 osób (31,25%) podało *poczucie panowania nad swoim życiem*; 7 osób (21,87%) odpowiedziało, iż jest to *terapia i AA*; dwie osoby (6,25%) wskazały *rodzinę* oraz pojedyncze odpowiedzi (3,12%) dotyczyły *zdrowia i modlitwy*. Widać zatem zmianę podejścia z motywacji zewnętrznej na bardziej wewnętrzną oraz większą świadomość znaczenia terapii i wsparcia AA.

Interesujące odpowiedzi pojawiły się również na pytanie: **Co jest dla Ciebie największym problemem w uzależnieniu od alkoholu?** – respondenci na etapie podstawowym odpowiedzieli w liczbie: 11 osób (34,37%) *pogodzenie się z faktem, że jest to proces postępujący związany z utratą kontroli*; 9 osób (28,13%) *głód alkoholowy*; 4 osoby (12,5%) *problemy w relacjach*; 3 osoby (9,37%) wymieniły *wstyd*; dwie osoby (6,25%) podały *stawanie się innym człowiekiem, egoistą*; pojedyncze osoby (po 3,12%) wskazały na *samotność*; *stare nawyki*; *kontrolę instytucjonalną*. Z kolei badani na etapie zaawansowanym odpowiadali następująco: 8 osób (25%) *nawroty*; 7 osób (21,87%) *emocjonalność rozchwiana przez picie*; 6 osób (18,75%) podało, że *nie ma problemów, bo rozwiązywane są na bieżąco*; 4 osoby (12,5%) wymieniło *ograniczenia wynikające z nałogu*; tyle samo osób (12,5%) podało *mechanizmy uzależnienia – skłonność do kłamstwa i brak pokory*; dwie osoby (6,25%) *wstyd* oraz jedna (3,12%) *samotność*. Dane te pokazują, jak zmienia się postrzeganie problemów w procesie zdrowienia w miarę nabywania wiedzy o uzależnieniu i wzrastania samoświadomości.



Ostatnie, ważne pytanie dotyczy rozumienia: **Co alkoholizm zmienił w Twoim życiu?**

Badani na podstawowym etapie udzielili następujących odpowiedzi: 14 osób (43,75%) *rozpad więzi, utrata zaufania*; 8 osób (25%) *poczucie mniejszej wartości i problemy emocjonalne*; 6 osób (18,75%) *brak spokoju, ściąganie uwagi otoczenia*; 3 osoby (9,37%) *straty finansowe*; jedna osoba (3,12%) *problemy z prawem*. Natomiast na etapie zaawansowanym pojawiły się wypowiedzi: 15 osób (46,87%) *alkoholizm dał mi dojrzeć; możliwość stawania się lepszym człowiekiem; rozwój duchowy; otwarcie na nowe perspektywy*; kolejne 6 osób (18,75%) *powiedziało o zmianie podejścia do życia, większym dystansie i kontroli emocji*; 4 osoby (12,5%) *zwróciły uwagę na straty w relacjach*; tyle samo (12,5%) *na niską samoocenę*; dwie osoby (6,25%) *wskazały na umocnienie wiary w Boga* oraz jedna osoba (3,12%) *powiedziała o bezdomności*. Na podstawie powyższej analizy widać – co jest naturalne – większą koncentrację na stratach u pacjentów na początku zmagania z nałogiem. Pracują oni bowiem w terapii nad rozbijaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia i dostrzeżenie tej destrukcji jest istotne. Natomiast to, co jest budujące i świadczy o transformacji postrzegania swojej sytuacji to nie tylko zaakceptowanie uzależnienia, ale też zobaczenie w nim czynnika wzrostu, większej dojrzałości, na co zwracał uwagę autor *Dezintegracji pozytywnej*.

Kolejne pięć pytań zamkniętych w ankiecie dotyczy problematyki lęku. Obrazują to poniższe Tabele od 4.14 do 4.18.

Tabela 4.14. Liczbowy i procentowy rozkład częstości występowania lęku przez badanych

Jak często doświadczasz lęku?	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Nigdy	0	0,00	0	0,00
Czasami	20	62,50	25	78,12
Często	9	28,12	7	21,87
Bardzo często	3	9,37	0	0,00
Zawsze	0	0,00	0	0,00
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Dane zawarte w Tabeli 4.14 ukazują, iż na etapie podstawowym pacjenci doświadczają występowania lęku *czasami* – 62,5%, *często* – 28,12% i *bardzo często* – 9,37%. Na etapie zaawansowanym przeważała również odpowiedź *czasami* – 78,12%, pojawiła się też odpowiedź *często* – 21,87%. Osoby po terapii posiadają więcej umiejętności do rozpoznawania przykrych stanów emocjonalnych i stosowania strategii zaradczych; ponadto dłuższy okres



abstynencji i zdobyte kompetencje powodują osłabienie reakcji lękowych związanych z głodem alkoholowym, co jest charakterystyczne dla początków zdrowienia. Jednak to, że wyniki w obu grupach znacząco nie odbiegają od siebie, może być związane z nadal czynnym Mechanizmem Iluzji i Zaprzeczeń u osób na początku leczenia – mają oni trudności z rozpoznawaniem uczuć i przyznawaniem się do słabości.

W poniższych Tabelach od 4.15 do 4.17 ankietowani mieli możliwość wybrania trzech odpowiedzi na każde pytanie. W związku z tym rozkład procentowy udzielonych odpowiedzi różni się od pytań jednokrotnego wyboru.

Tabela 4.15. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący sytuacji generujących lęk

Sytuacje wiążące się z doświadczeniem lęku	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Świadomość wysiłku związanego z pokonywaniem nałogu	11	11,46	2	2,08
Przekonanie, że nie poradzę sobie z problemami życiowymi wynikającymi z destrukcji alkoholowej	8	8,33	3	3,12
Choroba bliskiej osoby	14	14,58	11	11,46
Utrata własnego zdrowia	13	13,54	11	11,46
Myślenie o śmierci	2	2,08	2	2,08
Utrata bliskich relacji, samotność	12	12,50	11	11,46
Utrata pracy, płynności finansowej	9	9,37	15	15,62
Nadmiar zadań, obowiązków,	5	5,20	12	12,50
Odrzucenie, negatywna ocena społeczna (dot. alkoholizmu)	4	4,17	3	3,12
Brak pewności siebie w sytuacjach społecznych (chwiejna samoocena)	6	6,25	8	8,33
Wizja przyszłości	7	7,29	11	11,46
Nieokreślone źródło, nie wiem czego się boję	3	3,12	4	4,17
Inna sytuacja (opis pod tabelą)	2	2,08	3	3,12
RAZEM	96	100,00	96	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Powyższe zestawienie w Tabeli 4.15 pokazuje, iż w większości odpowiedzi są porównywalne w obu grupach. Natomiast znaczące różnice dotyczą takich aspektów jak: *świadomość wysiłku związanego z pokonywaniem nałogu* – w grupie pierwszej 11,46%, w drugiej 2,08%; *przekonanie, że nie poradzę sobie z problemami życiowymi wynikającymi z*



destrukcji alkoholowej – w grupie pierwszej 8,33%, w drugiej 3,12%; *utrata pracy, płynności finansowej* – grupa pierwsza 9,37%, druga 15,62%; *nadmiar zadań, obowiązków* – grupa pierwsza 5,2%, druga 12,5%; *wizja przyszłości* – pierwsza 7,29%, druga 11,46%. Widać zatem, że na etapie podstawowym więcej lęku budzą sytuacje związane nabywaniem świadomości uzależnienia; natomiast na etapie zaawansowanym są to sytuacje związane z większą odpowiedzialnością, szczególnie w obszarze zawodowym. Jako kategoria **Inne** – wymieniono w grupie pierwszej: *bezsilność wobec jakiejś sytuacji; co będzie z synem, gdy mnie zabraknie, nie mogę polegać na mężu*. W grupie drugiej: *poznanie nowego partnera; wózek inwalidzki, sytuacja niezależna ode mnie, jak wypadek*.

Tabela 4.16. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący stanów emocjonalnych współwystępujących z lękiem

Stany emocjonalne towarzyszące w sytuacji lęku	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	Ilość	Udział (%)	Ilość	Udział (%)
Niepokój	24	25,00	25	26,04
Zakłopotanie	6	6,25	8	8,33
Przerażenie, panika	6	6,25	5	5,21
Bezsilność, bezradność	12	12,50	9	9,37
Napięcie	15	15,62	23	23,96
Osamotnienie	7	7,29	3	3,12
Skrzywdzenie	3	3,12	5	5,21
Gniew	3	3,12	5	5,21
Wstyd	5	5,21	4	4,17
Pustka	4	4,17	2	2,08
Poczucie bezsensu	10	10,42	6	6,25
Inne (opis pod tabelą)	1	1,04	1	1,04
RAZEM	96	100,00	96	100,00

Źródło: Opracowanie własne

W Tabeli 4.16 również wyniki w obu grupach w większości są porównywalne. Najczęściej doświadczany jest *niepokój* (25% w pierwszej i 26,04% w drugiej grupie) oraz *napięcie* (15,62% i 23,96%). Osoby na początku leczenia częściej doświadczają ponadto: *bezsilności i bezradności* (12,5%) oraz *poczucia bezsensu* (10,42%). W kategorii **Inne** – osoba z pierwszej grupy (1,04) podała: *potrzeba działania by zmienić ten stan*; osoba z drugiej grupy (1,04%) wskazała na *brak koncentracji*.



Tabela 4.17. Liczbowy i procentowy rozkład sposobów zaradczych w sytuacji lęku u badanych

Jak radzisz sobie z lękiem?	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Sięgam po alkohol, narkotyki	8	8,32	0	0,00
Nadużywam leków	1	1,04	0	0,00
Wypalam więcej papierosów niż zwykle	18	18,75	6	6,25
Objadam się	4	4,17	4	4,17
Nadmiernie pracuję	10	10,42	9	9,36
Krzyczę na kogoś, kto „jest akurat pod ręką”	3	3,12	6	6,25
Dopuszczam się agresji fizycznej	0	0,00	0	0,00
Osądzam siebie i obwiniam	10	10,42	4	4,17
Staję się nerwowo/a	17	17,71	11	11,45
Chowam się w zaciszne miejsce	6	6,25	4	4,17
Rozmawiam z bliską osobą, aby nazwać to czego się boję	6	6,25	18	18,75
Korzystam z odpowiedniej farmakoterapii po konsultacji z lekarzem psychiatrą	1	1,04	4	4,17
Uprawiam sport	4	4,17	10	10,42
Realizuję hobby	4	4,17	10	10,42
Inne (opis pod tabelą)	4	4,17	10	10,42
RAZEM	96	100	96	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 4.17 przedstawia sposoby radzenia sobie z lękiem, zarówno konstruktywne, jak i niekonstruktywne. Osoby na etapie podstawowym częściej niż na etapie zaawansowanym reagują w sposób kompulsywny poprzez np. *nadużywanie alkoholu, narkotyków (8,32%); leków (1,04%); zwiększanie ilości wypalanych papierosów (18%)*. Osoby te ponadto: *stają się nerwowe (17,71%); osądzają się i obwiniają (10,42%)*; ogólnie rzadziej wybierają sposoby konstruktywne. W kategorii **Inne** – podają (4,17%): *potrzebuję ciszy, aby przemyśleć; idę na spacer; rozmawiam ze sponsorem w AA*. Osoby na etapie zaawansowanym natomiast częściej zachowują się konstruktywnie, w zdecydowanej przewadze mówią o *rozmowie z bliską osobą, aby nazwać to czego się boję (18,75%)*; ponadto *uprawiają sport (10,42%) i realizują hobby (10,42%)*. W kategorii **Inne** – pojawiają się (również w wymiarze 10,42%) następujące wypowiedzi: *modłę się i czytam Biblię; rozmawiam i modłę się; idę na mityng AA; analizuję trudną sytuację i wyciągam wnioski; razem z terapeutą przyglądam się lękowi; czytam i oglądam TV; słucham głośnej muzyki*.



Tabela 4.18. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący ostatnio odczuwanego lęku przez osoby badane

Kiedy ostatnio odczuwałeś/aś lęk ?	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	N	%	N	%
Dzisiaj	7	21,87	2	6,25
Wczoraj	9	28,12	2	6,25
Tydzień temu	8	25,00	7	21,87
Miesiąc temu	1	3,13	6	18,75
Nie pamiętam	6	18,75	15	46,88
Zazwyczaj nie odczuwam lęku	1	3,13	0	0,00
RAZEM	32	100,00	32	100,00

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 4.18 zawiera dane, które pokazują, że osoby na podstawowym etapie częściej doświadczają lęku w bieżącym funkcjonowaniu – *dzisiaj* 21,87%, *wczoraj* – 28,12%, *tydzień temu* – 25%. Odpowiedzi *nie pamiętam* udzieliło 18,75% badanych, a zaledwie 3,13% podało *miesiąc temu*. Na etapie zaawansowanym natomiast lęk jest rzadziej odczuwany na co dzień; dominuje odpowiedź *nie pamiętam* – aż 46,88%; *tydzień temu* podało 21,87%. *Najmniej* – po 6,25% przypada na odpowiedzi *wczoraj* i *dzisiaj*. Analiza ta potwierdza wnioski odnoszące się do Tabeli 4.14.

Ostatnią część *Arkusza Personalnego* stanowią trzy pytania z obszaru poczucia jakości życia. Tabela 4.19 odzwierciedla pytanie zamknięte, dotyczące źródła satysfakcji życiowej.

Tabela 4.19. Liczbowy i procentowy rozkład danych dotyczących źródeł satysfakcji badanych

Co jest dla Ciebie źródłem satysfakcji?	Etap podstawowy		Etap zaawansowany	
	Ilość	Udział (%)	Ilość	Udział (%)
Dzieci	20	20,83	20	20,83
Udany związek	16	16,67	16	16,67
Praca zawodowa	13	13,54	8	8,33
Przyjaciele	11	11,46	6	6,25
Relacje z Siłą Wyższą	3	3,12	10	10,42
Praca nad sobą, postępy w terapii	13	13,54	18	18,75
Zdrowie	10	10,42	4	4,17
Sport, sprawność fizyczna	4	4,17	5	5,21
Pasja	4	4,17	7	7,28
Inne (opis pod tabelą)	2	2,08	2	2,08
RAZEM	96	100,00	96	100,00

Źródło: Opracowanie własne



Tabela 4.19 dostarcza porównywalnych danych w obu grupach w kwestii najczęściej udzielanych odpowiedzi. Takie same wyniki: 20,83% dotyczący *dzieci* oraz 16,67% dotyczący *udanego związku*, korespondują z informacjami zawartymi w rozdziale drugim (uwarunkowania poczucia jakości życia). W obu grupach zbliżone wyniki dotyczą też *sportu*, *sprawności fizycznej* (4,17% dla pierwszej, 5,21% dla drugiej grupy). Rolę *pracy zawodowej* (13,54%), *przyjaciół* (11,46%) oraz *zdrowia* (10,42%) – częściej podkreślają osoby na podstawowym etapie. Natomiast na etapie zaawansowanym o wiele częściej pojawia się znaczenie *relacji z Siłą Wyższą* (10,42% w porównaniu z 3,12% w grupie pierwszej), *pasja* (prawie dwukrotnie częściej: 7,28% w stosunku do 4,17%) oraz kwestia *pracy nad sobą*, *postępów w terapii* (w pierwszej grupie wskazało na to 13,54%, a w drugiej 18,75%). W kategorii **Inne** pojawiły się następujące odpowiedzi: w grupie pierwszej – *dbanie o ukochaną osobę* oraz *samodzielność*; w drugiej – *to, że przez alkoholizm nie straciłem wszystkiego* oraz *duma, gdy polscy sportowcy zwyciężają* (po 2,08%).

Dwa ostatnie pytania dotyczą otwartych refleksji na temat tego, czym dla badanych jest życie i co by chcieli w nim zmienić. Na pytanie wymagające dokończenia: **Życie jest dla Ciebie...** ankietowani podawali tak dużą różnorodność odpowiedzi, że trudno było je pogrupować. Na etapie podstawowym pojawiły się następujące refleksje w kolejności od najliczniejszych: *najważniejsze, dar od Boga* (4 osoby – 12,5%); *nie umiem odpowiedzieć* (12,5%); *sensowne na trzeźwo* (3 osoby – 9,37%); *ważne* (9,37%); *ciężkie, ale też przyjemne* (9,37%); *czymś wartościowym* (2 osoby – 6,25%); *niewiadomą* (6,25%); *czasem, który trzeba wykorzystać z pożytkiem* (6,25%); *pasmem sukcesów i porażek* (1 osoba – 3,12%); *uczeniem się na błędach* (3,12%); *pracą nad sobą* (3,12%); *za ciężkie* (3,12%); *mozolne, bez wyraźnego sensu* (3,12%); *istnieniem w oczekiwaniu na wieczność* (3,12%); *cudowne* (3,12%); *zabawą* (3,12%). Z kolei na etapie zaawansowanym respondenci odpowiadali: *wyzwaniem, bo nie wiadomo co przyniesie przyszłość* (5 osób – 15,62%); *skarbem, darem* (3 osoby – 9,37%); *piękne, pod warunkiem wyciągnięcia odpowiednich wniosków z błędów* (9,37%); *czymś niesamowitym i trudnym do przewidzenia* (2 osoby – 6,25%); *przygodą* (6,25%); *wspaniałe* (6,25%); *zbiorem wydarzeń wokół mnie* (6,25%); *wartością, o którą trzeba dbać* (6,25%); *wartością od Boga* (1 osoba – 3,12%); *duchową przygodą* (3,12%); *krótką podróżą we wszechświecie* (3,12%); *ważne* (3,12%); *szansą na samorealizację i stworzenie związku* (3,12%); *szkołą charakteru* (3,12%); *uczeniem się* (3,12%); *ciężkie ale dające satysfakcję* (3,12%); *drogą pod górę* (3,12%); *coraz bardziej trudne z wiekiem* (3,12%).



Na ostatnie pytanie otwarte: **Co chciałbyś/chciałabyś zmienić w swoim życiu?** pojawiło się również duże spektrum odpowiedzi, stanowiących jednocześnie charakterystykę obu grup respondentów. Na etapie podstawowym najwięcej osób (13 czyli aż 40,62%) wyraża pragnienie *zaprzestania picia*. Następne w kolejności malejącej: *móc cofnąć czas* (5 osób – 15,62%); *pogodzić się z byciem alkoholikiem* (3 osoby – 9,37%); *nie wiem* (9,37%); *dać oparcie rodzinie* (2 osoby – 6,25%); *mieć stały związek* (6,25%); *nauczyć się przeżywać emocje* (1 osoba – 3,12%); *nauczyć się większej samokontroli* (3,12%); *nabrać dystansu* (3,12%); *zmienić stosunek do wiary* (3,12%); *poprawić sytuację materialną* (3,12%). Natomiast respondenci na etapie zaawansowanym odpowiedzieli w znaczącej przewadze (9 osób – 28,12%): *nic, jestem zadowolony z obecnego życia*. Kolejne odpowiedzi to: *móc cofnąć czas* (3 osoby – 9,37%); *mieć więcej samodyscypliny* (9,37%); *mieć stały związek* (9,37%); *mieć więcej spokoju* (2 osoby – 6,25%); *mieć więcej samodzielności* (6,25%); *odzyskać pewność siebie* (1 osoba – 3,12%); *odzyskać dzieci* (3,12%); *dużo już zmieniłem, ale chciałbym jeszcze odzyskać prawo jazdy* (3,12%); *odczuwać więcej radości* (3,12%); *poprawić relacje* (3,12%); *dobrze wykorzystać czas* (3,12%); *wykorzystywać czas wolny na hobby* (3,12%); *podjąć studia* (3,12%); *dalej się rozwijać* (3,12%). Powyższe dane pozwalają na analizę porównawczą, w której widać głównie potrzebę zmiany różnych obszarów życia w związku z narastaniem strat u osób na początku drogi. Ci, którzy drogę trzeźwienia przemierzają dłużej, mogą doświadczać więcej zadowolenia z życia, wyczuwają, jaki kierunek dałby im jeszcze większą możliwość rozwoju.

4.4. Procedura badania

Przeprowadzenie badań odbyło się na przestrzeni trzech miesięcy (czerwiec – sierpień 2020 roku). Osoby na podstawowym etapie terapii badane były w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Nowym Sączu, gdzie odbywały terapię grupową i indywidualną (ten sam program) w systemie dziennym i ambulatoryjnym. Oddział dzienny obejmuje 8 tygodni terapii prowadzonej od poniedziałku do piątku w wymiarze 6 godzin dziennie, natomiast program ambulatoryjny (popołudniowy) realizowany jest na przestrzeni 6 miesięcy trzy razy w tygodniu po dwie godziny. W badaniu wzięło udział 24 uczestników terapii dziennej i 8 pacjentów z grupy ambulatoryjnej. Z kolei osoby na zaawansowanym etapie pracy nad swoim trzeźwieniem również były badane w tym samym ośrodku – 11 pacjentów w chwili badania kończyło realizować całościową ofertę ośrodka (uczestniczyli w grupie Rozwoju Osobistego, bezpośrednio po zakończeniu grupy Pogłębionej Pracy nad Mechanizmami Uzależnienia). Pozostałych 21 pacjentów Ośrodka (którzy zakończyli terapię), zostało poproszonych o udział w badaniu dzięki temu, że autor pracy z racji wykonywanego zawodu specjalisty psychoterapii



uzależnień może kontaktować się z byłymi pacjentami Ośrodka na podstawie zawartego z nimi w trakcie terapii kontraktu.

Wszystkie osoby badane znalazły się w projekcie badawczym na drodze losowej. Zostały one poinformowane o anonimowości i dobrowolności udziału w badaniu oraz o celu projektu i jego naukowym przeznaczeniu. Wyjaśniono także zasady wypełniania formularzy. Za pomocą metody papier-ołówek, badani mieli za zadanie wypełnić komplet składający się z czterech części. Pierwszym elementem był autorski *Arkusz Personalny*, trzy kolejne stanowiły narzędzia pomiarowe: *Arkusz Samopoznania* R.B. Cattella, *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia (KPJŻ)* M. Straś-Romanowskiej oraz *Skale Psychologicznej Jakości Życia (SPJŻ)* Z. Uchnasta. Czas badania dostosowano do indywidualnych potrzeb uczestników. Ze względu na stały dostęp osoby przeprowadzającej badanie (fizyczny lub telefoniczny) do respondentów, wszystkie odpowiedzi w formularzach były kompletne oraz sprawiały wrażenie rzetelności.

Przedstawiona powyżej strategia przeprowadzenia badań pozwala na stwierdzenie, iż pozyskany materiał badawczy jest wiarygodny i można go poddać analizie psychologicznej oraz statystycznej.



Rozdział 5. Analiza i interpretacja wyników badań własnych

Rozdział ten poświęcono analizie wyników uzyskanych w badaniach przez osoby uzależnione na różnych etapach terapii i pracy nad swoim trzeźwieniem. Przeanalizowane zostanie powiązanie pomiędzy lękiem a poczuciem jakości życia. Hipotezy poddano weryfikacji z wykorzystaniem metod wnioskowania statystycznego. W obliczeniach wykorzystano analizę korelacji Pearsona, test t-Studenta, pomocniczo test Shapiro-Wilka oraz przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

5.1. Powiązania między zmiennymi w badanych grupach

Aby odpowiedzieć na pytanie: jaki jest związek między lękiem a poczuciem jakości życia osób na podstawowym etapie terapii, przeprowadzono analizę korelacji wyników uzyskanych przez tę grupę badanych w *Arkuszu Samopoznania* R.B. Cattella z wynikami uzyskanymi w *Psychologicznych Skalach Jakości Życia* Z. Uchnasta oraz *Kwestionariuszu Poczucia Jakości Życia* M. Straś-Romanowskiej.

Arkusze Samopoznania zawiera osiem skal. Pięć z nich dotyczy następujących czynników (wymiarów) osobowości:

- (Q3-) brak integracji osobowości (*niezadowolenie z siebie i gnuśność*);
- (C-) niezrównoważenie emocjonalne (*neurotyczność, słabość ego*);
- (L) podejrzliwość (*skłonność do reakcji paranoidalnych*);
- (O) poczucie winy (*niepewność siebie*);
- (Q4) napięcie wewnętrzne (*niezaspokojenie silnych popędów oraz pragnień*).

Pozostałe trzy skale badają symptomy lęku, takie jak: niepokój ukryty, jawny oraz ogólny.

Psychologiczne Skale Jakości Życia (PSJŻ) dotyczą czterech obszarów: 1) poczucie witalności; 2) poczucie zadowolenia z życia; 3) poczucie własnej wartości; 4) poczucie sensu życia, aktualne poczucie sensu życia oraz poszukiwanie sensu życia.

Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia (KPJŻ) zawiera cztery sfery życia: psychofizyczną, psychospołeczną, podmiotową i metafizyczną.

Poniżej znajdują się tabele (Tabela 5.1 dotycząca korelacji między lękiem a poczuciem jakości życia według PSJŻ u osób na podstawowym etapie terapii oraz Tabela 5.2 dotycząca tej samej korelacji i grupy osób, badanej za pomocą KPJŻ), w których to zamieszczono współczynniki korelacji r-Pearsona wraz z uzyskanymi poziomami istotności p.



Tabela 5.1. Wskaźnik korelacji (*r*-Pearsona) między wynikami w Arkuszu Samopoznania Cattella a wynikami w Skalach Psychologicznej Jakości Życia w grupie osób na podstawowym etapie terapii

		Q3-	C-	L	O	Q4	Niepokój ukryty	Niepokój jawny	Niepokój ogólny
Poczucie witalności	R	-0,535	-0,448	-0,203	-0,297	-0,333	-0,441	-0,385	-0,464
	P	0,002	0,010	0,266	0,099	0,063	0,012	0,030	0,007
Poczucie zadowolenia z życia	R	-0,381	-0,377	-0,441	-0,504	-0,496	-0,522	-0,410	-0,570
	P	0,031	0,034	0,011	0,003	0,004	0,002	0,020	0,001
Poczucie własnej wartości	R	-0,409	-0,474	-0,349	-0,494	-0,479	-0,484	-0,523	-0,574
	P	0,020	0,006	0,050	0,004	0,005	0,005	0,002	0,001
Poczucie sensu życia	R	-0,145	-0,302	-0,203	-0,155	-0,201	-0,119	-0,202	-0,245
	P	0,429	0,093	0,266	0,398	0,270	0,517	0,267	0,176
Aktualne poczucie sensu życia	R	-0,239	-0,392	-0,313	-0,549	-0,426	-0,262	-0,518	-0,508
	P	0,188	0,026	0,081	0,001	0,015	0,147	0,002	0,003
Poszukiwanie sensu życia	R	0,037	-0,038	0,028	0,356	0,153	0,101	0,250	0,173
	P	0,843	0,838	0,877	0,046	0,404	0,582	0,167	0,343

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 5.2. Wskaźnik korelacji (*r*-Personna) między wynikami w Arkuszu Samopoznania Cattella a wynikami w Kwestionariuszu Poczucia Jakości Życia w grupie osób na podstawowym etapie terapii

		Q3-	C-	L	O	Q4	Niepokój ukryty	Niepokój jawny	Niepokój ogólny
Sfera psychofizyczna	r	-0,652	-0,592	-0,538	-0,501	-0,549	-0,609	-0,622	-0,712
	p	0,000	0,000	0,001	0,003	0,001	0,000	0,000	0,000
Sfera psychospołeczna	r	-0,654	-0,610	-0,444	-0,464	-0,611	-0,678	-0,581	-0,712
	p	0,000	0,000	0,011	0,008	0,000	0,000	0,000	0,000
Sfera podmiotowa	r	-0,555	-0,455	-0,267	-0,430	-0,433	-0,417	-0,558	-0,558
	p	0,001	0,009	0,139	0,014	0,013	0,018	0,001	0,001
Sfera metafizyczna	r	-0,489	-0,358	-0,296	-0,203	-0,433	-0,406	-0,387	-0,454
	p	0,005	0,044	0,100	0,265	0,013	0,021	0,029	0,009

Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza potwierdza występowanie licznych ujemnych korelacji między skalami lęku a jakością życia. W Tabeli 5.1 stwierdzono występowanie umiarkowanych, ujemnych korelacji między Niepokojem ogólnym a Poczuciem witalności ($r=-0,46$), Poczuciem Zadowolenia z Życia ($r=-0,57$), Poczuciem własnej wartości ($r=-0,57$), Aktualnym poszukiwaniem sensu życia ($r=-0,50$). Oznacza to, że im większe jest nasilenie niepokoju ogólnego u danej osoby, tym bardziej zahamowaniu ulega jej poczucie witalności i zadowolenia z życia; trudno też wówczas doświadczać siebie jako osoby znającej swoją wartość i potrafiącej skoncentrować się na aktualnym poszukiwaniu sensu życia. Dla przypomnienia: *poczucie witalności, energii i wigoru życiowego, uznaje się za przejaw pełni funkcjonowania i psychologicznego zdrowia* (Ryan, Federic, 1997).



Skala poczucia własnej wartości wyraźnie ujemnie koreluje z większością podskal lęku. Oznacza to, że im wyższy jest poziom: braku integracji osobowości, nie zrównowazenia emocjonalnego, poczucia winy, napięcia wewnętrznego oraz niepokoju – tym niższe jest poczucie wartości jednostki. Poczucie wartości rozumiane jest tutaj w taki sposób, iż *dana osoba lubi siebie, ma poczucie bycia znaczącą osobą, ma zaufanie do siebie, jest zadowolona ze swojej przeszłości i ma nadzieję na osiągnięcie sukcesów w przyszłości* (O'Brien, Epstein, 1988).

Korelację między niepokojem a sensem życia stwierdzono wyłącznie w odniesieniu do aktualnego sensu życia i jest to związek umiarkowany ($r=-0,5$), świadczący o tym, że im wyższy jest poziom niepokoju (ogólnego i jawnego), tym niższy jest sens życia odczuwany „tu i teraz”. Sens życia w tym ujęciu traktowany jest jako *indywidualna struktura poczucia znaczenia natury własnego istnienia* (Steger, Frazier, Oishi, Kaler, 2006).

Powyższe wnioski są spójne z obserwacjami osób uzależnionych na początku leczenia, które po odstawieniu alkoholu jako substancji o działaniu znieczulającym, doświadczają różnego rodzaju lęków, z których najtrudniejszy wydaje się lęk przed zmianą. Osoby takie mają obniżone poczucie własnej wartości, głównie z powodu konfrontacji ze stratami wynikającymi z destrukcyjnego używania alkoholu; doświadczają wówczas dużo wstydu i poczucia winy, co dodatkowo potęgowane jest przez długofalowe depresyjne działanie alkoholu. Na stan niskiego poczucia własnej wartości wpływa ponadto odczuwalny brak alkoholu, który w kontekście osobowości dawał alkoholikowi sztuczne poczucie mocy (mechanizm Rozproszonego i Rozdwojonego Ja). Osobom na początku leczenia rzeczywiście trudno się skupić na aktualnym poszukiwaniu sensu życia, kiedy to właśnie alkohol stanowił najważniejszą życiową wartość, a jego brak oraz świadomość do jakich problemów doprowadził nałóg, pogrąża alkoholika w chaosie i zagubieniu. Trudno zatem na takim etapie życia mówić o poczuciu zadowolenia z niego.

Jeśli chodzi o **Tabełę 5.2** to zauważono, iż silna ujemna korelacja występuje między niepokojem ogólnym a jakością życia w sferze psychofizycznej i psychospołecznej ($r=-0,71$; $p<0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem ogólnego niepokoju maleje jakość życia w wymienionych sferach. Sfera psychofizyczna – dotyczy wszystkiego, co wiąże się z cielesnością i popędowością (wygląd fizyczny, temperament, witalność; przetrwanie indywidualne i gatunkowe); zakłócona równowaga biologiczna manifestuje się w chorobie (Frąckowiak, 2004). Z kolei sfera psychospołeczna – dotyczy świata relacji, wypełniania ról społecznych. Ważne jest odnalezienie swojego miejsca w społeczności, a tym samym doświadczenie przynależności, bezpieczeństwa, więzi, bliskości, akceptacji, własnej wartości,



tożsamości społecznej (Frąckowiak, 2004). Te dwie sfery są dla pacjentów leczenia odwykowego najsilniej związane z destrukcją. W sferze psychofizycznej jest to widoczne na zewnątrz, w bezpośrednim kontakcie. Często nie da się ukryć zaniedbania fizycznego, obniżonej sprawności, odporności na choroby. Sam alkoholizm traktuje się jako nieuleczalną, postępującą chorobę (obecnie: zaburzenie związane z używaniem alkoholu). W sferze psychospołecznej – osoba uzależniona na początku leczenia doświadcza samotności, izolacji od dotychczasowego pijącego towarzystwa, osłabienia lub rozpadu więzi rodzinnych. Nic więc dziwnego, że istnieje związek na zasadzie błędnego koła między tymi sferami a ogólnym niepokojem, wynikającym (jak wspomniano wyżej) z odstawienia alkoholu i spotkania się ze stratami życiowymi.

Nieco słabsze korelacje występują między wymienionymi sferami a wszystkimi podskalami Cattella: dla sfery psychofizycznej $r=-0,61$; dla psychospołecznej od $r=-0,45$ (L-Podejrzliwość) do $r=-0,68$ (Niepokój ukryty). Oznacza to, że właściwie każdy z aspektów lęku (Brak integracji osobowości, Niezrównoważenie emocjonalne, Podejrzliwość, Poczucie winy, Napięcie wewnętrzne, Niepokój ukryty, Niepokój jawny i Niepokój ogólny) przekłada się na niższą jakość życia – najbardziej jest to widoczne w sferze psychofizycznej (doświadczenie wszystkich tych aspektów lęku nie służy zachowaniu przez jednostkę zdrowia i życia oraz chęci przetrwania); na drugim zaś miejscu uwidacznia się w sferze psychospołecznej (czyli przeżywanie w/w aspektów lęku nie służy budowaniu relacji opartych na poczuciu bezpieczeństwa i akceptacji). Zależność ta występuje również w odniesieniu do sfery podmiotowej: Niepokój ogólny i jawny korelują ujemnie z tą sferą na poziomie $r=-0,59$. Oznacza to, że im bardziej osoba postrzegana jest na zewnątrz jako lękowa (neurotyczna), to trudno postrzegać ją jako osobę niezależną, podejmującą odpowiedzialne, stanowcze decyzje, służące rozwojowi i samorealizacji. W odróżnieniu od sfery psychofizycznej i psychospołecznej, jakość życia w sferze podmiotowej nie koreluje ze skalą L (Podejrzliwość).

Jeśli chodzi o sferę metafizyczną – to dotyczy ona szeroko pojętej duchowości. Wiąże się zatem z wyznawaniem i realizowaniem w życiu ponadczasowych wartości, którymi są: miłość, prawda, dobro i piękno. Ponadto sferę tę identyfikuje się z przeżyciami religijnymi oraz nadawaniem życiu sensu (Frąckowiak, 2004). *W swej duchowości człowiek doświadcza własnego istnienia jako wykraczającego poza aktualne istnienie oraz czuje się częścią wszechświata. Rozwój sfery metafizycznej sprzyja kształtowaniu moralnej odpowiedzialności człowieka i postępowaniu w zgodzie z sumieniem* (Frąckowiak, 2004, s. 5). Analiza statystyczna pokazuje, że sfera ta pozostaje w wyraźnym związku z Niepokojem ogólnym ($r=-0,45$) i większością podskal, szczególnie Q3- ($r=0,49$). Oznacza to, że osobom o słabo zintegrowanej



osobowości, rozumianej przez Cattella jako *niezadowolenie z siebie i gnuśność (Q3-)* i doświadczającym na co dzień niepokoju, trudniej jest rozwijać się duchowo. Wyjątek stanowią czynniki L (Podejrzliwość) i O (Poczucie winy), gdzie korelacje są nieistotne statystycznie.

Analogiczną analizę korelacji wykonano również w grupie osób na zaawansowanym etapie leczenia. Poniżej zamieszczone są tabele (Tabela 5.3 dotycząca korelacji między lękiem a poczuciem jakości życia według PSJŻ oraz Tabela 5.4 dotycząca tej samej korelacji, badanej za pomocą KPJŻ), w których zamieszczono współczynniki korelacji *r*-Pearsona wraz z uzyskanymi poziomami istotności *p*.

Tabela 5.3. Wskaźnik korelacji (*r*-Pearsona) między wynikami w Arkuszu Samopoznania Cattella a wynikami w Skalach Psychologicznej Jakości Życia w grupie osób na zaawansowanym etapie leczenia

		Q3-	C-	L	O	Q4	Niepokój ukryty	Niepokój jawny	Niepokój ogólny
Poczucie Witalności	R	-0,491	-0,122	-0,126	-0,202	-0,473	-0,320	-0,415	-0,401
	P	0,004	0,506	0,491	0,268	0,006	0,074	0,018	0,023
Poczucie zadowolenia z życia	r	-0,530	-0,108	0,045	-0,079	-0,380	-0,118	-0,427	-0,308
	p	0,002	0,555	0,807	0,669	0,032	0,522	0,015	0,086
Poczucie własnej wartości	r	-0,590	-0,096	-0,121	-0,189	-0,527	-0,286	-0,482	-0,435
	p	0,000	0,600	0,510	0,300	0,002	0,113	0,005	0,013
Poczucie sensu życia	r	-0,080	0,018	0,129	-0,063	0,098	0,140	-0,082	0,025
	p	0,664	0,923	0,481	0,732	0,592	0,445	0,654	0,892
Aktualne poczucie sensu życia	r	-0,452	-0,214	-0,021	-0,225	-0,373	-0,256	-0,379	-0,364
	p	0,009	0,240	0,911	0,216	0,035	0,158	0,032	0,041
Poszukiwanie sensu życia	r	0,289	0,201	0,167	0,117	0,429	0,378	0,225	0,336
	p	0,108	0,269	0,360	0,525	0,014	0,033	0,217	0,060

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 5.4. Wskaźnik korelacji (*r*-Pearsona) między wynikami w Arkuszu Samopoznania Cattella a wynikami w Kwestionariuszu Poczucia Jakości Życia w grupie osób na zaawansowanym etapie leczenia

		Q3-	C-	L	O	Q4	Niepokój ukryty	Niepokój jawny	Niepokój ogólny
Sfera psychofizyczna	r	-0,480	-0,242	-0,243	-0,126	-0,471	-0,438	-0,348	-0,421
	p	0,005	0,181	0,180	0,490	0,007	0,012	0,051	0,016
Sfera psychospołeczna	r	-0,520	-0,318	-0,090	-0,405	-0,663	-0,517	-0,508	-0,576
	p	0,002	0,076	0,623	0,022	0,000	0,002	0,003	0,001
Sfera podmiotowa	r	-0,554	-0,295	0,028	-0,330	-0,548	-0,468	-0,416	-0,495
	p	0,001	0,101	0,879	0,065	0,001	0,007	0,018	0,004
Sfera metafizyczna	r	-0,325	-0,191	0,099	-0,305	-0,414	-0,386	-0,244	-0,348
	p	0,069	0,296	0,591	0,090	0,018	0,029	0,178	0,051

Źródło: Opracowanie własne

W Tabeli 5.3 stwierdzono występowanie umiarkowanych, ujemnych korelacji między Niepokojem ogólnym a Poczuciem witalności ($r=-0,40$), Poczuciem własnej wartości ($r=-0,43$),



Aktualnym poszukiwaniem sensu życia ($r=-0,36$). Oznacza to (podobnie jak w przypadku Tabeli 5.1), że zwiększenie poziomu niepokoju ogólnego negatywnie rzutuje na poczucie witalności i poczucie własnej wartości danej osoby oraz na aktualne poszukiwanie przez nią sensu życia.

Skala poczucia własnej wartości wyraźnie koreluje z czynnikiem Q3- ($r=-0,59$) oraz Q4 ($r=-0,53$). Oznacza to, iż: *niezadowolenie z siebie i gnuśność* (czyli Brak integracji osobowości Q3-) oraz *niezaspokojenie silnych popędów i pragnień* (Napięcie wewnętrzne Q4) wpływają ujemnie na fakt, iż *dana osoba lubi siebie, ma poczucie bycia znaczącą osobą, ma zaufanie do siebie, jest zadowolona ze swej przeszłości i ma nadzieję na osiągnięcie sukcesów w przyszłości* (O'Brien, Epstein, 1988). Dokładniej osoby, które cechuje Brak integracji osobowości, Cattell (za: Siek, 1983) określa jako: marzycieli, którzy przejawiają rozbieżność między tym, czym dysponują a kim chcieliby być, zamartwiających się niepowodzeniami i tym, co powiedzą o nich inni, mających trudność w skupianiu uwagi, dawaniu rady temu, czego się podejmują; taką osobę łatwo można urazić, zranić, dużo rozmyśla ona o sobie. Natomiast jeśli chodzi o czynnik Wysokie napięcie wewnętrzne, Cattell (za: Siek, 1983) podaje, że takie osoby cechuje: mała tolerancja na frustrację, krytycyzm, który bardziej osłabia, niż pomaga; mają one duże aspiracje przy nieadekwatnych możliwościach, występują tu duże wymagania „super Ego” przy równoczesnym nacisku ze strony popędów. Odrzucenie wymagań popędowej sfery „Id” powoduje nasilenie konfliktów wewnętrznych i jeszcze większe napięcie popędów. To wszystko sprawia, że osoba może nie czuć się dobrze przystosowana, zintegrowana z grupą, nie wierzy w swoje możliwości, rezygnuje z walki, jest pełna lęków i obaw.

Korelacje między niepokojem a sensem życia stwierdzono w odniesieniu do aktualnego sensu życia i czynników Q3- i Q4 oraz pomiędzy czynnikiem Q4 a poszukiwaniem sensu życia. Oznacza to, że im wyższy jest odczuwalny niepokój danej osoby, jest ona wewnętrznie słabo zintegrowana (Q3-) oraz napięta (Q4) – to trudno jej na „tu i teraz” mieć poczucie sensu życia. To samo odnosi się do poszukiwania sensu życia – im bardziej osoba odczuwa *niezaspokojenie silnych popędów i pragnień* (Q4), tym trudniej jest jej skoncentrować się na czymś innym, co dotyczyłoby szukania sensu życia.

Odnośnie **Tabeli 5.4** – to ujemna korelacja występuje między niepokojem ogólnym a jakością życia w sferze psychofizycznej ($r=-0,42$), psychospołecznej ($r=-0,57$) i podmiotowej ($r=-0,49$). Oznacza to, że im wyższy jest niepokój ogólny, tym niższa jest jakość życia w obszarze: cielesności i przetrwania; budowania relacji i swojej tożsamości społecznej oraz samorealizacji (Frąckowiak, 2004).



Wnioski dotyczące porównania korelacji między zmiennymi w obu grupach:

1) W obu grupach występują liczne ujemne korelacje między skalami lęku a jakością życia. Z tym, że u osób na podstawowym etapie terapii korelacje dotyczyły wszystkich aspektów lęku (Brak Integracji Osobowości, Niezrównoważenie emocjonalne, Podejrzliwość, Poczucie winy, Napięcie wewnętrzne), a w grupie osób na zaawansowanym etapie korelacje te zauważalne są dla dwóch czynników (Brak Integracji Osobowości i Napięcie wewnętrzne). Oznacza to, że po odstawieniu alkoholu jako środka łagodzącego przykre emocje, zauważyć można (na podstawie wymienionych wyżej pięciu aspektów lęku), jak trudno jest na początku terapii radzić sobie emocjonalnie. W grupie na zaawansowanym etapie występują już tylko dwa aspekty lęku, co można zinterpretować w taki sposób, że praca nad zwiększeniem integracji osobowości (m.in. nad wyższą samooceną) jest procesem rozłożonym w czasie, a odczuwane czasami napięcie wewnętrzne można potraktować jako stan naturalny (zwłaszcza dla osoby o strukturze neurotycznej) oraz (podobnie jak w przypadku samooceny) jako kierunek dalszej pracy; przy czym osoby na tym etapie częściej potrafią zwracać się o pomoc.

2) Korelacje między niepokojem a sensem życia wyglądają następująco: w grupie osób na podstawowym etapie terapii korelacje dotyczą aktualnego poczucia sensu życia ze skalami: O (Poczucie winy) i Q4 (Napięcie wewnętrzne), w których to skalach wyniki są silnie ujemne. Oznacza to, że osoby na tym etapie (tzn. po odstawieniu alkoholu) intensywniej przeżywają poczucie winy i napięcie wewnętrzne, co rzutuje negatywnie na odczuwanie aktualnego sensu życia. Natomiast w drugiej grupie korelacja ta odnosi się do aktualnego sensu życia i czynników Q3- (Brak integracji osobowości) i Q4 (Napięcie wewnętrzne) oraz występuje między poszukiwaniem sensu życia a czynnikiem Q4, co można zinterpretować jak w punkcie pierwszym.

3) W obu grupach występuje ujemna korelacja między niepokojem ogólnym a jakością życia w sferach: psychofizycznej, psychospołecznej i podmiotowej; natomiast w sferze metafizycznej korelacja o istotnie ujemnej wartości ($r=-0,45$) występuje u osób na podstawowym etapie, natomiast w grupie zaawansowanej wartość ta jest niższa ($r=-0,35$). Oznacza to, że im bardziej odczuwalny jest lęk, tym bardziej poczucie jakości życia w wymienionych sferach spada. Korelacje te są jednak znacząco słabsze w drugiej grupie, co oznacza, że u osób na zaawansowanym etapie poziom odczuwanego lęku ma mniejszy wpływ na poczucie jakości życia – osoby te mają większą świadomość przeżywanych emocji i mimo doświadczania lęku konstruktywniej sobie z nim radzą; ponadto sfera metafizyczna ma dla tej grupy większe znaczenie i jest źródłem pozytywnych doświadczeń.



Podsumowując:

Zauważalna jest różnica w strukturze korelacji pomiędzy obiema grupami: korelacje ogólnego niepokoju oraz większości podskal lęku ze skalami mierzącymi sens życia są nieco niższe w grupie na zaawansowanym etapie terapii. Równocześnie w tej grupie dostrzec można, że dla czynników Q3- (Brak integracji osobowości) i Q4 (Napięcie wewnętrzne) następuje nieznaczny wzrost korelacji (dla skal: poczucie własnej wartości, poszukiwanie sensu życia). Oznacza to, że dalsze podejmowanie pracy nad sobą w obszarze wymienionych dwóch czynników osobowości, co ma charakter procesualny, może wpłynąć korzystnie na poczucie własnej wartości oraz poszukiwanie sensu życia. Zauważalne jest również wyraźne obniżenie korelacji lęku z jakością życia w sferze psychofizycznej i psychospołecznej, co daje ostatecznie obraz poprawy funkcjonowania osób na zaawansowanym etapie trzeźwienia, gdyż odczuwanie lęku przez te osoby jest słabsze, bądź też – nawet jeśli lęk występuje – nie rzutuje negatywnie na jakość życia w wymienionych wyżej sferach.

5.2. Porównanie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pracy nad swoim trzeźwieniem

W kolejnych podrozdziałach przedstawiono wyniki porównania grupy osób na początkowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie, pod względem poziomu lęku i jakości życia.

Wybór testu do porównań międzygrupowych poprzedzono weryfikacją rozkładów zmiennych dotyczących lęku oraz poczucia jakości życia. Przeprowadzone testy Shapiro-Wilka wykazały, że w obu grupach skrajnych rozkłady zmiennych *Arkusza Samopoznania* Cattella, *KPJŻ* i *PSJŻ* są zbliżone do normalnych. Uznano w związku z tym, że spełnione są warunki dla wykonania testu parametrycznego i w dalszych porównaniach międzygrupowych zastosowano test t - Studenta. Dane poddano standaryzacji w skali T (M=50; SD=10) (McCall, 1939, za: Hornowska, 2001).

5.2.1 Porównanie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie leczenia pod względem poziomu lęku

Wyniki przeprowadzonego porównania wraz z podstawowymi statystykami opisowymi porównywanych grup zamieszczono w Tabeli 5.5.



Tabela 5.5. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poziomu niepokoju

	Osoby na etapie podstawowym		Osoby na etapie zaawansowanym		Test t-Studenta	
	M	SD	M	SD	T	P
Q3-	51,56	10,37	48,31	9,59	1,30	0,198
C-	53,16	9,07	46,88	9,97	2,64	0,011
L	50,53	9,50	49,38	10,66	0,46	0,649
O	50,81	10,56	49,25	9,48	0,62	0,536
Q4	51,59	9,68	48,41	10,15	1,29	0,203
Niepokój ukryty	51,78	10,55	48,16	9,29	1,46	0,150
Niepokój jawny	53,69	9,08	46,25	9,70	3,17	0,002
Niepokój ogólny	51,94	10,04	48,03	9,85	1,57	0,121

Źródło: Opracowanie własne

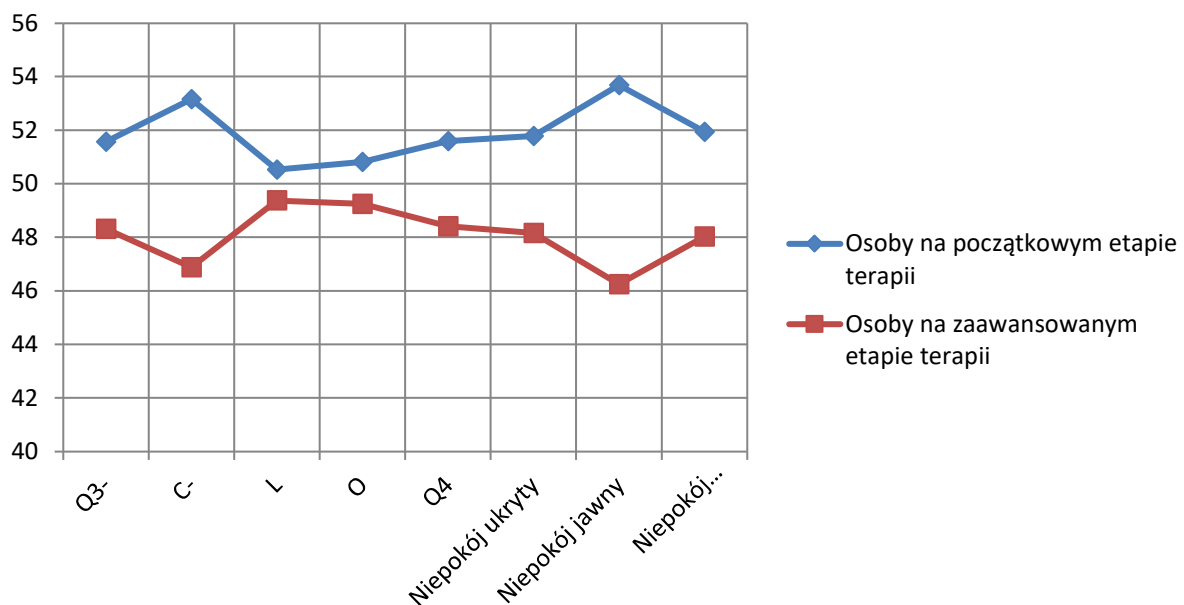
Stwierdzono, że osoby na zaawansowanym etapie pracy nad trzeźwieniem uzyskały istotnie niższe wyniki w zakresie Niepokoju jawnego ($t=3,17$; $p=0,002$) oraz czynnika C- (Neurotyczność). Niepokój jawny – według Cattella – to niepokój, z którego jednostka zdaje sobie sprawę. (...) O lęku jawnym świadczy między innymi uważanie siebie za nerwowego i zużywającego więcej energii niż inni ludzie, tracenie głowy w denerwujących sytuacjach, ubytek energii, niespokojny sen, przeżywanie stanów napięcia i wzburzenia (Siek, 1983, s. 286). Z kolei czynnik (C-) reprezentuje osoby ze skłonnością do zachowań neurotycznych, usytuowane na przeciwległym biegunie w stosunku do osób posiadających siłę Ego. Cattell (1957, za: Siek, 1983, s. 292) określa osoby neurotyczne jako osobowości źle zorganizowane, osobowości zależne. Według niego neurotyk to człowiek przeżywający ciągle inne uczucia, wiecznie niezadowolony, hipochondryk, ciągle skarżący się, krętacz, niedojrzały, autystyczny, lękliwy, zamartwiający się, zmienny w postępowaniu, pobudliwy, niecierpliwy, łatwo porzucający to, co robi, niedbały, nie liczący się z moralnością; ponadto zdarza się, że ujawnia silne napięcie emocjonalne, przeczuloną wyobraźnię, neurotyczne zmęczenie, skłonność do udawania i zgrywania się, nastawiony negatywnie, uczulony na tle miłości własnej, domagający się specjalnego uznania, sympatii, ujawniający poczucie niższości, nieznoszący wysiłku (Siek, 1983, s. 291-292). Płużek (1985) dodaje do tego opisu jeszcze: obniżoną tolerancję na frustrację, skłonność do reagowania gniewem i drażliwością, ogólne poczucie bycia nieszczęśliwym. Natomiast jeśli chodzi o osoby posiadające siłę Ego, to mają one cechy przeciwstawne. Według Cattella (1957, za: Siek, 1983, s. 291-292) są to osoby dobrze przystosowane; taki człowiek ujawnia stałość uczuć, jest wolny od neurotycznych symptomów,



nie ujawnia zachowań hipochondrycznych, posiada poczucie życiowego realizmu, nie martwi się, jest stały w postępowaniu, kontrolujący swoje zachowanie, chłodny, cierpliwy, obstaje przy czymś do końca, lojalny, liczący się z regułami obowiązującymi w danej kulturze; ponadto bywa on zadowolony, zrównoważony, nie ujawniający nerwowego znużenia, twardy, praktyczny, sumienny w działaniu, wytrwały w pracy, rzetelny, taktowny, respektujący prawa innych, lubiący uprawiać sport, nie ujawniający częstych zmian nastrojów.

Podsumowując można stwierdzić na podstawie powyższych wyników, jak również obserwacji własnej, iż osoby uzależnione traktujące jako priorytet swoje zdrowie i osobisty rozwój, zbliżają się do wielu cech osób odznaczających się siłą Ego. Natomiast opis funkcjonowania neurotyków bliski jest osobom uzależnionym od alkoholu w czynnym nałogu, a także w początkach zdrowienia.

W zakresie pozostałych podskal, w tym niepokoju ogólnego i ukrytego nie stwierdzono istotnych różnic między obiema grupami (wielkość różnicy, przy tej liczbie grup, nie spełniła kryterium istotności statystycznej). Omawiane różnice zilustrowano na wykresie 5.1.



Wykres 5.1. Porównanie wyników średnich w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poziomu niepokoju

Źródło: Opracowanie własne



5.2.2. Porównanie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie leczenia pod względem poczucia jakości życia

Wyniki przeprowadzonego porównania wraz z podstawowymi statystykami opisowymi porównywanych grup zamieszczono w Tabelach: 5.6 i 5.7.

Tabela 5.6. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poczucia jakości życia, mierzonych za pomocą PSJŻ

	Osoby na etapie podstawowym		Osoby na etapie zaawansowanym		Test t-Studenta	
	M	SD	M	SD	T	P
Poczucie Witalności	48,03	10,15	52,00	9,68	-1,60	0,114
Poczucie zadowolenia z życia	45,38	9,70	54,69	8,13	-4,16	0,001
Poczucie własnej wartości	46,25	9,37	53,91	9,18	-3,30	0,002
Poczucie sensu życia	50,44	11,09	49,44	8,98	0,40	0,693
Aktualne poczucie sensu życia	48,00	10,70	51,84	9,13	-1,55	0,127
Poszukiwanie sensu życia	52,47	9,49	47,53	10,12	2,01	0,048

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 5.7. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poczucia jakości życia, mierzonych za pomocą KPJŻ

	Osoby na etapie podstawowym		Osoby na etapie zaawansowanym		Test t-Studenta	
	M	SD	M	SD	t	P
Sfera psychofizyczna	48,66	10,02	51,25	9,86	-1,04	0,301
Sfera psychospołeczna	46,25	11,17	53,75	7,05	-3,21	0,002
Sfera podmiotowa	46,75	9,75	53,22	9,31	-2,71	0,009
Sfera metafizyczna	48,50	9,83	51,53	9,99	-1,22	0,226

Źródło: Opracowanie własne

Na podstawie Tabeli 5.6 stwierdzono, iż osoby na zaawansowanym etapie pracy nad trzeźwieniem uzyskały istotnie wyższe wyniki w wybranych aspektach jakości życia. Osoby te cechuje wyższe poczucie zadowolenia z życia i poczucie własnej wartości; równocześnie są



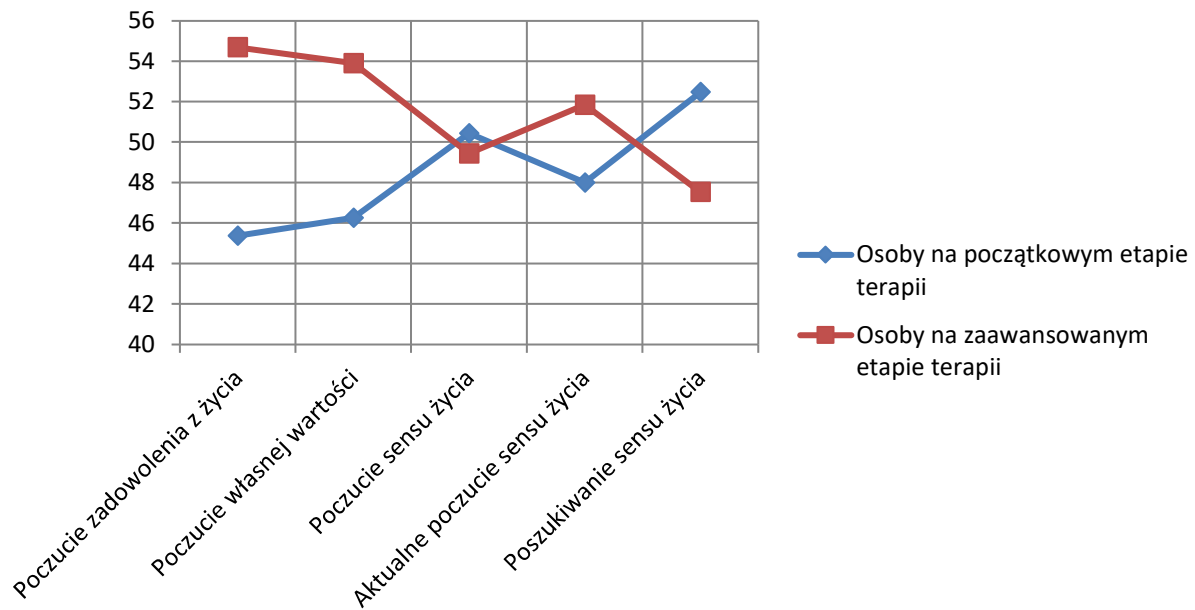
one mniej nastawione na poszukiwanie sensu życia. Oznacza to, że osoby te posiadają *poczucie subiektywnego dobrostanu (well-being)* (Dinner i in., 1985), a w kwestii poczucia własnej wartości w większym stopniu *lubią siebie, mają poczucie bycia znaczącą osobą, są zadowoleni ze swojej przeszłości i mają nadzieję na osiągnięcie sukcesów w przyszłości* (O'Brien, Epstein, 1988). Jeśli chodzi o różnicę między tą grupą a pierwszą w kwestii poszukiwania sensu życia, to najbardziej prawdopodobna wydaje się interpretacja, iż osoby te na drodze pracy nad swoim zdrowieniem znalazły właściwą dla siebie hierarchię wartości i kierunek osobistego rozwoju. Szczególnie wiąże się to z rozwijaniem empatii, otwarciem na drugiego człowieka i pomocą tym alkoholikom, którzy jeszcze nie radzą sobie z pokonywaniem nałogu; ponadto wiele osób mówi o swojej relacji z Siłą Wyższą.

Przy omawianiu Tabeli 5.6 należy podkreślić, że w obszarze Poczucia sensu życia pojawił się zaskakujący wynik – osoby na etapie podstawowym mają w tej skali nieznaczną przewagę (50,44) nad grupą zaawansowaną (49,44). Analizując jednak ten wynik w kontekście pozostałych wymiarów poczucia sensu życia oraz opierając się na obserwacji pacjentów na początku leczenia można przypuszczać, iż jest to efekt działania aktywnych w tym okresie psychologicznych mechanizmów uzależnienia (zwłaszcza ujawnia się tu „myślenie magiczno-życzeniowe”, będące elementem Mechanizmu Iluzji i Zaprzeczania).

Tabela 5.7 natomiast potwierdza, iż osoby na zaawansowanym etapie uzyskały również wyższe wyniki w sferze psychospołecznej i podmiotowej. Oznacza to, że w toku pracy nad wychodzeniem z czynnego uzależnienia dana osoba *uczy się nowych ról społecznych, realizując oczekiwania otoczenia. Uzyskuje w zamian poczucie przynależności, bezpieczeństwa, tożsamość społeczną. Przystosowanie społeczne człowieka pomaga mu odnaleźć swoje miejsce w danej społeczności, sprzyja nawiązywaniu i utrzymywaniu więzi z innymi ludźmi. Oddala to poczucie samotności, a pozwala doświadczyć człowiekowi poczucia akceptacji i własnej wartości* (Frąckowiak, 2004, s. 4). Z kolei wyższe poczucie jakości życia w sferze podmiotowej u osób w tej grupie *wyraża się w podkreślaniu swojej indywidualności i niezależności, w wyodrębnianiu siebie z tła społecznego. Podmiotowość człowieka wiąże się z ponoszeniem odpowiedzialności za własne życie, podejmowane przez siebie decyzje. Człowiek ma wolny wybór, zmierzając do samorealizacji i bycia autentycznym (życia w zgodzie z samym sobą). Przejawia się to w realizacji osobistych celów, zainteresowań, pasji* (Frąckowiak, 2004, s. 4).

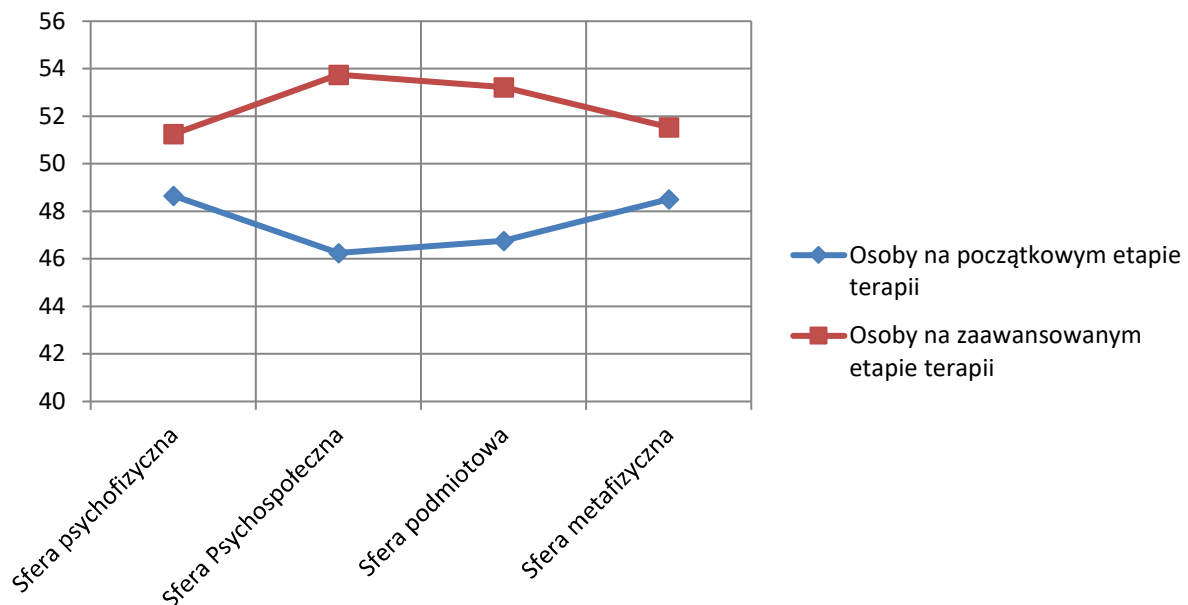
W pozostałych skalach różnice między badanymi grupami nie są istotne statystycznie. Omawiane różnice zilustrowano na wykresach: 5.2 i 5.3.





Wykres 5.2. Porównanie wyników średnich w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poczucia jakości życia mierzonej za pomocą PSJŻ

Źródło: Opracowanie własne



Wykres 5.3. Porównanie wyników średnich w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poczucia jakości życia mierzonej za pomocą KPJŻ

Źródło: Opracowanie własne



5.3 Podsumowanie i weryfikacja hipotez

Zrealizowany program badawczy dostarczył danych dotyczących powiązań pomiędzy poziomem i strukturą lęku a poczuciem jakości życia osób uzależnionych od alkoholu, znajdujących się na dwóch różnych poziomach: podstawowym etapie terapii oraz zaawansowanym etapie pracy nad swoim trzeźwieniem. Wyniki przeprowadzonych badań własnych dały podstawę do udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze oraz postawione hipotezy.

Celem niniejszej pracy było znalezienie odpowiedzi na pytanie główne: **Czy w miarę trwania abstynencji od alkoholu i pogłębiania oddziaływań terapeutycznych lęk pacjentów zmniejsza się, a poczucie jakości życia wzrasta?** Rozwiązanie przedstawionego problemu wymaga uzyskania odpowiedzi na następujące szczegółowe pytania badawcze:

P1. Jaki jest związek między lękiem a poczuciem jakości życia osób uzależnionych od alkoholu na podstawowym etapie terapii?

P2. Jaki jest związek między lękiem a poczuciem jakości życia osób uzależnionych od alkoholu po pogłębionym etapie terapii i dalszej pracy nad zdrowieniem?

Odpowiedź na powyższe pytania była poszukiwana w niniejszym rozdziale poprzez analizę korelacji wyników, jakie każda z grup uzyskała w *Arkuszu Samopoznania Cattella*, z wynikami uzyskanymi w *Psychologicznych Skalach Jakości Życia Uchnasta* i *Kwestionariuszu Poczucia Jakości Życia Straś-Romanowskiej*. Drugim etapem była analiza porównawcza obu badanych grup pod względem poziomu lęku oraz pod względem jakości życia. Przedstawione wcześniej statystyczne opracowania pozwalają na weryfikację postawionych hipotez, które brzmią:

Hipoteza ogólna: **Obniżenie poziomu lęku i wzrost poczucia jakości życia zależą od długości trwania abstynencji od alkoholu oraz głębokości oddziaływań terapeutycznych.**

Hipoteza szczegółowa – *H 1. Osoby uzależnione od alkoholu na podstawowym etapie terapii częściej i silniej doświadczają lęku oraz mają niskie poczucie jakości życia.*

Hipoteza szczegółowa – *H 2. Osoby uzależnione od alkoholu po pogłębionym etapie terapii i dalszej pracy nad zdrowieniem rzadziej doświadczają lęku, a ich poczucie jakości życia wzrasta.*



Weryfikacja hipotezy ogólnej jest efektem weryfikacji hipotez szczegółowych. Hipoteza H1 została zweryfikowana dzięki analizie danych zawartych w Tabelach 5.1 i 5.2. Zamieszczono w nich współczynniki korelacji r-Pearsona wraz z uzyskanymi poziomami istotności p. Przeprowadzona analiza potwierdza występowanie licznych ujemnych korelacji między skalami lęku a jakością życia (badaną w różnych jej obszarach). Dane pokazały, że w grupie osób na podstawowym etapie terapii korelacje dotyczą wszystkich aspektów lęku, które wpływają na obniżenie poczucia jakości życia. Tabela 5.1 obrazuje negatywny wpływ lęku na takie wymiary jakości życia jak: Witalność, Zadowolenie z życia, Poczucie własnej wartości i Aktualne poszukiwanie sensu życia; natomiast Tabela 5.2 pokazuje przede wszystkim silny niekorzystny wpływ niepokoju ogólnego na sferę psychofizyczną i psychospołeczną. Z kolei Hipoteza H2 poddana została weryfikacji na podstawie analizy danych znajdujących się w Tabelach 5.3 i 5.4, z zawartymi tam również współczynnikami korelacji r-Pearsona i uzyskanymi poziomami istotności p. Przeprowadzona analiza także w przypadku osób na zaawansowanym etapie leczenia potwierdza występowanie ujemnych korelacji między skalami lęku a poczuciem jakości życia. Są to jednak korelacje o umiarkowanej sile, a zauważalny związek między zmiennymi dotyczy wyłącznie dwóch aspektów lęku, które stanowią czynniki osobowości: Q3- (Brak integracji osobowości) i Q4 (Napięcie wewnętrzne). Tabela 5.3 pokazuje wyraźny związek tych aspektów lęku z jakością życia w skalach: Poczucie własnej wartości i Aktualne poczucie sensu życia. Tabela 5.4 natomiast obrazuje ujemną korelację między niepokojem ogólnym a jakością życia w sferze psychofizycznej, psychospołecznej i podmiotowej, z tym, że jest ona wyraźnie słabsza niż w pierwszej grupie.

Powyższa analiza korelacji między zmiennymi dostarczyła wyników świadczących o tym, że generalnie w grupie osób na zaawansowanym etapie zdrowienia powiązanie pomiędzy lękiem a poczuciem jakości życia jest nieco słabsze niż w grupie rozpoczynającej pracę nad sobą w terapii. Uzyskane wyniki sugerują również, że z czasem związek ten może skupiać się na wybranych aspektach niepokoju, takich jak niska samoocena, czy wysokie napięcie ergiczne – są to zatem kierunki dalszej pracy nad rozwojem.

Jeśli chodzi o drugi etap poszukiwania odpowiedzi na pytania badawcze, to dotyczy on porównania obu grup badanych zarówno pod względem poziomu niepokoju, jak i poczucia jakości życia, przy użyciu testu t-Studenta. W przypadku pierwszej zmiennej analiza porównawcza wykazała, że osoby na zaawansowanym etapie uzyskały istotnie niższe wyniki w zakresie Niepokoju jawnego i czynnika C- (Neurotyczność) – charakteryzują się one zatem większą stabilnością emocjonalną. Odzwierciedla to Tabela 5.5, zawierająca porównanie



wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w obu grupach pod względem poziomu niepokoju, wraz z uzupełniającym Wykresem 5.1. W przypadku drugiej zmiennej analiza wykazała, iż osoby na zaawansowanym etapie uzyskały istotnie wyższe wyniki w wybranych aspektach jakości życia. Osoby te cechuje wyższe Poczucie zadowolenia z życia i Poczucie własnej wartości; równocześnie są one mniej nastawione na Poszukiwanie sensu życia, ponieważ w procesie pracy nad pokonywaniem nałogu odkryły w swoim życiu wartości ukierunkowujące ich w dalszym rozwoju. Obrazuje to Tabela 5.6, zawierająca porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w obu grupach pod względem poczucia jakości życia mierzonego za pomocą PSJŻ; z ilustrującym tę analizę Wykresem 5.2. Analogiczne porównanie, gdzie poczucie jakości życia mierzono przy użyciu KPJŻ, zawiera Tabela 5.7 oraz Wykres 5.3. Znajdujące się tam dane świadczą o tym, że osoby na zaawansowanym etapie również uzyskały wyższe wyniki w sferze psychospołecznej i podmiotowej. Mają zatem wyższe poczucie bezpieczeństwa, przynależności, tożsamości społecznej, a co za tym idzie – posiadają dogodne warunki do samorealizacji.

Przeprowadzone analizy statystyczne pozwalają na wyprowadzenie następujących wniosków: 1) Poziom i struktura lęku jest istotnym czynnikiem, od którego zależy poczucie jakości życia; 2) Osoby uzależnione od alkoholu na podstawowym etapie terapii częściej i intensywniej doświadczają lęku, tzn. we wszystkich jego aspektach, co wpływa na obniżenie ich poczucia jakości życia; 3) Osoby uzależnione od alkoholu, które podejmują wieloetapową terapię i dalszą pracę nad zdrowieniem, doświadczają lęku w mniejszym zakresie, tzn. w niektórych aspektach lęku świadczących o tym, że jest to składnik ich osobowości. W miarę pogłębiania pracy nad sobą można go sobie bardziej uświadamiać i wprowadzać konstruktywne zmiany rzutujące na poczucie jakości życia; 4) Im dłużej trwa abstynencja od alkoholu i następują zmiany związane z pożądanym przebiegiem zdrowienia – tym łatwiej można radzić sobie z lękiem i odczuwać poprawę jakości życia, odzwierciedlającej się w harmonijnym rozwoju osobistym.



Zakończenie

Przeprowadzony projekt badawczy odnosił się do powiązań zachodzących pomiędzy poziomem i strukturą lęku a poczuciem jakości życia u osób uzależnionych od alkoholu. Badania skierowane były do dwóch grup pacjentów Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Nowym Sączu, znajdujących się na różnych poziomach rozumienia swoich problemów osobistych, wynikających z destrukcyjnego używania alkoholu. Pierwszą grupę stanowiły osoby na początku drogi zdrowienia z nałogu (podstawowy etap terapii). W drugiej grupie natomiast znalazły się osoby, które dokonały już istotnych zmian i nabyły wielu koniecznych umiejętności dla poprawy swojego funkcjonowania (po zrealizowaniu całego programu terapii i w trakcie dalszej pracy nad zdrowieniem, m.in. we wspólnocie AA). Obie grupy liczyły po 32 osoby.

Jak zostało już wspomniane – zainteresowanie wokół lęku i zaburzeń lękowych niezmiennie rośnie. W latach 90. XX wieku problemy zdrowotne na podłożu lęku i napadów paniki urosły do rozmiarów epidemii (Bourne, 2011). Zjawisko to przybiera na sile, co widać w minionych dziesięcioleciach, a zwłaszcza ostatnich latach. Co więcej – nerwica, która niegdyś była główną chorobą cywilizacyjną, została wyparta przez uzależnienia, które są znakiem naszych czasów. Środki psychoaktywne (szczególnie opisywany w tej pracy alkohol) były i niestety będą łatwym sposobem na uśmierzanie napięć na tle lękowym. Osoby o strukturze neurotycznej są więc najbardziej narażone na popadanie w różnego rodzaju nałogi. To wszystko negatywnie wpływa na poczucie jakości życia, ponieważ – jak powiedziała Horney (1976, s. 35) – *neurotyk właściwie zawsze jest człowiekiem cierpiącym*. Najbardziej jest to widoczne w rozbieżności między potencjałem posiadanym przez taką osobę a jej rzeczywistymi osiągnięciami. Można wtedy powiedzieć, że rozwój osobisty u tej jednostki ulega zahamowaniu; nie wykorzystuje ona w pełni swoich możliwości, a gdy dodatkowo „w grę wchodzi alkohol” – to jeszcze degraduje się ona na wszystkich płaszczyznach. Obszary, które składają się na poczucie jakości życia, to w kolejności: więzi (rodzina, krewni, znajomi); sytuacja finansowa; zdrowie; osobiste sukcesy i osiągnięcia; praca; nauka; sfera życia seksualnego; warunki mieszkaniowe (Czapiński, 1994). Pod wpływem narastającego nałogu sukcesywnie ulega niszczeniu każdy z nich; zatem praca nad zdrowieniem z uzależnienia dotyczy odbudowywania bądź tworzenia od podstaw wymienionych wyżej sfer. To, co może się pojawić w tym procesie jako „wartość dodana” – to pewne zmiany w obszarze osobowości, związane z właśnie z osobistym rozwojem. Wiąże się to ze zjawiskiem opisanym przez Dąbrowskiego jako *dezintegracja pozytywna*. Autor tej teorii wyjaśnia, że dezintegracja na



skutek kryzysu (w tym przypadku uzależnienia) może stać się podłożem do tworzenia nowych, bardziej dojrzałych struktur osobowości. Możliwy wówczas staje się autentyczny rozwój duchowy, wiążący się z przejściem – jak podaje Dąbrowski – *od egzystencji do esencji* (za: Kawczak, 1989, s. 7).

Celem niniejszej pracy było przybliżenie funkcjonowania osób uzależnionych, które podejmują się pracy nad pokonywaniem nałogu i swoich słabości. Najważniejszym elementem było zbadanie, **czy w miarę trwania abstynencji i pogłębiania oddziaływań terapeutycznych, lęk osób zdrowiejących zmniejsza się, a ich poczucie jakości życia wzrasta?**

Jak podaje Chodkiewicz (2012) badania polskie i zagraniczne wykazały, że właśnie wysoki poziom lęku (jak również depresji) są najbardziej niekorzystnymi czynnikami dla ukończenia terapii i wytrwania w abstynencji. Ponadto zdaniem tego autora brakuje badań poziomu jakości życia w kontekście procesu terapii, a także takich, które dotyczyłyby relacji jakości życia z innymi czynnikami, mającymi wpływ na przebieg i skuteczność leczenia (np. z lękiem). Brakuje również danych dotyczących tego, co konkretnie ulega zmianie w funkcjonowaniu i odbiorze świata osób leczących się.

Rozwiązanie problemu badawczego postawionego w niniejszej pracy było możliwe dzięki przeprowadzeniu badań psychologicznych na obu grupach badanych, a następnie dokonaniu między nimi analizy porównawczej pod kątem obu zmiennych. Zbadano również korelacje między samymi zmiennymi. Wykorzystane zostały następujące metody psychologiczne:

1. *Arkusz Samopoznania* R.B. Cattella;
2. *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia* M. Straś-Romanowskiej;
3. *Skale Psychologicznej Jakości Życia* Z. Uchnasta;
4. Arkusz personalny własnej konstrukcji.

Wyniki uzyskane w procesie badań własnych pozwoliły na weryfikację postawionych hipotez badawczych oraz sformułowanie poniższych wniosków końcowych:

1. Osoby na zaawansowanym etapie pracy nad zdrowieniem (utrzymujące abstynencję od dwóch lat wzwyż), w porównaniu z osobami na podstawowym etapie terapii – osiągnęły niższe wyniki w skalach lęku oraz wyższe wyniki w wybranych aspektach jakości życia. Oznacza to, że częściej przejawiają stabilność emocjonalną, natomiast w kwestii odczuwanej jakości życia: są bardziej zadowolone, wzrasta ich poczucie



własnej wartości oraz poczucie, że odnalazły w życiu sens; ponadto mają wyższe poczucie bezpieczeństwa, przynależności i akceptacji, co umożliwi ich dalszy rozwój osobisty.

2. Powiązania pomiędzy lękiem a poczuciem jakości życia okazały się słabsze w grupie osób na zaawansowanym etapie leczenia co oznacza, że poziom odczuwanego lęku nie wpływa znacząco na jakość ich życia. Wyniki dostarczyły też informacji, że powiązania te mogą dotyczyć wybranych aspektów niepokoju, takich jak niska samoocena czy wysokie napięcie ergiczne. Można dzięki temu zaplanować i doprecyzować dalsze działania terapeutyczne.

Podsumowując można stwierdzić, że dane empiryczne stanowiące rezultat analizy statystycznej i psychologicznej, pozwalają na pozytywne zweryfikowanie każdej z postawionych hipotez. Zostało potwierdzone przypuszczenie, że w miarę utrzymywania abstynencji i pod wpływem głębokości oddziaływań terapeutycznych, lęk pacjentów zmniejsza się, a wzrasta ich poczucie jakości życia. Można zatem zauważyć, że osoby na zaawansowanym etapie posiadają dzięki temu bardziej sprzyjające warunki do samorealizacji i rozwoju duchowego. Potwierdzają to również obserwacje własne z pracy terapeutycznej, dające obraz większej dojrzałości w wypowiedziach i zachowaniu tych osób (zostało to opisane w rozdziale trzecim jako rozwój stanu „Dorosłego” w kontekście analizy transakcyjnej). Daje to podstawy do stwierdzenia, że wysiłek włożony w pokonywanie uzależnienia może wzbogacić osobowość o nowe, pozytywne elementy, które zapewne nie pojawiłyby się we wcześniejszym życiu.

Na zakończenie warto byłoby nazwać, co jest czynnikiem leczącym w wychodzeniu z uzależnienia i po czym można poznać szeroko pojęty rozwój.

Przede wszystkim po odstawieniu alkoholu narasta (i tak już znacząco wysokie w porównaniu z ludźmi zdrowymi) poczucie lęku. Dotyczy ono braku wyobrażenia jak ma wyglądać trzeźwe życie, bez „protezy” jaką dotąd stanowił alkohol. Jak pisze Woronowicz (2009, s. 178) - *pojawia się pustka, bo trzeba pożegnać się z dobrze znanymi sytuacjami, nawykami oraz unikać niektórych znajomych*. Według Kępińskiego (2002) – nie ma lepszego sposobu na ukojenie lęku niż drugi człowiek. Na drodze pokonywania nałogu może być nim terapeuta lub inna osoba uzależniona. Zdaniem Chodkiewicza (2012) badania wykazały, że nie mają znaczenia modele terapii, tylko raczej czynniki dotyczące pacjentów i relacji terapeutycznej. Po stronie pacjentów leżą: motywacja i gotowość do zmiany, zaangażowanie, zdolność myślenia w kategoriach psychologicznych, poczucie własnej skuteczności, adekwatnie stawiane cele, umiejętność korzystania ze wsparcia społecznego. W kontekście



zmiennych socjodemograficznych ten sam autor podaje – również na podstawie prac badawczych – że większe szanse na ukończenie terapii i utrzymywanie abstynencji mają osoby w stałym związku oraz pracujące (podobne wnioski pojawiły się w niniejszej pracy). Trudności stanowią natomiast: głębokość uzależnienia, współtowarzyszące zaburzenia psychiczne (szczególnie depresyjne i lękowe) oraz deficyty ważnych umiejętności życiowych. Terapeuci, grupa terapeutyczna i wspólnota AA – dają poczucie otuchy, akceptacji, przynależności, a także możliwość nabycia umiejętności zaradczych i korzystne do naśladowania wzory.

Jeśli chodzi o określenie wyznaczników rozwoju, to podkreślić należy, iż w *procesie terapii i zdrowienia zachodzą intensywne przeobrażenia w regulowaniu procesów emocjonalnych, zachowaniach i postawach, a przede wszystkim w procesach poznawczych u alkoholika. W trakcie tych procesów występują również zmiany w poziomie wielu wymiarów jakości życia, które mogą pomagać bądź szkodzić w późniejszej abstynencji* (Chodkiewicz, 2012, s. 202). To, co jest pożądane i wpływające na progres, to elementy integracji wtórnej opisane przez Dąbrowskiego (za: Wojcieszek, 2018, s. 527). Są to dwa dynamizmy stanowiące o rozwoju duchowym: jeden dotyczy odpowiedzialności, drugi natomiast tzw. empatii na najwyższym poziomie, która jest czynnością osobowości powodującą *rozwijanie pełnego miłości i przyjaźni stosunku do innych, szanowania ich jedyności oraz niepowtarzalności; niesie ona ze sobą gotowość do dzielenia z innymi życia, pomocy, ofiary oraz podźwignania innych*. Podobne (również w duchu psychologii humanistycznej) elementy zmiany świadczące o rozwoju opisuje Miller, współtwórca tzw. Dialogu Motywującego. Zawarł je w nazwanej przez siebie postawie „*lovingkindness*”, w której to zawiera się: *troska, współczucie, pragnienie uwolnienia od cierpienia, empatia, chęć zrozumienia doświadczenia drugiej osoby, wdzięczność, docenianie tego, co się otrzymało, hojność, oznaczająca nie tylko dawanie, ale także cieszenie się tym faktem, nadzieja, afirmacja, nawyk zauważania tego, co jest dobre w innych i w świecie, przebaczenie, cierpliwość, pokora, gotowość do pomocy oraz ustępliwość* (Miller, 2018, za: Wojcieszek, 2018, s. 528). Osoba funkcjonująca w ten sposób postrzegana jest jako dojrzała i zrównoważona, przechodzi ona bowiem w procesie swojego rozwoju od stanu zależności od innych i przesadnego zajmowania się sobą – do stanu autonomii, otwartości na innych oraz większego realizmu i plastyczności postępowania (Saul, 1947, za: Mellibruda, 1992, s. 12). Są osoby zdrowiejące z uzależnienia, które zbliżają się do powyższego opisu, odnajdują bowiem w życiu wartości i ideały. W niniejszej pracy pojawiły się takie przesłanki na podstawie wniosków z badań potwierdzających, że grupa na zaawansowanym etapie zdrowienia jest mniej nastawiona na poszukiwanie sensu życia, co pozwala przypuszczać, że odkryte wartości już zaczęły być przez te osoby wprowadzane w życie. Ponadto dane zebrane



za pomocą Arkusza Personalnego dostarczyły m.in. takich wniosków, że osoby na początku terapii bardziej konfrontują się ze stratami wynikającymi z uzależnienia, natomiast ci, którzy drogę trzeźwienia przemierzają dłużej mogą doświadczać więcej zadowolenia z życia, otwierają się na jego duchowe aspekty, wyczuwają, jaki kierunek dałby im jeszcze większą możliwość rozwoju.

Przedstawiony projekt badawczy jest jedynie niewielkim fragmentem osadzonym w tej tematyce. Dostarcza jednak danych świadczących o tym, że możliwe jest trzeźwe życie i warto pomagać osobom pogrążonym w nałogu. Leczenie jest trudnym i nie zawsze udanym procesem, ale nawet jeśli tylko jedna z tych osób zacznie zdrowieć, to może ulec poprawie jakość życia jej rodziny, a i ona sama może w przyszłości pomagać innym uzależnionym i stawać się „lepszą wersją siebie”. Praca może służyć w celu wzmocnienia motywacji pacjentów na początku terapii, a dla terapeutów jako pomoc w planowaniu pewnych działań terapeutycznych i przygotowywaniu pacjentów do zakotwiczenia się w strukturach wspólnoty AA.



Bibliografia

- Adler, R.B., Rosenfeld, L.B., Proctor II, R.F. (2016). *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Anderson, D.J. (1993). Doświadczenie stanu Minnesota. W: A. Dodziuk, *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie* (s. 7-31). Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Bartosz, B. (2006). Czy bycie twórcą oznacza wysoką jakość życia? W: B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne* (s. 79-92). Wrocław: Wydawnictwo „Jakopol”.
- Bera, R. (2008). *Aksjologiczny sens pracy a poczucie jakości życia młodych emigrantów polskich*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Bourne, E.J. (2011). *Lęk i fobia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Chodkiewicz, J. (2012). *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Przepływ. Jak poprawić jakość życia*. Warszawa: Studio EMKA.
- Czapiński, J. (1994). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Czapiński, J. (red.) (2004). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Derc, M. (1995). O przedmiocie psychologii humanistycznej. *Acta Universitatis Nicolai Copernici. Filozofia*, 16(279), 37-49.
- De Walden-Gałuszko, K. (1997). Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 77-82). Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.
- Dębska, U. (2006). Podjąć wyzwanie. W kontekście dynamiki wartościowania, sensu i jakości życia osób niepełnosprawnych. W: B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne* (s. 109-123). Wrocław: Wydawnictwo „Jakopol”.
- Dąbrowski, K. (1979). *Dezintegracja pozytywna*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.



- Dąbrowski, K. (1986). *Trud istnienia*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Dinner, E., Emmons, R., Larsen, R., Griffin, Sh. (1985). *The Satisfaction With Life Scale*. *Journal of Personality Assessment* 49(1), 71-75.
- Dziurawicz-Kozłowska, A. (2002). *Wokół pojęcia jakości życia*. *Psychologia jakości życia*, 1, 2, 77-99.
- Frąckowiak, T. (2004). *Personalistyczno-egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia. Próba operacjonalizacji*. Wrocław: Praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. M. Straś-Romanowskiej.
- Falewicz, J.K. (1993). *ABC problemów alkoholowych*. Warszawa: PARPA.
- Fredrickson, B. (2009). *Pozytywność*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Freud, Z. (1967). *Człowiek, religia, kultura*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Freud, Z. (2012). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Głąz, S. (1998). *Sens życia*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Habrat, B. (2006). Leczenie wybranych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. W: M. Rzewuska (red.), *Leczenie zaburzeń psychicznych* (s. 306-321). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Habrat, B. (2003). Zaburzenia psychiczne spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 238-268). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Hall, C.S., Lindzey, G. (2002). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek, J. (1996). *Człowiek w sytuacji stresu: problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Horney, K. (1976). *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Jakubczyk, A. (2017). Uzależnienie, picie szkodliwe i ryzykowne – podstawowe definicje w świetle najważniejszych systemów klasyfikacyjnych. W: M. Wojnar (red.), *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu* (s. 9-19). Warszawa: PARPA.



- Kanasz, T. (2015). *Uwarunkowania szczęścia. Socjologiczna analiza wyobrażeń młodzieży akademickiej o szczęściu i udanym życiu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Kawczak, A. (1989). Przedmowa, W: K. Dąbrowski, *Elementy filozofii rozwoju* (s. 3-10). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Klebaniuk, J. (2006). Materialne uwarunkowania jakości życia. W: B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne* (s. 93-107). Wrocław: Wydawnictwo „Jakopol”.
- Kozielecki, J. (1976). *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Keller, M. (1993). Wybrane poglądy na naturę nałogu. W: A. Dodziuk, *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie* (s. 47-63). Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Kelly, A.B. (2013). Zastosowanie behawioralnej terapii par w leczeniu odwykowym. W: P.M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* (s. 236-267). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Keplinger, A. (2006). Tożsamościowe uwarunkowania umiejętności menedżerskich. W: B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne* (s. 139-160). Wrocław: Wydawnictwo „Jakopol”.
- Kępiński, A. (2002). *Lęk*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kępiński, A. (1978). *Poznanie chorego*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kinney, J., Leaton, G. (1996). *Zrozumieć alkohol*. Warszawa: PARPA.
- Kopera, M. (2017). Używanie alkoholu a funkcje poznawcze. W: M. Wojnar (red.), *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu* (s. 47-55). Warszawa: PARPA.
- Kulisiewicz, T. (1982). *Uzależnienie alkoholowe*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Lazarus, A., Colman, A. (2001). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.



- Leary, M., Kowalski, R.M. (2001). *Lęk społeczny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Leder, S., Siwiak-Kobayashi, M. (2003). Nerwice. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 341-367). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- LeDoux, J.E. (1998). Mózgowe interakcje poznawczo-emocjonalne. W: P. Ekman, R.J. Davidson, *Natura emocji* (s. 190-197). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J.M. (red.) (2005). *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lindenmeyer, J. (2007). *Ile możesz wypić? O nałogach i ich leczeniu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lingiardi, V., McWilliams, N. (2019). *PDM-2. Podręcznik diagnozy psychodynamicznej. Tom 1*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mellibruda, J. (1992). *Możliwości rozwoju osobistego*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Mellibruda, J. (2004). Z lękiem i strachem u podłoża. *Świat problemów*, 1, 1-8. Dostęp: www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/896-z-lekiem-i-strachem-upodloza.html
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna terapia uzależnień*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Mróz B. (2012). Poczucie jakości życia u kierowników i pracowników w świetle uwarunkowań aksjologicznych. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 175-183.
- O'Brien, E., Epstein, S. (1988). *The Multidimensional Self-Esteem Inventory, MSEI, Professional Manual*. Odessa.
- Obuchowski, K. (1976). Przedmowa. W: K. Horney, *Neurotyczna osobowość naszych czasów* (s. 5-21). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.



- Osiatyński, W. (1994). *Grzech czy choroba?* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Peele, S. (1993). Doświadczenie uzależnienia. W: A. Dodziuk, *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie* (s. 64-81). Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Pervin, L., John, O. (2002). *Osobowość. Teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pięta, A., Lintowska, A. (2016). Poczucie jakości życia i uważności u osób stosujących technikę radzenia sobie ze stresem opierającą się na specyficznej sekwencji oddechowej – badanie wstępne. *Piel. Zdr. Publ.*, 6(3), 229-240. DOI: 10.17219/pzp/60913.
- Poprawa, R. (2006). Proaktywne radzenie sobie ze stresem a ryzyko uzależniania się od alkoholu wśród dorastającej młodzieży. W: B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne* (s. 49-68). Wrocław: Wydawnictwo „Jakopol”.
- Porczyńska-Ciszewska, A. (2013). *Cechy osobowości a doświadczanie szczęścia i poczucie sensu życia*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Rumiński, A. (2004). *Aksjologiczny wymiar jakości życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Ryan, R.M., Federic, C.M. (1997). *On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being*. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Rybczyńska, D. (1998). *Jakość życia młodzieży z rodzin ubogich*. Zielona Góra: WSP.
- Rzewuska, M. (2006). Leczenie zaburzeń nerwicowych. W: M. Rzewuska (red.), *Leczenie zaburzeń psychicznych* (s. 100-139). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2017). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Selye, H. (1978). *Stres okiełznany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Sorensen, J.L., Hetterna, J.E., Larios, S. (2013). Co to jest terapia oparta na dowodach naukowych? W: P.M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* (s. 23-40). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.



Steger, M.F., Frazier, M.P., Oishi, Sh., Kaler, M. (2006). *The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meanig in Life*. *Journal of Counseling Psychology*, 33(1), 80-93.

Strelau, J. (2002). *Psychologia różnic indywidualnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.

Siek, S. (1983). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.

Sztander, W. (1993). *Poza kontrolą*. Warszawa: PARPA.

Ślósarska, M. (2000). *Techniki obrazowania a alkoholizm. Podglądanie pracy mózgu*. *Alkohol i Nauka*, 9. Dostęp: <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/263-techniki-obrazowania-a-alkoholizm-podgladanie-pracy-mozgu.html>

Świerczek, M. (2018). *Trzeźwe Podhale*. Rabka-Zdrój: Wydawnictwo „Zachylina”.

Woititz, J.G. (1989). *Małżeństwo na lodzie. Psychologiczne problemy żon alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.

Wojcieszek, J. (2018). Abstynencja alkoholowa jako czynnik rozwoju w świetle wybranych koncepcji teoretycznych. *Kwartalnik naukowy*, 2(34), 522-541.

Woronowicz, B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina & Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.

Woydyło, E. (1998). *Podnieś głowę*. Warszawa: Wydawnictwo „Akuracik”.

Zimbardo, P. (1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN.



Spis tabel

Tabela 1.1. Główne przyczyny zaburzeń lękowych.....	32
Tabela 4.1. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem płci	126
Tabela 4.2. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem wieku	126
Tabela 4.3. Liczbowy i procentowy rozkład poziomu wykształcenia badanych osób.....	127
Tabela 4.4. Liczbowy i procentowy rozkład miejsca zamieszkania badanych osób	127
Tabela 4.5. Liczbowy i procentowy rozkład struktury rodziny badanych.....	128
Tabela 4.6. Liczbowy i procentowy rozkład posiadanych dzieci	128
Tabela 4.7. Rozkład procentowy dotyczący warunków materialnych badanych osób.....	129
Tabela 4.8. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący relacji ze współmałżonkiem.....	129
Tabela 4.9. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący relacji z dziećmi	130
Tabela 4.10. Liczbowy i procentowy rozkład stosunku respondentów do wiary i duchowości	131
Tabela 4.11. Liczbowy i procentowy rozkład ilości podejmowanych prób leczenia.....	132
Tabela 4.12. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący motywacji do podjęcia terapii	133
Tabela 4.13. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący rodzaju otrzymanego wsparcia.....	133
Tabela 4.14. Liczbowy i procentowy rozkład częstości występowania lęku przez badanych.....	135
Tabela 4.15. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący sytuacji generujących lęk	136
Tabela 4.16. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący stanów emocjonalnych współwystępujących z lękiem.....	137
Tabela 4.17. Liczbowy i procentowy rozkład sposobów zaradczych w sytuacji lęku u badanych.....	138
Tabela 4.18. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący ostatnio odczuwanego lęku przez osoby badane	139
Tabela 4.19. Liczbowy i procentowy rozkład danych dotyczących źródeł satysfakcji badanych	139
Tabela 5.1. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami w Arkuszu Samopoznania Cattella a wynikami w Skalach Psychologicznej Jakości Życia w grupie osób na podstawowym etapie terapii.....	144



Tabela 5.2. Wskaźnik korelacji (r-Persona) między wynikami w Arkuszu Samopoznania Cattella a wynikami w Kwestionariuszu Poczucia Jakości Życia w grupie osób na podstawowym etapie terapii.....	144
Tabela 5.3. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami w Arkuszu Samopoznania Cattella a wynikami w Skalach Psychologicznej Jakości Życia w grupie osób na zaawansowanym etapie leczenia.....	147
Tabela 5.4. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami w Arkuszu Samopoznania Cattella a wynikami w Kwestionariuszu Poczucia Jakości Życia w grupie osób na zaawansowanym etapie leczenia.....	147
Tabela 5.5. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poziomu niepokoju.....	151
Tabela 5.6. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poczucia jakości życia, mierzonego za pomocą PSJŻ.....	153
Tabela 5.7. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poczucia jakości życia, mierzonego za pomocą KPJŻ.....	153

Spis wykresów

Wykres 5.1. Porównanie wyników średnich w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poziomu niepokoju	152
Wykres 5.2. Porównanie wyników średnich w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poczucia jakości życia mierzonej za pomocą PSJŻ.....	155
Wykres 5.3. Porównanie wyników średnich w grupie osób na podstawowym etapie terapii z osobami na zaawansowanym etapie pod względem poczucia jakości życia mierzonej za pomocą KPJŻ	155

