



Ewa Włodarczyk

Społeczny wymiar problemu alkoholowego kobiet

Obraz i instytucjonalne
reakcje środowiska
wielkomiejskiego

Wydawnictwo Naukowe UAM

Spółeczny wymiar problemu alkoholowego kobiet

UNIwersytet IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
SERIA PSYCHOLOGIA I PEDAGOGIKA NR 256

EWA WŁODARCZYK

Spółeczny wymiar problemu alkoholowego kobiet

Obraz i instytucjonalne reakcje
środowiska wielkomiejskiego



POZNAŃ 2017

Recenzent: prof. dr hab. Ewa Syrek

Publikacja dofinansowana przez
Rektora Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
oraz Wydział Studiów Edukacyjnych UAM

© Ewa Włodarczyk 2017

This edition © Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2017



Ta książka jest udostępniana na licencji Creative Commons -
Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne -
Bez utworów zależnych 4.0 Międzynarodowe

Projekt okładki: Helena Oszmiańska

Redaktor: Małgorzata Szkudlarska

Redaktor techniczny: Dorota Borowiak

Łamanie komputerowe: Marcin Tyma

ISBN 978-83-232-3202-5 (Print)

ISBN 978-83-232-4301-4 (PDF)

DOI: 10.14746/amup.9788323243014

ISSN 0083-4254

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersytetu IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
61-701 POZNAŃ, UL. FREDRY 10

www.press.amu.edu.pl

Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wyd nauk@amu.edu.pl

Dział Promocji i Sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl

Wydanie I. Ark. wyd. 25,50. Ark. druk. 21,875

DRUK I OPRAWA: VOLUMINA.PL DANIEL KRZANOWSKI, SZCZECIN, UL. KS. WITOLDA 7-9



Spis treści

WSTĘP	7
ROZDZIAŁ I	
PROBLEM ALKOHOLOWY I JEGO IDENTYFIKACJA NA TLE TEORII PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH	13
1.1. Teorie problemów społecznych jako kontekst teoretyczny dla rozważań wokół kwestii alkoholowej	13
1.2. Społeczny wymiar problemu alkoholowego (przejawy, dynamika, konsekwencje)	30
1.3. Indywidualny wymiar doświadczeń alkoholowych – jednostka w roli alkoholika	54
ROZDZIAŁ II	
ZAGROŻENIE PROBLEMEM ALKOHOLOWYM W DOŚWIADCZENIACH WSPÓŁCZESNYCH KOBIET – KONTEKSTY INTERWENCJI SPOŁECZNEJ . . .	64
2.1. Kobięcy problem alkoholowy i jego następstwa wymagające interwencji społecznej	64
2.2. Specyfika kobiecego używania, nadużywania, uzależniania się i uzależnienia od alkoholu – aspekty biologiczne, psychologiczne i społeczno-kulturowe . . .	70
2.3. Państwo i jego instytucje wobec problemu alkoholowego kobiet	92
ROZDZIAŁ III	
ROZSTRZYGNIECIA METODOLOGICZNE AUTORSKIEGO PROJEKTU BADAŃ NAD PRÓBAMI PODMIOTOWEGO I INSTYTUCJONALNEGO ROZWIĄZYWANIA KOBIECEGO PROBLEMU ALKOHOLOWEGO W POZNANIU	109
3.1. Problem alkoholowy kobiet w interdyscyplinarnym polu badawczym	109
3.2. Założenia własnego projektu badawczego	126
3.3. Opis procedury badawczej i jej realizacji	135
ROZDZIAŁ IV	
POZNAŃ JAKO PRZESTRZEŃ INICJOWANIA PRÓB ROZWIĄZYWANIA PROBLEMU ALKOHOLOWEGO KOBIET – WYNIKI BADANIA MONOGRAFICZNEGO	142
4.1. Poznańskie środowisko społeczne – szanse i zagrożenia witalne jego mieszkańców	142
4.2. Wielkomiejskość jako czynnik ryzyka wystąpienia problemów alkoholowych	159

4.3. Kobiety z problemem alkoholowym w polu zainteresowania instytucji wsparcia w Poznaniu	174
4.4. Problem alkoholowy poznanianek w opiniach wybranych przedstawicieli służb społecznych	197
ROZDZIAŁ V	
PROBLEM ALKOHOLOWY W DOŚWIADCZENIU MIESZKANEK POZNANIA – ANALIZA WYNIKÓW BADANIA SONDAŻOWEGO	229
5.1. Charakterystyka badanych kobiet i ich sytuacji życiowej	229
5.2. Na kontinuum od inicjacji alkoholowej, używania, nadużywania i uzależnienia od alkoholu po terapię – w relacjach respondentek	237
5.3. Społeczny kontekst problemu alkoholowego (w różnych jego fazach) i procesu zdrowienia w doświadczeniu badanych kobiet	260
5.4. Podsumowanie wyników badań	276
ROZDZIAŁ VI	
DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE KOBIETY W PROCESIE WYCHODZENIA Z UZALEŻNIENIA ALKOHOLOWEGO - REALIA I SZANSE ICH OPTIMALIZOWANIA	283
6.1. Wsparcie społeczne w sytuacji (nie tylko kobiecego) uzależnienia alkoholowego w polskiej rzeczywistości i jego determinanty	284
6.2. Profesje pomocowe na rzecz rozwiązywania problemu alkoholowego i jego konsekwencji – postulaty	304
ZAKOŃCZENIE	321
BIBLIOGRAFIA	325
SOCIAL DIMENSION OF ALCOHOL PROBLEM AMONG WOMEN. DESCRIPTION AND INSTITUTIONAL REACTIONS IN AN URBAN ENVIRONMENT (Summary)	348



Wstęp

Podjęta i zaprezentowana w niniejszej monografii kwestia doświadczania problemów alkoholowych przez kobiety z wielu względów jest tematem interesującym i ważnym zarówno poznawczo, jak i badawczo.

Po pierwsze, z prowadzonych cyklicznie badań diagnozujących wielkość i strukturę spożycia alkoholu w litrach na jednego mieszkańca wyłania się tendencja (poza małymi wahaniami) wzrastająca. W świetle różnych źródeł i szacunków¹ uznaje się, że 10-20% populacji obywateli RP ponosi straty związane z nadużywaniem alkoholu (z czego 3-5% to osoby, które można uznać za uzależnione od alkoholu). Kwestie alkoholowe są więc problemem ciągle obecnym w Polsce, nie tylko zindywidualizowanym, lecz także ujawniającym swój społeczny charakter.

Po drugie, w tę tendencję wzrostową wpisuje się również spożywanie alkoholu przez kobiety. Z pewnością w ciągu ostatnich kilkunastu lat zmienił się wzorzec używania i nadużywania alkoholu przez kobiety, wyraźnie wzrósł odsetek kobiet pijących alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy oraz kobiet, u których występuje pełnoobjawowe uzależnienie od alkoholu. Już teraz, jak sygnalizuje Krzysztof Gąsior, „prowadzone w ostatnim czasie badania epidemiologiczne nad problemami zdrowia psychicznego Polaków wskazują, że na 10 nadmiernie pijących lub uzależnionych mężczyzn przypada jedna kobieta. Jeśli więc w Polsce jest ok. 600-700 tys. alkoholików, to w grupie tej znajdujemy blisko 70 tys. kobiet (...). Wśród osób korzystających z terapii odwykowej proporcja ta wynosi już 5 do 1. Dane te wskazują, że choć kobiet uzależnionych jest zdecydowanie mniej niż mężczyzn, to jednak szybciej doświadczają one skutków uzależnienia i szybciej podejmują terapię odwykową”². Współczesne

¹ Przykładowo: wyniki badań zrealizowanych w Polsce w latach 2010-2011, w ramach projektu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP Polska”, pozwalają szacować liczbę osób nadużywających alkoholu na ponad 3 mln, w tym uzależnionych od alkoholu na ponad 600 tys. Za: J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Warszawa 2012, s. 255; o innych wynikach badań mowa jest w podrozdziale 3.1.

² K. Gąsior, *Kobiety, alkohol i środki odurzające – powstanie problemów*, cz. 1, „Świat Problemów” 2014, nr 3, s. 5.

Polki żyją w zawieszaniu pomiędzy naciskami kulturowymi i obyczajowymi, wzmocnionymi dostępnością alkoholu, reklamą, coraz lepszym sytuowaniem materialnym a pełnionymi przez nie rolami społecznymi (mającymi charakter czynnika stresogennego) – kumulacja tych czynników sprawia, że wspomniana tendencja wzrostowa może się utrzymać.

Po trzecie, wprawdzie uzależnienie kobiet od alkoholu nie stanowi odrębnego typu, jednak nieco odmienne od męskiego jest jego powstawanie, rozwój i radzenie sobie z nim. Ta specyfika kobiecego problemu alkoholowego dostatecznie uzasadnia potrzebę – czy wręcz konieczność – podjęcia pogłębionych studiów nad jego przyczynami, przebiegiem i próbami wyzwalania się z niego kobiet.

Pomimo tego, że problemy alkoholowe przez całe dekady zwykło się niesłusznie wiązać przede wszystkim z mężczyznami, okazjonalnie także kobiety znajdowały się w polu zainteresowania badaczy tej problematyki. Z polskich pozycji wydawniczych warto wspomnieć o opublikowanych już w latach 60. i 70. ubiegłego wieku takich pozycjach, jak: *Pięćset przypadków alkoholizmu u kobiet* Bolesława Ałapina³, wybrane referaty przygotowane na potrzeby łódzkiej konferencji zatytułowanej *Alkoholizm i kobieta*, zamieszczone w jednym z tomów „Alkoholologii Łódzkiej”⁴, czy *Klinika alkoholizmu u kobiet* Krystyny Łęczycyckiej⁵. Kolejne lata przyniosły tylko stosunkowo niewielki dorobek teoretyków i badaczy tej problematyki (będzie o nich mowa w podrozdziale 3.1.). Zaniedbania w tym zakresie stanowiły więc kolejny argument przemawiający za eksploracją tej nieco pomijanej tematyki. Ponieważ kobiecy sposób borykania się z własnymi problemami alkoholowymi wydaje się szczególnie interesujący, stąd podjęcie przeze mnie próby jego diagnozy i analizy kształtowania się sytuacji życiowej kobiet, warunkowanej najpierw ich problemem alkoholowym, a następnie decyzją o podjęciu i utrzymaniu abstynencji przybierającej w miarę upływu czasu (i wkładanego wysiłku) postać zdrowienia.

Chociaż na temat alkoholu prowadzone są liczne i zróżnicowane rozważania, to przedmiotem mojego zainteresowania jest jednak tylko pewien

³ B. Ałapin, *Pięćset przypadków alkoholizmu u kobiet*, Warszawa 1965. Autor dokonał analizy historii 500 kobiet ze stwierdzonym alkoholizmem w zakresie jego etiologii, przebiegu, konsekwencji i leczenia.

⁴ Mowa tu o: „Alkoholologia Łódzka” 1967, t. 3, nr 1.

⁵ K. Łęczycycka, *Klinika alkoholizmu u kobiet*, Warszawa 1972. W publikacji tej autorka dokonała przeglądu (kompletnego?) piśmiennictwa polskiego dotyczącego zagadnienia kobiecego alkoholizmu w przedziale czasowym od lat 20. do 70. ubiegłego wieku, jak również przeprowadziła własne badania (somatyczne, neurologiczne i psychiatryczne 100 kobiet i 100 mężczyzn podejmujących leczenie szpitalne z powodu zdiagnozowanego alkoholizmu, dodając do próby badawczej 100 kobiet z zaburzeniami psychicznymi, niedotkniętych chorobą alkoholową, potraktowanych jako grupa kontrolna).

aspekt jego obecności w doświadczeniu społecznym. Dokonując analiz, przyjmuję ujęcie charakterystyczne dla nauk społecznych (choć problemem tym interesują się również inne nauki). Obecność tego problemu należy jednak postrzegać tak w doświadczeniu indywidualnym, jak i społecznym, bowiem zarówno indywidualne doświadczenia mają swe źródło w społecznym wymiarze problemu alkoholowego, jak i ten z kolei w swojej swoistej dialektyce wyznacza indywidualne losy uwikłanych weń jednostek, w tym również i kobiet.

Wyjaśnienia wymaga stosowane przeze mnie określenie „problemy alkoholowe”. Za Eugeniuszem Moczukiem można je rozumieć jako „całokształt szkód, jakie występują bezpośrednio u osób pijących alkohol, członków ich rodzin oraz pozostałych członków społeczeństwa, wymagających działań zmierzających do zmniejszenia rozmiarów lub wyeliminowania tego zjawiska”⁶. Uwikłanie w destrukcyjną siłę alkoholu trzeba przy tym widzieć szeroko, tak jak podpowiada DSM-5, tj. jako zaburzenia związane z używaniem alkoholu (*alcohol use disorder*), o różnym stopniu ich nasilenia – w postaci: łagodnej, umiarkowanej i ciężkiej (więcej o tym w podrozdziale 1.3.).

Choć w rozważaniach sięgam do dorobku kilku dyscyplin naukowych, w których podejmowane są wyjaśnienia i interpretacje interesujących mnie obszarów tematycznych, swoje rozważania sytuuję przede wszystkim w obrębie pedagogiki społecznej, bo z nią identyfikuję się najsilniej. Taki punkt widzenia i analizowania podejmowanej problematyki nakazuje koncentrację uwagi badacza na środowisku, które – w założeniach pedagogiki społecznej – silnie warunkuje kształt sytuacji życiowej oraz wartości, dążeń, potrzeb i wyborów żyjących w nim osób. Jak dodaje Anna Nowak, „zachowanie każdego człowieka zależy nie tylko od cech osobowości, właściwości i stanu środowiska, ale także od rozpatrywanej szerzej jego osobistej sytuacji jako układu wzajemnych stosunków, interakcji z innymi elementami tego środowiska, które należy rozumieć jako ważne, bo już zdobyte, teraźniejsze lub dopiero przyszłe życiowe doświadczenia”⁷. Decydując się na takie ujęcie, w centrum moich zainteresowań umieściłam środowiskowe uwikłania oraz uwarunkowania procesu uzależniania się alkoholowego kobiet – począwszy od inicjacji alkoholowej, poprzez stopniowe swoiste ubezwłasnowalnianie przez alkohol, aż po próby wychodzenia z uzależnienia od niego.

Problem alkoholowy sytuuję w kontekście teoretycznym, który stanowią teorie problemów społecznych (w rozdziale I). Jak zauważa Krzysztof Frysztacki: „alkohol jest swoistym punktem wyjścia oraz punktem skupie-

⁶ E. Moczuk, *Postrzeganie problemów alkoholowych przez pracowników pomocy społecznej*, „Problemy Alkoholizmu” 2000, nr 3, s. 8.

⁷ A. Nowak, *Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych*, Katowice 2012, s. 452-453.

nia dla złożonego i coraz silniej definiowanego oraz manifestowanego problemu. Najprościej moglibyśmy skonstatować, że przede wszystkim objawia się to w ogólnej aprobacie dla spożywania alkoholu i zarazem w sprzeciwie wobec jego nadużywania, wynikającym z uświadamiania sobie płynących stąd zagrożeń, zwłaszcza ryzyka alkoholizmu. Jest to formuła w ogólnym ujęciu dopuszczalna, chociaż zwykle rzeczywistość jest bardziej złożona. W tym miejscu interesuje nas oczywiście ta druga strona, alkohol jako czynnik prowadzący do występowania i postrzegania określonych problemów społecznych⁸. Ujęcie interesującego mnie problemu alkoholowego, ze względu na jego przejawy, skalę i dynamikę, wymagało przede wszystkim pokazania jego negatywnych następstw (o różnorodnych charakterze i zakresie). Omówienie społecznego wymiaru tego problemu dopełnia zarysowanie go z perspektywy indywidualnej.

Ponieważ osią tematyczną jest tu kobiecy problem alkoholowy, w rozdziale II ujęłam specyfikę kobiecego używania, nadużywania, uzależniania się i uzależnienia od alkoholu (z wyróżnieniem ich aspektów biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych) oraz ich konsekwencje implikujące konieczność reakcji społecznej. Uwagę poświęciłam również działaniom państwa w tym obszarze, wskazując stosowne akty prawne oraz omawiając działania instytucjonalne podejmowane w związku z problemem alkoholowym (nie tylko kobiecym).

Kolejną część niniejszej publikacji stanowi ukazanie metodologicznych rozstrzygnięć konstytuujących mój autorski projekt badawczy, prezentowany na tle badań empirycznych diagnozujących problem alkoholowy kobiet w Polsce. Zrealizowane badania miały charakter diagnostyczno-weryfikacyjny. Część faktograficzna niniejszej monografii, zgodnie z wcześniej sygnalizowaną pedagogiczno-społeczną perspektywą, zawiera zarysowanie obrazu Poznania jako środowiska wielkomiejskiego, w którym obecny jest problem alkoholowy kobiet, oraz opis podejmowanych w nim prób jego rozwiązywania (wyniki tych analiz zawarto w rozdziale IV), a ponadto efekty rozpoznania sytuacji kobiet uzależnionych od alkoholu, które podjęły lub ukończyły terapię (rezultatom eksploracji tego obszaru badawczego poświęcony został rozdział V). Takie ujęcie wydało się szczególnie interesujące i uprawnione poznawczo, a jego uzasadnienie można znaleźć między innymi w wypowiedzi Krzysztofa Fryszackiego, który stwierdził, że „nie jest to podział na całkowicie wykluczające się części, gdyż z jednej strony zajmowanie się owymi ludzkimi sprawami uwikłane jest w myślenie o ogólniejszych zjawiskach i problemach, a z drugiej strony

⁸ K. Fryszacki, *Socjologia problemów społecznych*, Warszawa 2009, s. 105.

nawet najogólniejsze cechy i prawidłowości zawierają w sobie indywidualizowane kwestie”⁹.

Rozumienie problemów społecznych przyjęłam za Krzysztofem Fryszta-ckim, który definiował je jako „zagrożenie dla wartości, norm społecznych, reguł instytucjonalnych, ogólnego porządku społecznego czy szczególnych interesów, wreszcie w skrajnych przypadkach dla trwania społeczeństwa jako takiego”¹⁰ i który dalej wskazywał na konieczność implikowania za- równo przekonania o możliwości przewyciężenia tego zagrożenia, jak i konkretnych przedsięwzięć w postaci działań zbiorowych¹¹. Ulegając tej sugestii, ostatnią część pracy poświęciłam opisowi form działania podejmowanych w obliczu problemu alkoholowego kobiet, a dokładniej wspie- raniu ich w procesie wychodzenia przez nie z uzależnienia alkoholowego, z ukazaniem realiów i potrzeb w tym zakresie w polskiej rzeczywistości oraz szans optymalizowania tych działań.

Na koniec pozostała mi przyjemność wyrażenia swojej wdzięczności oso- bom, bez których finalizowanie pracy nad tą książką toczyłoby się znacznie trudniej.

Serdeczne podziękowania składam Panu prof. zw. drowi hab. Jerzemu Modrzewskiemu, który wytrwale, od wielu lat, mobilizuje mnie do ciągłych poszukiwań odpowiedzi na Jego prowokujące pytania, powodujące, że oczy- wistości gubią swoją oczywistość.

Osobne słowa podziękowania adresuję do Recenzentki niniejszej publika- cji – Pani prof. zw. dr hab. Ewy Syrek – za czas poświęcony na lekturę i cenne podpowiedzi.

Wyrazy wdzięczności kieruję do Pani Dziekan Wydziału Studiów Edu- kacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu – prof. zw. dr hab. Agnieszki Cybal-Michalskiej – bez której wsparcia finansowego publikacja ta nie ukazałaby się drukiem.

Interesujący materiał badawczy został uzyskany dzięki chęci podzielenia się swoją wiedzą i doświadczeniem przez wytypowanych przeze mnie przed- stawicieli kilku profesji: terapeutów uzależnień, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, asystentów rodziny, osób zatrudnionych w Programie Wsparcia Rodziny oraz kierowniczkę hostelu dla osób uzależnionych i ich ro- dzin, jak również reprezentantów Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania oraz Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia – wszystkim tym osobom składam serdeczne podzię-

⁹ Ibidem, s. 179.

¹⁰ K. Frysztacki, *Problemy społeczne*, (w:) *Encyklopedia socjologii*, t. 3, Warszawa 2000, s. 33.

¹¹ Ibidem, s. 33.

kowania. Jestem także ogromnie wdzięczna szczególnie kilku terapeutkom uzależnień ze środowiska poznańskiego oraz kilkunastu pracownikom socjalnym z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu, z filii Wilda, za pośredniczenie pomiędzy moimi respondentkami a mną. Niezmiernie dziękuję także za otwartość kobiet z jednej z poznańskich grup AA – grupy „Kobiety”, której doświadczyłam podczas kilkakrotnych mityngów otwartych, a także dziękuję wszystkim moim respondentkom wypełniającym kwestionariusz ankiety, którym – szanując ich prawo do anonimowości – nie mogłam dotąd podziękować osobiście.

Z całego serca dziękuję mojemu mężowi. Za wiarę we mnie. Za cierpliwość. Za wyrozumiałość. Za każdą herbatę z cytryną postawioną obok laptopa.

Nie sposób przywołać tu wszystkich osób – członków mojej rodziny i moich przyjaciół – które dopingowały mnie do pracy nad tą publikacją. Dziękuję Wam wszystkim!

Ewa Włodarczyk

ROZDZIAŁ I

Problem alkoholowy i jego identyfikacja na tle teorii problemów społecznych

Pojęcie problemu społecznego – od kilku dekad „zadomowione” w nauce oraz wielokrotnie dyskutowane w mediach i różnych strukturach społecznych – pojawia się także w rozważaniach pedagogów zaniepokojonych zachodzącymi współcześnie przemianami, mającymi swe reperkusje także w obszarze socjalizacji.

Poszukując teoretycznego podłoża dla omawianego tu zagadnienia problemu alkoholowego (zwłaszcza jego społecznego wymiaru), można odnieść się do wielu różnych koncepcji, w tym także socjologicznych. Socjologia problemów społecznych, z której dorobku będę czerpać, to – jak zauważa Krzysztof Frysztacki – znamienny oraz wpływowy pomost między teorią, empirią i praktyką¹². Stanowi to przekonujący argument uzasadniający trafność i zasadność jego wykorzystania w kontekście omawianego problemu alkoholowego.

1.1. Teorie problemów społecznych jako kontekst teoretyczny dla rozważań wokół kwestii alkoholowej

Termin „problem” ma grecki rodowód i oznacza przeszkodę lub trudność; w słownikowym ujęciu rozumiany jest jako poważne zagadnienie, zadanie wymagające rozwiązania, rozstrzygnięcia, sprawa trudna do rozwiązania¹³.

Rekonstruując historię naukowego krystalizowania się pojęcia problemu społecznego, można sięgnąć do kompendium wiedzy na ten temat autorstwa Lucjana Misia. Według niego historia tego pojęcia sięga połowy XIX wieku – wówczas stworzono je, włączono do powszechnego użytku i stosowano

¹² K. Frysztacki, *Socjologia problemów...*, op. cit., s. 15.

¹³ *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1980, s. 601.

w znaczeniu zbliżonym do funkcjonującego obecnie, przy czym pierwotnie pojęcie problemu społecznego było używane w liczbie pojedynczej (problem społeczny, a nie problemy społeczne)¹⁴. „Określenie «problem» zaczęło się pojawiać w pismach angielskich filozofów: Edmunda Burke’a (w kontekście odpowiedzialności państwa i obywateli w sytuacji głodu ubogich warstw społecznych, w 1795 roku) i Johna Stuarta Milla (*social problems* zapisane po raz pierwszy we wstępnej wersji autobiografii w 1854 roku). Około 1835 roku określenie *die soziale Frage* zaczęło być ukazywane przez pisarzy (m.in. Heinricha Heinego) rozpowszechniających idee ruchu «młodych Niemiec». Z Niemiec idee rewolucyjne przeniknęły do Francji, gdzie od 1848 roku określenie *le problème social* zaczęło być szeroko stosowane w polityce i publicystyce. To, co było szczególnego, to stosowanie określenia «problem społeczny» (zarówno w języku angielskim, niemieckim, jak i francuskim), przez co rozumiano «problem» nierównej dystrybucji bogactwa w ogólności lub stosunek pracy do kapitału. (...) W późniejszych latach określenie «problem społeczny» było używane nadal w liczbie pojedynczej, głównie przez krytyków literackich i społecznych oraz pionierów myśli socjologicznej. Znaczenie tego terminu odnosiło się w dalszym ciągu do relacji pomiędzy Pracą a Kapitałem (posługując się ówczesnym słownictwem), czyli pomiędzy siłą najemną a pracodawcami. (...) W latach 90. XIX wieku w USA nastąpił prawdziwy «wysyp» książek omawiających problemy społeczne. (...) W XX wieku rozpowszechniło się użycie określenia «problemy społeczne» w miejsce «problemu społecznego». (...) Chociaż prace zatytułowane *Social problems* pojawiały się wcześniej, to nie wszystkie miały charakter socjologiczny. (...) W okresie I wojny światowej prace na temat stały się liczne (...). XIX-wieczny Problem Społeczny (pisany wielkimi literami) zmienił się w XX-wieczne problemy społeczne (pisane małymi literami). W dodatku na początku XX wieku uniwersytety w USA były głównym ośrodkiem odkrywania problemów społecznych, a pod koniec stulecia głównym miejscem «kreowania» problemów społecznych¹⁵. Pojęcie ponownie zyskało na ważności trzy dekady później, gdy wzrost znaczenia problemów społecznych w życiu przeciętnych obywateli wzmocnił doniosłość pracy badawczej socjologów oraz przedstawicieli profesji pomocowych, przede wszystkim pracowników socjalnych¹⁶. „W USA w latach 60. XX wieku nastąpił swoistego rodzaju «szczyt» popularności koncepcji problemów społecznych i wiary w możliwość naukowego rozwiązania większości dolegliwości życia zbiorowego. W następnych dziesięcioleciach sława pojęcia (...) i wiara w moc nauki dla poprawy warunków społecznych stopniowo się zmniejszały. Nie oznaczało to jednak porzucenia problematyki

¹⁴ L. Miś, *Problemy społeczne. Teoria, metodologia, badania*, Kraków 2007, s. 25.

¹⁵ Ibidem, s. 25-27.

¹⁶ Ibidem, s. 28.

i zastosowania całkowicie odmiennego paradygmatu. W latach 70. XX wieku amerykańscy socjologowie, zaciekawieni problemami społecznymi, budowali nowe teorie¹⁷, stojące w opozycji do dawniejszych prób konceptualizowania zjawiska, oraz podejmowali wysiłki w zakresie metodologii i doskonalenia badań empirycznych. Wtedy też rozwinęła się technika badań sondażowych i upowszechniło się diagnozowanie lokalnych czy regionalnych problemów społecznych za pomocą badań opinii publicznej¹⁸.

W ten stopniowy rozwój zorientowanego socjologicznie zainteresowania problemami społecznymi wpisały się narodziny socjologii stosowanej, powiązane z ukazaniem się dzieła Lestera F. Warda¹⁹, w którym wskazał on możliwości rozwijania kierunków i sposobów interwencji na rzecz osiągnięcia społecznej poprawy²⁰.

Zestawienia licznych koncepcji problemów społecznych o amerykańskim rodowodzie dokonał w 1943 roku Charles Wright Mills²¹. Szerzej zakrojoną próbę usystematyzowania wielu teorii problemów społecznych podjęli niecałe półwiecze później Earl Rubington i Martin S. Weinberg, w oparciu o pięć kryteriów: definicji (natury) problemu, przyczyn (czynników sprawczych) problemu, warunków sprzyjających zaistnieniu problemu, skutków problemu oraz proponowanych rozwiązań, wyróżniając siedem perspektyw teoretycznych: perspektywę patologii społecznej (dominującą w początkowym okresie socjologicznego myślenia o problemach społecznych), perspektywę dezorganizacji społecznej, perspektywę konfliktu wartości, perspektywę zachowań dewiacyjnych, perspektywę naznaczania (etykietowania), perspektywę krytyczną oraz perspektywę konstrukcjonistyczną²². Katalog stanowisk teoretycznych dotyczących problemów społecznych stworzył także Ronald W. Maris, wskazując następujące podejścia wywodzące się z ogólnej socjologii teoretycznej: wymianę, strukturalizm, konflikt, symboliczną interakcję

¹⁷ Tutaj L. Miś jako przykłady podaje dwie pozycje: H. Blumer, *Social Problems as Collective Behaviour*, „Social Problems” 1971, vol. 18 oraz A. Etzioni, *Social Problems*, New York 1976.

¹⁸ L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 28-29.

¹⁹ L.F. Ward, *Applied Sociology. A Treatise on the Conscious Improvement of Society by Society*, Boston 1906.

²⁰ Sugestia za: K. Frysztański, *Rozwój, właściwości i znaczenie socjologii stosowanej*, (w:) idem (red.), *Z zagadnień socjologii stosowanej*, Kraków 1996, s. 14.

²¹ C.W. Mills, *The Professional Ideology of Social Pathologists*, „American Journal of Sociology” 1943, t. 49, nr 2, za: K. Frieske, *Teoretyczne opcje socjologii problemów społecznych*, (w:) *Socjologia problemów społecznych. Teorie i rzeczywistość*, Wrocław 1987, s. 124-125.

²² E. Rubington, M.S. Weinberg, *The Study of Social Problems. Seven Perspectives*, Oxford 1995. Omówienie w: R. Sobiech, *Dylematy teoretycznych koncepcji problemów społecznych*, (w:) B. Rysz-Kowalczyk (wybr. i oprac.), *Studia o kwestiach społecznych*, Warszawa 1991, s. 42-45; K. Frieske, *Teoretyczne opcje...*, op. cit., s. 108 i nast.; L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 46 i nast.; K. Frysztański, *Socjologia problemów...*, op. cit., s. 41-42; A. Słaboń, *Problemy społeczne – aspekty teoretyczne*, (w:) A. Karwińska (red.), *Problemy społeczne jako wyzwania dla polityki społecznej w Polsce*, Kraków 2013, s. 54-62.

i naznaczenie, funkcjonalizm, dewiację oraz biologię/socjobiologię²³. Kilka lat później podobnego zadania podjęli się Norman K. Denzin i Yvonna S. Lincoln, którzy w oparciu o przyjętą metodologię wyróżnili: pozytywizm, postpozytywizm, teorię krytyczną, konstrukcjonizm oraz model uczestnictwa²⁴. Jak zauważył Lucjan Miś, ta wielość i zróżnicowanie dowodzi pluralizmu teorii problemów społecznych²⁵, pozwalając stwierdzić, że nie istnieje jedna teoria problemów społecznych²⁶.

Odniesienie do obecności i rozwoju pojęcia problemu społecznego w amerykańskich warunkach nie jest przypadkowe, gdyż problematyka ta stanowi swoistą *spécialité de la maison* amerykańskiej socjologii, ponieważ to właśnie tamtejsi badacze, uformowani przez tradycję pragmatyzmu Williama Jamesa i Johna Deweya, podejmowali próby zdefiniowania tego pojęcia, empirycznej weryfikacji teorii i doskonalenia narzędzi badawczych, co następnie zostało przyjęte i zreprodukowane lub rozwinięte przez socjologów z innych kontynentów²⁷. Charakterystyczne w rozważaniach amerykańskich socjologów było nastawienie na badanie i tworzenie strategii radzenia sobie z problemami społecznymi (jako konsekwencja pozostawania pod wpływem pragmatyzmu), znajdujące wyraz między innymi w utworzeniu w 1952 roku Stowarzyszenia Badania Problemów Społecznych (Society for the Study of Social Problems – SSSP) czy też czasopisma naukowego „Social Problems”²⁸. Współcześnie problematyce tej uwagę poświęcali m.in. George Ritzer²⁹ i James Coleman³⁰.

Przyjrząwszy się historii rozwoju amerykańskiej socjologii problemów społecznych, warto zaznaczyć, że poszukiwania, analizy i rozstrzygnięcia definicyjne w tym zakresie dokonywały się również na gruncie polskim. Na zagadnieniu tym koncentrowali się w swoich rozważaniach naukowych m.in.: Janusz Sztumski³¹, Kazimierz Frieske³², Robert Sobiech³³, Kazimierz Frieske z Robertem

²³ R.W. Maris, *Social Problems*, Chicago 1988; omówienie w: K. Frysztacki, *Socjologia problemów społecznych*, Warszawa 2009, s. 46-50.

²⁴ N.K. Denzin i Y.S. Lincoln, *Methodological Issues in the Study of Social Problems*, (w:) G. Ritzer (ed.), *Handbook of Social Problems. A Comparative International Perspective*, Thousand Oaks 2004. Krótkie omówienie w: L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 61-62.

²⁵ L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 63

²⁶ Do podobnych wniosków doszli wcześniej: Don Martindale (1957) i Joel Best (2004); za: L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 65

²⁷ L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 63.

²⁸ Za: ibidem, s. 20.

²⁹ G. Ritzer, *Handbook of Social...*, op. cit..

³⁰ J.W. Coleman, H.R. Kerbo, *Social Problems*, New Jersey 2002.

³¹ J. Sztumski, *Problem społeczny jako przedmiot badań socjologii*, „Studia Socjologiczne” 1977, nr 3.

³² K. Frieske, *Teoretyczne opcje socjologii...*, op. cit.

³³ R. Sobiech, *Dylematy teoretycznych koncepcji...*, op. cit.

Sobiechem³⁴, Barbara A. Sterniczuk-Brakoniecka³⁵, Barbara Rysz-Kowalczyk³⁶, Krzysztof Frysztacki³⁷, Krzysztof Gorlach³⁸, Marian Malikowski³⁹, Jan Danec-ki⁴⁰, Jerzy Kwaśniewski⁴¹, Andrzej Przyemeński⁴² czy Lucjan Miś⁴³.

Problemy społeczne stanowią też obszar zainteresowania polityki społecznej. Znaczący wkład w ich opis i analizy wnieśli m.in.: Julian Auleytner⁴⁴, Władysław Ratyński⁴⁵ czy Grażyna Firlit-Fesnak i Małgorzata Szyłko-Skoczny⁴⁶.

Również uwaga pedagogów, w tym pedagogów społecznych, skoncentrowana jest na problemach społecznych. Ich zainteresowanie wpływa tutaj z troski i zaniepokojenia istniejącym stanem rzeczy, a wsparte jest poszukiwaniami sposobów optymalizacji działań z zaangażowaniem sił społecznych działających w środowisku lokalnym⁴⁷. Z bogatego dorobku tej dyscypliny warto wskazać publikacje następujących autorów: Ireny Lepalczyk i Tadeusza Pilcha⁴⁸, Andrzeja Radziewicza-Winnickiego⁴⁹, Stanisława Kawuli⁵⁰, Ewy Marynowicz-Hetki⁵¹, Ewy Syrek⁵², Ewy Jarosz i Anny

³⁴ K. Frieske, R. Sobiech, *Pijaństwo. Interpretacje problemu społecznego*, Warszawa 1984; K. Frieske, R. Sobiech, *Narkomania. Interpretacje problemu społecznego*, Warszawa 1987.

³⁵ B.A. Sterniczuk-Brakoniecka, *Obraz problemów społecznych w polskiej socjologii miasta*, „Studia Socjologiczne” 1981, nr 1.

³⁶ B. Rysz-Kowalczyk, *Kwestie społeczne w ujęciu teorii ciągu życia*, (w:) eadem (wybr. i oprac.), *Studia o kwestiach społecznych*, Warszawa 1991; eadem, *Teoria kwestii i problemów społecznych*, (w:) G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa 2008.

³⁷ K. Frysztacki, *Rozwój, właściwości i znaczenie...*, op. cit.; idem, *Socjologia problemów...*, op. cit.

³⁸ K. Gorlach, *Społeczne mechanizmy genezy i identyfikacji problemów społecznych*, (w:) K. Czeka-ki, K. Gorlach, M. Leśniak (red.), *Labirynty współczesnego społeczeństwa. Kluczowe problemy społeczne w kształceniu pracowników socjalnych*, Warszawa 1996.

³⁹ M. Malikowski (red.), *Problemy społeczne w okresie zmian systemowych w Polsce*, Rzeszów 1997.

⁴⁰ J. Danecki, *Kwestie społeczne. Wybrane zagadnienia teoretyczne*, (w:) K. Gorlach, A.M. Pyrc (red.), *Węzłowe kwestie społeczne wsi polskiej u progu XXI wieku*, Kraków 2000.

⁴¹ Za: J. Kwaśniewski (red.), *Badania problemów społecznych*, Warszawa 2006.

⁴² A. Przyemeński, *Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej*, Poznań 2001.

⁴³ L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit.

⁴⁴ Np. J. Auleytner, *Polityka społeczna czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Warszawa 2002; J. Auleytner, K. Głębicka, *Polskie kwestie socjalne na przelomie wieków*, Warszawa 2001.

⁴⁵ Np. W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 1 i 2, Warszawa 2003.

⁴⁶ G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa 2008.

⁴⁷ O siłach społecznych, które pozwalają kształtować i przekształcać środowisko, patrz. np. E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Warszawa 2006, s. 65-72.

⁴⁸ T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna: człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa 2003.

⁴⁹ A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*, Warszawa 2008.

⁵⁰ S. Kawula, *Pedagogika społeczna w społeczeństwie ryzyka*, Olsztyn 2004.

⁵¹ E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Warszawa 2006; eadem, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 2, Warszawa 2007.

⁵² E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia: perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Katowice 2008.

Nowak⁵³, Anny Nowak i Ewy Wysockiej⁵⁴, Wiolety Danilewicz⁵⁵, Jerzego Modrzewskiego⁵⁶ czy Wiesława Ambrozika⁵⁷. Zarówno monografie, jak i interesujące prace zbiorowe⁵⁸ zawierają liczne wskazania i diagnozy wraz z propozycjami łagodzenia czy rozwiązywania określonych problemów społecznych.

Zainteresowanie problemami społecznymi rejestrowane jest także wśród psychologów⁵⁹ od połowy XX wieku, a ogniskuje się ono głównie na ich rozwiązywaniu, wpisawszy się wcześniej w wybraną perspektywę (np. behawioryzmu, klinicznej psychologii społecznej czy rozwojowej psychologii społecznej)⁶⁰. Zaistniałe zróżnicowanie stanowisk w psychologicznym teoretycznym ujmowaniu problemów społecznych próbował pogodzić Stanisław

⁵³ E. Jarosz, A. Nowak, *Dzieci ofiary przemocy w rodzinie: raport Rzecznika Praw Dziecka: funkcjonowanie znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*, Warszawa 2012.

⁵⁴ A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie: elementy patologii społecznej i kryminologii*, Katowice 2001.

⁵⁵ W. Danilewicz, *Pedagogika społeczna w poszukiwaniu i budowaniu nowej rzeczywistości – perspektywa czasu i przestrzeni*, (w:) M. Sobecki (red.), *Pedagogika wobec wyzwań współczesności. Humanistyczny wymiar kapitału ludzkiego*, Łomża 2010.

⁵⁶ J. Modrzewski, A. Matysiak-Błaszczyk, *Odmiany współczesnego polskiego problemu rodzinnego*, (w:) M. Piorunek, J. Kozielska, A. Skowrońska-Pućka (red.), *Rodzina – młodzież – dziecko. Szkice z teorii i praktyki pomocy psychopedagogicznej i socjalnej*, Poznań 2013.

⁵⁷ W. Ambrozik, *Sytuacja społeczna dziecka rodziny alkoholicznej w kulturowo zaniedbanym rejonie wielkiego miasta*, Poznań 1983.

⁵⁸ Godnymi polecenia są m.in.: K. Marzec-Holka (red.), *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, Bydgoszcz 2005; B. Kromolicka, A. Radziejewicz-Winnicki, M. Noszczyk-Bernasiewicz (red.), *Pedagogika społeczna w Polsce po 1989 roku. Przemiany w nauce, obecność międzynarodowa, kręgi tematyczne prac badawczych*, Katowice 2007; B. Kromolicka (red.), *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*, Szczecin 2008; K. Marzec-Holka, A. Rutkowska, M. Joachimowska (red.), *Praca socjalna i polityka społeczna: obszary współdziałania wobec wykluczenia społecznego*, Bydgoszcz 2008; K. Marzec-Holka (red.), *Kapitał społeczny a nierówność – kumulacja i redystrybucja*, Bydgoszcz 2009; B. Matyjas (red.), *Współczesne problemy pedagogiki społecznej i pracy socjalnej: wybrane zagadnienia w świetle analiz i badań*, Kielce 2007; T. Frąckowiak (red.), *Arytmia egzystencji społecznej a wychowanie*, Warszawa 2011; E. Włodarczyk, I. Cytlak (red.), *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, Poznań 2011; K. Białobrzeska, C. Kurkowski (red.), *Zagrożone człowieczeństwo, t. 1: Zagrożenia w obszarze rodziny, dzieciństwa i okresu dorastania*, Kraków 2012; E. Kantowicz, G. Orzechowska (red.), *Zagrożone człowieczeństwo, t. 2: Obszary zagrożeń człowieka w realiach współczesności*, Kraków 2012; A. Matysiak-Błaszczyk, J. Modrzewski (red.), *Socjalizacja dysocjacyjna w doświadczeniu indywidualnym i społecznym. Inspiracje teoretyczne i próby pedagogicznych ingerencji*, Poznań-Kalisz 2012; T. Pilch, T. Sosnowski (red.), *Zagrożenia człowieka i idei sprawiedliwości społecznej*, Warszawa 2013; W. Danilewicz, M. Sobecki, T. Sosnowski (red.), *Środowisko – zasoby – profesjonalizacja: pedagogika społeczna wobec zmian przestrzeni życia społecznego*, Warszawa 2013; W. Danilewicz, W. Theiss (red.), *Pedagogika społeczna wobec zagrożeń człowieka i idei sprawiedliwości społecznej*, Warszawa 2014; J. Spletana, D. Krzysztofiak, E. Włodarczyk (red.), *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*, Kraków 2016.

⁵⁹ Patrz. np. S. Kowalik, H. Sęk (red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych*, Poznań 1999; J. Miluska (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych*, Poznań 1998.

⁶⁰ Za: L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 23, 24.

Kowalik⁶¹, tworząc schemat myślenia teoretycznego, w ramach którego zawarł cztery elementy problemu społecznego, traktując każdy z wyróżnionych czynników jako warunek niezbędny do zaistnienia problemu, a także jako kryterium jego wyróżnienia. Są nimi: środowisko, efekty indywidualnego lub zbiorowego działania ukierunkowanego na modyfikowanie tego środowiska, percepcja skuteczności lub nieskuteczności własnego działania oraz tendencja do przeorganizowania własnego działania⁶². Proces tworzenia się problemów społecznych przebiegałby zatem następująco: warunkiem wstępnym jest utrata dotychczasowej stabilności środowiska, w jej efekcie pogorszenie jakości życia obecnych w nim osób, rozpoznających własną nieskuteczność działań zmierzających do jej przywrócenia i ocenę możliwości dalszego postępowania, w wyniku której pojawi się tendencja do wspólnego działania, realizowanego w celu usunięcia zagrożenia jakości życia (przy czym dwa spośród tych kryteriów wydają się zasadniczymi: kryterium percepcyjne związane z rozpoznaniem własnej nieskuteczności działania oraz kryterium behawioralne związane z przestrukturalizowaniem dotychczasowego postępowania)⁶³.

Preferowane tu socjologiczne ujęcie problemu społecznego uzasadnione jest tym, że „historia socjologicznego myślenia o problemach społecznych pokazuje, że bogactwu problemów odpowiada bogactwo pomysłów i perspektyw teoretycznych, które próbują uchwycić centralne właściwości doświadczenia społecznego określanego jako problem społeczny”⁶⁴, a przy tym „pojęcie problemów społecznych i właściwe mu zagadnienia oraz socjologiczne podejścia to swoisty parasol, pod którym jest miejsce dla szczególniejszych, z różnych powodów odmiennych, kategorii i zawartych w nich treści”⁶⁵, jak również ze względu na bliskie relacje socjologii i interesującej mnie pedagogiki społecznej oraz punkty stykowe w polach zainteresowań obu tych dyscyplin. Jednocześnie nie zamierzam interpretować obcojęzycznych pozycji książkowych z zakresu zróżnicowanych socjologicznych nurtów myślenia o problemach społecznych, a dosłowne i obszernie cytowanie autorytetów naukowych, które uczyniły to wcześniej, uważam za odtwórcze i mało kreatywne. Ograniczę się więc jedynie do zasygnalizowania najważniejszych ujęć.

⁶¹ Przykłady kilku zróżnicowanych, zabarwionych psychologicznie definicji problemów społecznych patrz w: S. Kowalik, *Rozwiązywanie problemów społecznych w zbiorowościach zorganizowanych i spontanicznych*, (w:) H. Sęk, S. Kowalik (red.), *Psychologiczny kontekst...*, op. cit., s. 17-18.

⁶² Ibidem, s. 18-19.

⁶³ Ibidem, s. 20.

⁶⁴ L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 64.

⁶⁵ K. Frysztański, *Socjologia problemów...*, op. cit., s. 29.

Obierając socjologiczną perspektywę dla analizowania problemów społecznych, za Krzysztofem Gorlachem następująco można dookreślić specyfikę takiego ich ujmowania: świat społeczny, bez względu na okres historyczny i typ społeczeństwa, zawsze jest pełen problemów społecznych, które trzeba uchwycić i próbować zrozumieć, a które mają swoją dynamikę i logikę rozwoju oraz które wpływają na codzienne życie ludzi, stają się ważnym czynnikiem określającym ludzkie emocje, postawy, kulturę i świadomość danej grupy społecznej, poziom jej zaangażowania w życiu publicznym itp.⁶⁶

Problemy społeczne przechodzą przez pewne fazy. Malcolm Spector i John Kitsuse⁶⁷ wyróżnili cztery stadia ich rozwoju. Pierwsze rozpoczyna się wówczas, gdy pewne warunki rzeczywistości społecznej są postrzegane jako niepożądane, zagrażające cennym wartościom czy powodujące mniej lub bardziej wymierne straty oraz gdy pojawiają się jednostki lub grupy osób zainteresowane zmianą tego stanu rzeczy. Drugie stadium rozpoczyna się wraz z pojawieniem się reakcji instytucji na wysuwane postulaty, której towarzyszą pogłębione badania, tworzenie wyspecjalizowanych agend oraz opracowywanie koncepcji rozwiązania problemu. Działania instytucji – w zależności od społecznej presji i stopnia zainteresowania zagadnieniem – przybierają formy od biernego uznania zasadności roszczeń i pozorowanej aktywności po faktyczne działanie i przeciwdziałanie. Brak reakcji ze strony oficjalnych agend może wywołać albo ponowne formułowanie roszczeń dotyczących sposobów rozwiązania problemu społecznego, albo ugruntowanie w świadomości społecznej przekonania o niemożności skutecznego rozwiązania danej kwestii społecznej w ramach istniejącego systemu. Stąd też kolejne stadium następuje w sytuacji, gdy aktywność jest coraz słabiej kierowana na korygowanie działań instytucjonalnych, a koncentruje się na poszukiwaniu alternatywnych strategii, idąc albo w kierunku dążenia do tworzenia nowych instytucji czy rozwiązań mających przyczynić się do korekty istniejącego systemu, albo w kierunku tworzenia takich form przeciwdziałania, które sytuowane byłyby na obrzeżach systemu lub poza nim.

Problemy społeczne można ujmować na dwa sposoby: szeroko bądź wąsko. W rozumieniu Janusza Sztumskiego szersze ujmowanie stosowane jest do określenia różnych zjawisk będących aktualnie lub potencjalnie przedmiotem zainteresowań socjologii lub innej nauki z obrębu nauk społecznych, natomiast węższym terminem „problemy społeczne” określił on te zjawiska i zdarzenia, które wywołują określony rezonans w świadomości ludzi danego społeczeństwa lub społeczności i które nie dają się pogodzić z powszechnie uznanymi w danym społeczeństwie normami, standardami czy wartościami

⁶⁶ K. Gorlach, *Społeczne mechanizmy genezy...*, op. cit., s. 63.

⁶⁷ Opis za: M. Spector, J. Kitsuse, *Constructing Social Problems*, Kalifornia 1977; opis stadiów za: R. Sobiech, *Dylematy teoretycznych koncepcji...*, op. cit., s. 53-54.

oraz co do których istnieje przekonanie, że mogą być rozwiązane lub przewyżnione poprzez aktywność społeczną⁶⁸.

Dynamika rozwoju teorii problemów społecznych, intensyfikowana przez reprezentantów różnych dyscyplin naukowych, dokumentowana w pozycjach książkowych i na łamach czasopism, utrudnia wyczerpujący ogląd dorobku piśmienniczego z zakresu tej problematyki. Zamierzając badać problemy społeczne, ciężąc przy tym ku socjologii, należy we wstępnej fazie pracy dokonać wyboru określonego stanowiska teoretycznego, zdefiniowanego w obiektywnych lub subiektywnych teoriach⁶⁹. Już w latach 80. XX wieku Ronald W. Maris⁷⁰ (kilka lat później także Philips Jenkins⁷¹) sugerował, by analizy problemów społecznych dokonywać z jednej z dwóch możliwych perspektyw: obiektywistycznej (inaczej zewnętrznej), akcentującej obiektywny charakter zjawisk rodzących problemy, bądź subiektywistycznej, skupiającej się na reakcjach ludzkich wobec sytuacji, w której aktualnie się znajdują.

W ujęciu obiektywistycznym problemy społeczne są istniejącymi obiektywnie faktami społecznymi. Opiera się ono na założeniu, że „różne zjawiska czy zachowania są problemami niezależnie od subiektywnych ocen lub też, że dadzą się zidentyfikować przy pomocy kryteriów uważanych za obiektywne lub obiektywizujące, jak np. cele rozwoju społecznego czy dobro ogółu”⁷². Podejście to polega więc „na traktowaniu problemów społecznych jako pewnej klasy zjawisk społecznych, które można wyróżnić na podstawie przysługujących im intersubiektywnie stwierdzalnych cech. Wydaje się ono bardzo atrakcyjne poznawczo, pozwala bowiem na ściśle określenie pola badawczego oraz na przeprowadzenie badań porównawczych w różnych społeczeństwach”⁷³. Można zatem „zajmować się problemami społecznymi w konwencji szczególnych warunków społecznych, które są odmienne od innych, nieproblemowych. Różnice te są istotne, mają wymiar zobiektywizowany, nie można ich sprowadzać do różnic w subiektywnym postrzeganiu rzeczywistości”⁷⁴. W ten sposób identyfikowano problemy społeczne na przykład w PRL, gdy Rada Państwa, opierając się na uprzednich postanowieniach KC PZPR, ogłaszała uchwały zawierające wykazy aktualnych zjawisk patologicznych, zagrażających rozwojowi społeczeństwa socjalistycznego; innym przykładem może być wykaz czynów zawarty w kodeksie karnym, lista

⁶⁸ J. Sztumski, *Problem społeczny jako...*, op. cit., s. 215.

⁶⁹ Sugestia L. Misia, patrz. idem, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 23.

⁷⁰ R.W. Maris, *Social Problems...*, op. cit.

⁷¹ P. Jenkins, *Intimate Enemies. Moral Panics in Contemporary Great Britain*, New York 1992.

⁷² J. Kwaśniewski, *Badania problemów społecznych*, (w:) idem (red.), *Badania problemów...*, op. cit., s. 9.

⁷³ M.K. Mlicki, *Procesy identyfikacji problemów społecznych*, (w:) *Socjologia problemów społecznych. Teorie i rzeczywistość*, Wrocław 1987, s. 9.

⁷⁴ L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 23.

„trudnych sytuacji życiowych” zamieszczona w *Ustawie o pomocy społecznej*⁷⁵ czy też wykazy problemów, zagrożeń albo zadań zawarte w programach polityki społecznej państwa lub w programach partii politycznych⁷⁶.

Konwencja subiektywistyczna zakłada natomiast, że problemy społeczne to konstrukcje tworzone przez członków zbiorowości⁷⁷ lub inaczej: dane sytuacje czy zaburzenia (nieprawidłowości w życiu społecznym) stają się problemami społecznymi, gdy zaistnieją jako takie w świadomości członków danego społeczeństwa, gdy zostaną przez nich jako takie rozpoznane i uznane za wymagające jakichś reakcji czy podjęcia prób rozwiązania⁷⁸, i w ten sposób publiczna definicja sytuacji decyduje o wyłonieniu się problemu społecznego⁷⁹. Zatem nic „nie może być uznane za problem właśnie społeczny, zanim nie zostanie tak osądzone przez decydujący szereg osób w otaczającym porządku społecznym. Dodajmy, że te społeczne przekonania nadają poszczególnym zdarzeniom znamię problemowości, swoistego rozziwu między tym, jak rzeczy się mają, a tym, jak się mieć powinny. Przekonania te wyrastają naturalnie z konkretnych sytuacji i związanych z nimi doświadczeń. Są zatem pokłosiem tego, co się dzieje, oraz tego, co o tym się myśli, jak się to w sensie aksjonormatywnym interpretuje”⁸⁰. Ten subiektywny sposób identyfikacji problemów społecznych dopuszcza nawet „uznawanie rozmaitych zjawisk i zachowań za problemy społeczne niezależnie od tego, ilu i jakich ludzi tak owe zjawiska ocenia; w szczególnych przypadkach problemem społecznym może być zjawisko, które jako problem przez innych w ogóle nie jest dostrzegane, bądź zjawisko, które w ogóle nie istnieje”⁸¹. To wskazane powyżej rozpoznawanie problemów społecznych odbywa się bowiem na różne sposoby, przynajmniej na cztery, tj. poprzez odwołanie się: do opinii publicznej, czyli do stanowiska członków danego społeczeństwa, do opinii osób zajmujących eksponowane pozycje w danym społeczeństwie, do opinii ekspertów oraz do istnienia w danym społeczeństwie ruchów i inicjatyw społecznych będących spontanicznymi reakcjami ludzi na rozmaite problemy; każdy z tych sposobów ma swoich zwolenników i każdy też kryje w sobie pewne niebezpieczeństwa⁸². To, co jawi się w opinii jednych jako problem społeczny, umyka uwadze innych; inna jest perspektywa specjalistów, ekspertów, inna bywa ludzi uwikłanych we własne trudne sytuacje życiowe. Zwrócił już na to uwagę Robert K. Merton i doko-

⁷⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. z 2016 r. poz. 930).

⁷⁶ Za: J. Kwaśniewski, *Badania problemów społecznych...*, op. cit., s. 7-9.

⁷⁷ L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit. 23.

⁷⁸ K. Gorlach, *Społeczne mechanizmy genezy...*, op. cit., s. 63-64.

⁷⁹ E. Hałas, *Problemy nierówności społecznych w perspektywie symbolicznego interakcjonizmu*, „Roczniki Nauk Społecznych” 1987, t. 15, z. 1, s. 145.

⁸⁰ K. Frysztański, *Socjologia problemów...*, op. cit., s. 18.

⁸¹ J. Kwaśniewski, *Badania problemów...*, op. cit., s. 9.

⁸² K. Gorlach, *Społeczne mechanizmy genezy...*, op. cit., 64-66.

nał rozróżnienia na cztery typy możliwych sytuacji: 1) gdy „zwykli” ludzie są zgodni z ekspertami, że istnieje problem, można mówić o jawnym problemie społecznym; 2) gdy zdaniem „zwykłych” ludzi, w przeciwieństwie do ekspertów, istnieje problem, Merton proponował, by nazwać to fałszywym problemem społecznym; 3) gdy „zwykli” ludzie nie dostrzegają problemu, sygnalizowanego przez profesjonalistów, mowa jest wówczas o ukrytym problemie społecznym; 4) gdy „zwykli” ludzie są jednomyślni z ekspertami, że nie ma problemów społecznych, sytuację tę można nazwać normalnym stanem społeczeństwa⁸³.

Wspomnianą wyżej propozycję Ronalda W. Marisa z czasem rozszerzono, sugerując, by problemy życia zbiorowego definiować na trzy sposoby, a zatem oprócz obiektywnego i subiektywnego wprowadzono jeszcze sposób obiektywno-subiektywny. Tenże „polega na odwoływaniu się – w celu ustalenia, które ze zjawisk, zachowań czy procesów są problemami społecznymi – do opinii, przekonań, odczuć i ocen członków społeczeństwa, «przeciętnych obywateli» lub zespołów czy środowisk specjalistów. Zgodnie z tym podejściem, problemami społecznymi są te zjawiska, które jako takie postrzegane i odczuwane są przez znaczącą część członków społeczeństwa. Ustalaniu tego służą sondaże opinii publicznej, konferencje czy dyskusje naukowe, a także publicystyczne. Powstałe w ten sposób obrazy dolegliwości życia zbiorowego, czy przejawów społecznego zła, są oczywiście bardzo różnorodne; zależą zarówno od tego, kiedy badania opinii zostały przeprowadzone, kto jest opiniodawcą, kto bada, jak i od tego, w jaki sposób badanie opinii odbywa się”⁸⁴ (w efekcie czego obrazy wyłaniające się z wyników badań opinii publicznej mogą się różnić w sposób istotny od tych, które zostały wskazane przez specjalistów⁸⁵). Ten proces definiowania problemów społecznych jest zwykle kilkufazowy; w propozycji Herberta Blumera (który za najistotniejsze w orzekaniu o jakimś stanie jako problemie społecznym uważał uznanie sposobu,

⁸³ R.K. Merton, *Social Problems and Sociological Theory*, (w:) R.K. Merton, R.A. Nisbet (red.), *Contemporary Social Problems*, Harcourt, Brace, and World, New York 1961. Przykładem rozważań dotyczących bezrobocia w oparciu o tę propozycję jest monografia: M. Jahoda, P.F. Lazarsfield, H. Meisel, *Bezrobotni Marienthalu*, Warszawa 2007.

Nieco bardziej skomplikowaną propozycję typologizacji problemów społecznych zaproponował Eugeniusz Moczuk, inspirując się pomysłem Mertona i dodając kolejne dwie kategorie osób, do których stanowiska można się odwoływać w celu zakwalifikowania problemu jako społecznego, tj. oprócz „zwykłych” ludzi i ekspertów, dołączył polityków i inicjatywę społeczną, uzyskując w ten sposób 16-elementowe zestawienie, obejmujące różne warianty problemów dostrzegane – w różnych konfiguracjach – przez te cztery gremia. Patrz. E. Moczuk, *Problemy alkoholowe a problemy społeczne – próba zdefiniowania pojęcia*, „Rzeszowskie Zeszyty Naukowe. Prawo – ekonomia (seria prawnicza)” 1997, t. 21, s. 227-229.

⁸⁴ J. Kwaśniewski, *Badania problemów społecznych...*, op. cit., s. 8.

⁸⁵ Ibidem, s. 8. Była o tym mowa już wcześniej – przy rozróżnieniu Mertona na cztery typy problemów społecznych.

w jaki społeczeństwo to czyni) obejmuje: wyłonienie się problemu, społeczne uprawnienie/usankcjonowanie/legitymizację problemu, mobilizację do działania, stworzenie planu działania oraz jego empiryczną realizację⁸⁶.

Próba konsensusu pomiędzy subiektywnym a obiektywnym stanowiskiem w kwestii problemów społecznych jest również między innymi ujęcie Paula B. Hortona i Geralda R. Leskiego, zdaniem których problemem społecznym można nazwać niepożądane społecznie zjawisko, które porusza znaczną część społeczeństwa i wydaje jej się być możliwym do przewyciężenia poprzez działania zbiorowe⁸⁷. Zjawisko – początkowo istniejąc obiektywnie – przeobraża się w subiektywnie odbierany problem społeczny, gdy znajdzie odzwierciedlenie w świadomości członków danej społeczności, spotka się z krytyczną oceną oraz spowoduje intelektualne i emocjonalne zaangażowanie szerszego zbioru ludzi⁸⁸.

Podobnie Richard C. Fuller i Richard R. Myers⁸⁹ zwracali uwagę na to, że każdy problem społeczny musi składać się z obiektywnego warunku i subiektywnych definicji. Warunek obiektywny jest weryfikowalną sytuacją co do istnienia i wielkości (proporcji), stwierdzoną przez bezstronnych i przeszkolonych obserwatorów; znaczącą rolę odgrywają tu wartości kulturowe. Subiektywna definicja wiąże się natomiast z przekonaniem pewnej grupy osób (zrodzonym w oparciu o uznawane przez nie normy społeczne) o tym, że zaistniało zagrożenie dla cenionych przez nie wartości. Obiektywne warunki są konieczne, ale same w sobie nie wystarczą, by konstytuować problem społeczny. Stan uznawany jest za problem, o ile ludzie w niego uwikłani uznają go za takowy.

Analiza szerokiego wachlarza ujęć problemów społecznych, pojawiających się w rodzimej i obcojęzycznej literaturze, prowadzi do wniosku, że każdy z ich autorów opowiada się za jedną z następujących trzech opcji, wpisując się bądź w subiektywne, bądź w obiektywne, bądź w subiektywno-obiektywne stanowisko.

Na inne cechy zjawisk kwalifikowanych jako problemy społeczne (które choć charakteryzują się zmiennością historyczną, niezmiennie budzą gorące dyskusje, zwłaszcza w okresach szybkich zmian społecznych⁹⁰) zwrócili uwagę Kazimierz W. Frieske i Paweł Poławski. Ich zdaniem są one konsekwencjami rozmaitych zakłóceń organizacji życia zbiorowego, naruszających

⁸⁶ H. Blumer, *Social Problems as Collective...*, op. cit., s. 298-306.

⁸⁷ P.B. Horton, G.R. Leslie, *The Sociology of Social Problems*, New York 1970, s. 4; za: J. Sztumski, *Problem społeczny jako...*, op. cit., s. 217-218.

⁸⁸ Za: J. Sztumski, *Problem społeczny jako...*, op. cit., s. 218-219.

⁸⁹ R.C. Fuller, R.R. Myers, *The Natural History of Social Problem*, „American Sociological Review” 1941, nr 6, s. 320.

⁹⁰ K.W. Frieske, P. Poławski, *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*, Katowice 1999, s. 12.

codzienną równowagę i harmonię stosunków międzyludzkich⁹¹. Część z rejestrowanych zjawisk kłóci się z powszechnie podzielanymi wyobrażeniami o właściwym porządku społecznym, stąd jednomyślnie kwalifikowana jest jako problemy społeczne, część zaś zjawisk ma nieostre, zmienne granice, co utrudnia uznanie ich za ten rodzaj problemów⁹².

Dla dokonania szerokiego i wieloaspektowego omówienia mechanizmów powstawania problemów w społeczeństwie, można sięgnąć, za Krzysztofem Gorlachem, do trzech metafor społeczeństwa – trzech różnych perspektyw dla opisu i wyjaśnienia rozmaitych zjawisk i procesów społecznych, wiążących się z generowaniem problemów społecznych i reagowaniem na nie. Autor ten proponuje zatem – w zależności od przyjętych założeń dotyczących natury, czynników kształtujących jego budowę oraz mechanizmów określających zmienność życia społecznego – trzy metafory w odniesieniu do społeczeństwa: jako „organizmu”, jako „pola walki” oraz jako „teatru”, przy czym dwie pierwsze prezentują raczej makrosocjalną perspektywę ujmowania rzeczywistości społecznej, zaś ostatnia z nich – mikrosocjalną. Za autorem przeanalizować można specyfikę każdego z tych ujęć, uwypuklając mechanizmy powstawania problemów społecznych⁹³.

I tak w koncepcji społeczeństwa jako „organizmu” (sięgającej tradycją XIX-wiecznej myśli socjologicznej) – swoistej całości o hierarchicznej konstrukcji, rozrastającej się, ewoluującej i komplikującej w toku procesów rozwojowych, posiadającej (również ewoluujące) potrzeby, gdzie każdy z jego elementów składowych (jednostka, grupa społeczna czy instytucja) jest powiązany z innymi, uzależniony w swoim funkcjonowaniu od ich funkcjonowania oraz spełnia funkcje istotne dla całego układu – problemy pojawiają się jako reakcja na dynamikę społeczeństwa (zmianę społeczną), gdy społeczeństwo jako całość lub jego część z jakichś powodów ulega dezorganizacji, gdy jego elementy składowe nie mogą dłużej integralnie funkcjonować, gdy zmiana relacji pomiędzy nimi czy któregoś z elementów prowadzi do tego, że inne nie są w stanie prawidłowo wypełniać swoich funkcji. Powoduje to wówczas dysfunkcjonalne oddziaływanie na cały układ społeczny, pogłębiając istniejące zaburzenia i chaos. Istotnym czynnikiem wywołującym powstawanie problemów społecznych jest gwałtowna zmiana społeczna, zachodząca w jakimś obszarze i powodująca, że stare schematy organizacyjne oraz stare nawyki myślenia i działania tracą swoją funkcjonalność, a również stają się dysfunkcjonalne wobec nowych wymogów, jakie stwarza zmieniony system społeczny. Najważniejszy więc mechanizm wywołujący społeczne problemy usytuowany jest w sferze nieprawidłowego, dysfunkcjonalnego

⁹¹ Ibidem, s. 11.

⁹² Ibidem, s. 13.

⁹³ Poniższy opis w oparciu o: K. Gorlach, *Społeczne mechanizmy genezy...*, op. cit.

działania rozmaitych instytucji społecznych, decydujących o trwaniu porządku społecznego. Strategią przeciwdziałania tymże problemom społecznym oraz walki z nimi jest tu więc wprowadzenie, uaktywnienie, stymulowanie mechanizmów korekcyjnych istniejących w społeczeństwie, których zadaniem jest przywrócenie stanu równowagi i integracji społeczeństwa.

W drugim ujęciu społeczeństwo postrzegane jest jako „pole walki”, które funkcjonuje w atmosferze rywalizacji, starć i niezgody, rozdarłe jest sprzecznościami i konfliktami oraz w którym grupy społeczne usiłują realizować swoje interesy kosztem innych. W wyniku gwałtownych, skokowych przeobrażeń (rewolucji) w okresach szczególnych napięć społecznych niektóre grupy zaczynają dominować nad innymi. Zatem przemoc, władza i dominacja wyznaczają tu porządek społeczny, zaś przewaga jednych grup społecznych nad innymi oraz związana z tym eksploatacja i wyzysk zdominowanych i opresjonowanych grup przez nadrzędne pociągają za sobą powstawanie problemów społecznych. Chcąc więc usunąć ich przyczyny, należy przede wszystkim wyeliminować niesprawiedliwy, opresyjny charakter stosunków społecznych, z którym wiąże się eksploatawanie jednych przez drugich oraz realizowanie swoich interesów kosztem innych. Podstawową strategią działania powinna więc tu być mobilizacja upośledzonych społecznie grup czy środowisk do samopomocy i wspólnego działania w imię obrony własnych interesów, a także zbiorowa presja na grupy dominujące i na system instytucji chroniących ich interesy.

W ostatniej z metafor korzysta się z obrazu wielkiej sceny, na której ludzie – aktorzy odgrywają na arenie życia społecznego rozmaite role społeczne, negocjując zasady porządku społecznego i nadając sens rzeczywistości społecznej, za każdym razem niejako od nowa. Procesy społeczne są tu cyklicznie odgrywanymi spektaklami, zawsze nieco w inny sposób. Istotę porządku społecznego stanowi wszechobecny proces odgrywania rozmaitych ról społecznych, podległych wzorom kulturowym i zależnych od stopnia przygotowania do pełnienia danej roli, od indywidualnych cech i skłonności, od procesu uczenia się danej roli (socjalizacji) oraz od sposobu traktowania danej roli w środowisku społecznym, z którego wywodzi się dany aktor. W tej koncepcji społeczeństwa źródła problemów społecznych tkwią w obrębie nieprawidłowości zasadniczego mechanizmu regulującego życie społeczne, jakim jest niewłaściwy sposób odgrywania (pełnienia) ról społecznych przez jednostki w określonych sytuacjach oraz nieprzystosowanie do pełnienia określonych ról społecznych, uderzające w podstawowy mechanizm regulacji życia społecznego i powodujące zaburzenia we wzajemnych stosunkach (interakcjach) między ludźmi. Tak zlokalizowane przyczyny problemów społecznych sugerują właściwe im strategie ich rozwiązywania: zapewnienie prawidłowej socjalizacji jednostek do wypełniania określonych ról społecznych oraz koniecz-

ność rozwinięcia programów edukacyjnych odpowiednio przygotowujących ludzi do rozmaitych ról pełnionych w ciągu życia.

Bez względu na przyjętą perspektywę opisu i wyjaśniania problemów społecznych, wspólne jest to, że cechuje je powstawanie w określonych warunkach i określonym czasie, a także skala (czyli wielkość grup społecznych dotkniętych problemem, liczebność grup uwikłanych w sytuacji problemowej i rozległość następstw społecznych sytuacji problemowej), złożoność (zakładająca możliwość zniwelowania problemu przez rozwiązanie problemów cząstkowych) oraz różna w czasie zmienność natężenia i dynamika ich znaczenia dla społeczeństwa⁹⁴. Niemniej sam fakt, że kiedykolwiek były lub są problemami kształtuje obraz społeczeństwa i wyraźnie wpływa na stan świadomości społecznej⁹⁵.

Warto zauważyć, że od początków XIX wieku⁹⁶ z pojęciem problemu społecznego (*social problem*) współfunkcjonuje, zamiennie lub dopełniająco, pojęcie kwestii społecznej (*social issue*). Relacje między nimi wyjaśniał między innymi Krzysztof Frysztacki, tłumacząc, że kwestie społeczne „oznaczają przede wszystkim takie wskaźnikowo uchwytnie zmiany oraz ich następstwa, które nakazują badanym zjawiskom przypisać cechy dezorganizacji, dezintegracji, regresu, ogólnie mówiąc – zmiany negatywnej z punktu widzenia konstytutywnego ładu oraz interesów określonych składników społecznych. Swoiste przekształcanie się kwestii w problemy oznacza, iż owe zmiany są w pewien znamieny i znaczący sposób odzwierciedlane w społecznej świadomości, że wiążą się z nimi stany społecznego niepokoju i sprzeciwu. Stany te mogą w konsekwencji prowadzić do społecznie rozpowszechnionego przekonania, że należy i można podjąć działania zmierzające do przeciwstawienia się owym negatywnym tendencjom i do ich przezwyciężenia. Jeśli tak, to naturalnie mamy do czynienia z procesami społecznego wyboru w tym zakresie, z formowaniem się wzorów, które na kształt faktów społecznych nakazują działać w taki lub inny sposób w celu odzyskania lub osiągnięcia tego, co uznane jest za słuszne i usprawiedliwione”⁹⁷. Inaczej różnicę pomiędzy tymi dwoma pojęciami ujął Ryszard Szarfenberg: kwestie społeczne ujawniają się

⁹⁴ J. Wódz, *Socjologia dla prawników i politologów*, Warszawa 2000, s. 176; J. Kubin, *Socjotechnika metodą rozwiązywania problemów społecznych*, (w:) *Socjologia problemów społecznych. Teorie i rzeczywistość*, Wrocław 1987, s. 43.

⁹⁵ J. Wódz, *Socjologia dla prawników...*, op. cit., s. 176.

⁹⁶ Wiek XX również obfitował w rozważania na temat kwestii społecznych, a szukać ich należy w dorobku m.in. Stanisława Rychlińskiego, Ludwika Krzywickiego czy Stanisława Gąbińskiego. Więcej patrz. J. Auleytner, K. Głębicka, *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocnością*, Warszawa 2000, s. 22 i nast.

⁹⁷ K. Frysztacki, *Wątki teoretycznych i empiryczno-praktycznych zainteresowań w socjologii Uniwersytetu Opolskiego*, (w:) K. Frysztacki, M. Korzeniowski (red.), *Wokół sposobów życia, kwestii społecznych i wzorów ich rozwiązywania. Opolskie studia socjologiczne*, Opole 2005, s. 12.

w trakcie dokonywania ocen funkcjonowania społeczeństwa jako całości i są to przyczyny pojawiania się problemów społecznych, czyli zjawisk związanych przede wszystkim z zachowaniami i świadomością, które ujawniają się w toku badań zachowań ludzi i ich opinii – są to więc szczególne problemy w zbiorze problemów społecznych, zatem na kwestie społeczne składają się różne problemy społeczne (czyli jest to pojęcie szersze niż pojęcie „problemy społeczne”)⁹⁸.

Kwestia społeczna jako pojęcie wiąże się z takimi określeniami, jak: asymetria, dolegliwość, dezorganizacja, niewydolność, niezgodność, roszczenie, sprzeczność, zagrożenie czy zawodność⁹⁹. Jak podpowiadają Julian Auleytner i Katarzyna Głąbicka, kategoria „kwestii społecznej” ma raczej „charakter diagnostyczny, umożliwiający analizę nie tylko stanów patologicznych rozwoju społeczno-gospodarczego, ale i takich, które najogólniej można określić jako niepożądane, nienormalne, wzbudzające sprzeciw. To pierwsze przybliżenie do kwestii społecznej wskazuje, że stanowi ona również kategorię wartościującą stany społecznej świadomości oraz stany określonej rzeczywistości”¹⁰⁰. Kwestię społeczną można rozumieć dwojako: podmiotowo i przedmiotowo¹⁰¹; sposób omawiania tu problemów alkoholowych kobiet wiąże się z drugim podejściem – przedmiotowym, a zatem takim, w którym przedmiotem badań stają się problemy społeczne charakteryzujące różne grupy społeczne. Dostrzeżono także, że kwestie społeczne mogą być dotkliwymi w wymiarze lokalnym, narodowym lub ponadnarodowym¹⁰².

Jakkolwiek nazywając te niepokojące zjawiska powodujące konsekwencje o zasięgu społecznym problemami czy kwestiami społecznymi, wiążą się one z marginalizowaniem i wykluczeniem społecznym części społeczeństwa, a do ich powstawania i pogłębiania przyczynia się rozwój współczesnych społeczeństw, postępująca demokratyzacja stosunków społecznych i dokonująca się globalizacja¹⁰³. Konsekwencje tych zjawisk widać wyraźnie w przestrzeni dużych miast, które swoją dynamiką rozwoju sprzyjają ich eskalacji, wykorzystując ich dobrodziejstwa, ale i odczuwając negatywne następstwa.

⁹⁸ R. Szarfenberg, *Problemy społeczne*, (w:) B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Warszawa 2002, s. 162.

⁹⁹ J. Auleytner, K. Głąbicka, *Polskie kwestie...*, op. cit., s. 11.

¹⁰⁰ Eidem, *Polityka społeczna pomiędzy...*, op. cit., s. 23.

¹⁰¹ Eidem, *Polskie kwestie...*, op. cit., s. 12.

¹⁰² Eidem, *Polityka społeczna pomiędzy...*, op. cit., s. 34-40. Adekwatnie do zasięgu problemów społecznych i w odpowiedzi na nie przygotowywane są w pionie rządowym odpowiednio: gminne strategie rozwiązywania problemów społecznych, krajowe programy/plany działań, narodowe strategie, karty europejskie, konwencje międzynarodowe.

¹⁰³ B. Krzesińska-Zach, J. Szymanowska, *Wybrane obszary problemów i zagrożeń społecznych*, (w:) W. Danilewicz (red.), *Oblicza współczesności w perspektywie pedagogiki społecznej*, Warszawa 2009, s. 322.

Poddając analizie usadowione w nich problemy społeczne, można przyjąć jeden z dwóch sposobów myślenia: orientując się na problem lub na jego rozwiązywanie¹⁰⁴. Janusz Sztumski radzi przy tym, by badając te problemy: „a) ujmować je jak obiektywne zjawiska, tzn. zjawiska istniejące niezależnie od woli badającego i teorii naukowych; b) badać w sposób wolny od lęku przed wynikami badań oraz wolny od uproszczeń dotyczących zwłaszcza ich przyczyn i uwarunkowań; c) rozpatrywać jak zjawiska uwarunkowane całym zespołem przyczyn oraz modyfikowane przez inne, współwystępujące z nimi zjawiska i procesy występujące w danym społeczeństwie (...); d) pamiętać o tym, że każdy problem społeczny ulega przeobrażeniom i powoduje przeróżne konsekwencje, rzutując swoiście na kształtowanie się życia społecznego i świadomość ludzi”¹⁰⁵. Również w postępowaniu skierowanym na identyfikację problemów społecznych w odbiorze jednostek i grup konieczna jest wiedza o rzeczywistości społecznej, czyli jej obraz ukształtowany u ludzi pod wpływem ich zróżnicowanego dostępu do informacji uzyskiwanych bezpośrednio z otoczenia oraz z tzw. rzeczywistości znakowej (środków masowego przekazu, książek itp.), w efekcie którego to zróżnicowania, a także w konsekwencji selekcji i interpretacji zgodnie z wcześniej ukształtowanymi poglądami, ocenie (która jest następnym etapem identyfikacji problemów społecznych) będą podlegały różne zjawiska¹⁰⁶.

Mając na względzie powyższe wskazówki, można przystąpić do analizy jednego z problemów kwalifikowanych we współczesnej polskiej rzeczywistości jako społeczny, tj. do problemu alkoholowego. W kontekście rozróżnień wprowadzonych przez Mertona, a dotyczących czterech typów problemów społecznych, nasuwa się w tym miejscu pytanie: którym z nich jest problem alkoholowy w Polsce? Wyniki rozmaitych sondaży społecznych i doniesienia badawcze, raporty o zasięgu ogólnopolskim i regionalnym, jak również inicjatywy ośrodków władzy (w tym głównie *Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*¹⁰⁷, wraz z instrumentami jej realizacji) świadczą o sporym zainteresowaniu tą kwestią, co wskazuje na to, że można ją uznać za jawny problem społeczny. Nie obejmuje on wyłącznie wyizolowanych, pojedynczych jednostek lub grup, lecz ma spory zasięg społeczny, powodując znaczne straty społeczne.

Analiza literatury przedmiotu wskazuje na ewolucję kwalifikowania i identyfikowania problemu alkoholowego w Polsce¹⁰⁸.

¹⁰⁴ L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit., s. 64.

¹⁰⁵ J. Sztumski, *Problem społeczny jako...*, op. cit., s. 224.

¹⁰⁶ M.K. Mlicki, *Procesy identyfikacji problemów...*, op. cit., s. 13, 23-24.

¹⁰⁷ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

¹⁰⁸ Szerzej będzie o tym mowa w podrozdziale 2.3.

1.2. Społeczny wymiar problemu alkoholowego (przejawy, dynamika, konsekwencje)

Jak zauważył Jacek Moskalewicz, „mimo trwałej obecności alkoholu w życiu społecznym, jego pozycja, problemy, jakie rodzi, i wreszcie sposoby przeciwdziałania podlegają zmianom. Zmiany te zależą przede wszystkim od społecznej percepcji problemów alkoholowych, a nie od rozmiarów problemów czy też od właściwości psychoaktywnych napojów alkoholowych. W tym sensie jest alkohol bardziej konstruktem społecznym niż związkciem chemicznym”¹⁰⁹.

Alkohol towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów (i współcześnie jest legalną substancją psychoaktywną). Był spożywany w różnych celach, pełniąc przy tym rozmaite funkcje¹¹⁰. Po pierwsze, były to funkcje fizjologiczne (odżywcze, trawienne, energetyczne, pobudzenie krążenia itp.), funkcje lecznicze (np. dla redukcji bólu), funkcje magiczne oraz religijne. Doceniane były i są funkcje psychologiczne alkoholu, który bywa pomocny w pokonywaniu nieśmiałości, w łagodzeniu stresu, w obniżeniu poziomu lęku i napięć, w podnoszeniu poziomu swobody ekspresji. Od wieków ujawniana jest także społeczna rola alkoholu, używanego w życiu towarzyskim, pomocnego w nawiązywaniu kontaktów, integracji, wyrażającego zaufanie i zawieranie sojuszu (obyczaj wspólnego picia alkoholu i toast „za twoje zdrowie” zastąpił obyczaj bratania się przez mieszanie krwi¹¹¹), zaspokajającego potrzeby afilacji i wzmacniania więzi grupowych (w środowisku rodzinnym, koleżeńskim, sąsiedzkim czy zawodowym); ponadto odmowa wypicia alkoholu bywa(ła) w niektórych kręgach odbierana jako coś podejrzanego i niepijący po pewnym czasie mogą się znaleźć w swoistej pustce społecznej; alkohol „łączy”, „brata”, „buduje mosty” i pozwala odnaleźć „wspólną płaszczyznę”¹¹². Analiza problemu alkoholowego wiąże się również z funkcjami ekonomicz-

¹⁰⁹ J. Moskalewicz, *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944-1982*, Warszawa 1998, s. 28.

¹¹⁰ Za: I. Wald, *Wstęp*, (w:) idem (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986, s. 8; A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim...*, op. cit., s. 11-12. A. Bielewicz i J. Moskalewicz proponują, żeby funkcje alkoholu generalnie dzielić na instrumentalne (czyli te, które wiążą się bezpośrednio z jego właściwościami jako substancji chemicznej i jako towaru) oraz symboliczne (np. szlachetność podanego gościom trunku alkoholowego sygnalizuje zamożność i pozycję ekonomiczną gospodarza); patrz. A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 11.

¹¹¹ A.A. Portnow, I.N. Piatnickaja, *Klinika alkoholizmu*, tłum. W. Moczulski, Warszawa 1977, s. 290.

¹¹² K.T. Toeplitz, *Kurdesz*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa 1972, s. 26.

mi¹¹³, tj. kwestią produkcji, handlu, dystrybucji alkoholu i czerpanych stąd zysków, a także z aspektami politycznymi: władze państwowe zachowują monopol w kierowaniu produkcją i dystrybucją alkoholu, zobowiązują producentów i sprzedawców do płacenia podatków, prowadzą walkę z przemytem i nielegalnym handlem alkoholem, wydają licencje, zezwolenia na produkcję i sprzedaż napojów alkoholowych; alkohol staje się więc poniekąd instrumentem sprawowania władzy (pozbawionym jednak refleksji, że jest substancją psychoaktywną, o toksycznym działaniu, pociągającym za sobą koszty jednostkowe i społeczne). Alkohol bywał też używany jako środek płatniczy lub towar. Wielość pełnionych funkcji, o których tu mowa, sprawiła, że spożywanie alkoholu, pomimo szkodliwych następstw jego używania i nadużywania, utrzymuje się przez wieki począwszy – jak twierdzą archeolodzy – już od okresu paleolitu¹¹⁴.

Społeczny wymiar problemu alkoholowego wiąże się z wieloma obszarami zainteresowań, w tym przede wszystkim z wytwarzaniem napojów alkoholowych, ich dystrybucją, konsumpcją oraz konsekwencjami ich nieumiarowanego spożywania. Zostaną one kolejno omówione.

Problem produkcji napojów alkoholowych sprowadza się głównie do jej nieskutecznej kontroli, natomiast kwestia dystrybucji napojów alkoholowych wiąże się zwłaszcza z nielegalnym rozprowadzaniem, regulacjami ustawowymi dotyczącymi tego obszaru i próbami obchodzenia prawa. Szacuje się, że udział „szarej strefy” w polskim rynku alkoholu wynosi 15%, a jej wartość wyceniana jest na 2 mln zł¹¹⁵. Co roku z powodu zatrucia nielegalnymi trunkami umiera ok. 230 osób¹¹⁶. Jak twierdził Leszek Wiwala (prezes Związku Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy) w Polsce prawie nie ma podróbek markowych alkoholi w sklepach, natomiast zdecydowana większość podrabianego alkoholu wprowadzana jest przez zorganizowane grupy przestępcze na bazarach i w tzw. melinach¹¹⁷. Celnicy podliczają, że rocznie do Polski wwożonych jest ok. 25-35 mln litrów skażonego spirytusu¹¹⁸. Od kilku lat przemycany alkohol to trzecia (po narkotykach i papierosach) najbardziej

¹¹³ „W obszarze gospodarki przyjmuje się zasadę, że alkohol jest specyficznym, odmiennym od innych produktów towarem. Wymaga specjalnych regulacji prawno-administracyjnych oraz finansowych, umożliwiających wyższy stopień kontroli, niż ta, która obowiązuje w systemie wolnorynkowym wobec innych produktów” (*Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015*, s. 9).

¹¹⁴ Za: A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 11.

¹¹⁵ Z. Lentowicz, B. Drewnowska, *Nielegalny alkohol nie tylko z przemytu*, „Rzeczpospolita” z dn. 18.09.2012.

¹¹⁶ Są to szacunki Związku Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy w oparciu o dane z oddziałów toksykologicznych. Źródło: ibidem.

¹¹⁷ Ibidem.

¹¹⁸ P. Pytlakowski, *Zwody z wodą*, „Polityka” 2003, nr 12 (2900), s. 39.

zyskowa specjalizacja przestępczego podziemia¹¹⁹. Do tego należy dodać niezacawalną produkcję napojów alkoholowych (samogonu, nalewek, wina i piwa), prowadzoną na własny użytek. Trzeba mieć na względzie, że nielegalny alkohol oznacza potencjalne i realne, a trudne do oszacowania straty dla zdrowia obywateli i budżetu państwa.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego¹²⁰ sprzedaż napojów alkoholowych zdecydowanie wzrastała na przestrzeni ostatnich kilku lat.

Zestawienie 1. Dostawy napojów alkoholowych w tys. hl (w wybranych latach)

Rok	Wódki, likiery i inne napoje alkoholowe	Wino gronowe	Piwo otrzymywane ze słoju o objętościowej mocy alkoholu powyżej 0,5%
2005	951 hl	1041 hl	30 855 hl
2010	1245 hl	1107 hl	35 010 hl
2011	1222 hl	1116 hl	36 194 hl
2012	1236 hl	1123 hl	38 269 hl

Źródło: zestawienia statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego

Wzrost ten dotyczył wskazanych w zestawieniu rodzajów napojów alkoholowych, przy czym największa (i ciągle rosnąca) sprzedaż notowana była w przypadku piwa.

Jak twierdzi Krzysztof Brzózka, jeden punkt sprzedaży alkoholu w Polsce przypada na mniej więcej 300 mieszkańców¹²¹. To oznacza wysoką dostępność fizyczną alkoholu, którą wzmacnia dostępność ekonomiczna: alkohol w Polsce jest stosunkowo tani, a od ostatnich kilkunastu lat jego dostępność finansowa zwiększyła się dwukrotnie¹²².

Odwieczny jest też brak wzorów racjonalnego spożycia napojów zawierających alkohol. Badania antropologiczne wykazują, że alkohol był obecny już w społeczeństwach pierwotnych¹²³, a co więcej, dowodzą, że już nawet

¹¹⁹ Ibidem, s. 39.

¹²⁰ Dane GUS z: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/RS_rocznik_statystyczny_rp_2013.pdf (dostęp: 12.04.2014).

¹²¹ Informacja podana w trakcie wywiadu dla gazeta.pl, z Mileną Brylą, w styczniu 2014 roku; źródło: http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,15306731,Jeden_punkt_sprzedazy_alkoholu_w_Polsce_przy_pada_na.html (dostęp: 7.04.2014).

¹²² Ibidem. W 1998 roku za średnią pensję można było kupić 504 butelki piwa, w 2008 roku już 1094 butelki. W przypadku wódki liczby te to odpowiednio: w 1998 roku 56 butelek i 158 w 2008 roku. W przypadku wina: w 2008 roku za średnią pensję można było kupić 368 butelek w porównaniu do 147 w 1998 roku. W wyniku podwyższenia w 2009 roku podatku akcyzowego na alkohol (i wraz z nim wzrostu cen) zmniejszyła się nieco ekonomiczna dostępność piwa (o 2,8%) oraz wina (o 6%), ale nadal utrzymana została tendencja wzrostowa w przypadku wódki (wzrost o 0,6%); za: *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania...*, op. cit., s.17.

¹²³ Za: I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol*, Lublin 2004, s. 27.

w społeczeństwach przedpiśmiennych ludzie byli świadomi korzystnych i negatywnych skutków picia napojów zawierających alkohol; podobnych potwierdzeń można doszukać się w starożytnych tekstach perskich, egipskich, babilońskich, greckich, chińskich czy biblijnych¹²⁴. Sięgając zaś do potencjalnych początków problemów alkoholowych w Polsce, należy przywołać czasy średniowiecznej Europy, gdyż wtedy zwyczaj picia alkoholu stopniowo się rozpowszechniał, obejmując wszystkie stany społeczne¹²⁵. Z czasem średniowieczne picie przez ówczesnych Słowian głównie słabo sfermentowanego dwu-trzyprocentowego piwa, zastępującego wówczas wodę do gaszenia pragnienia¹²⁶, ustępowało od XVI wieku upowszechnianiu napojów spirytusowych¹²⁷, tak że na terenie Europy na przełomie XVII i XVIII wieku z jednej strony doprowadziło to do wzrostu pijaństwa, z drugiej zaś do wzrostu ekonomicznego znaczenia alkoholu ze względu na wysokie dochody z jego produkcji i sprzedaży¹²⁸. W tym i późniejszym okresie alkohol pełnił funkcje integracyjne, zarówno wśród rozproszonej szlachty, jak i mieszczaństwa oraz chłopstwa, zapewniając homogeniczność poszczególnych stanów, cechów czy społeczności lokalnych oraz pełniąc funkcje psychologiczne, tj. służąc do rozładowania napięć i podniesienia nastroju¹²⁹. Dostrzegano przy tym problemy, jakie rodził alkohol, co znajdowało wyraz w opisach opilstwa i normach prawnych zmierzających do ograniczenia dostępności alkoholu (zwłaszcza adresowanych do konkretnych grup społecznych, których trzeźwość była szczególnie istotna dla społeczeństwa, np. do duchowieństwa, sędziów czy żołnierzy)¹³⁰. XVII-wieczne uczty odbywały się głównie w gronie męskim, kobiety uczestniczyły w nich zwykle

¹²⁴ Szerzej można o tym przeczytać w tekście autorstwa A. Bielewicz a i J. Moskalewicz a, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 11-18.

¹²⁵ Szczegółowiej: ibidem, s. 18-24.

Zainteresowanym warto w tym miejscu polecić obszerną pozycję autorstwa J. Besali, *Alkoholowe dzieje. Czasy Piastów i Rzeczypospolitej szlacheckiej*, Poznań 2015, w której autor wprowadza w świat Piastów, Jagiellonów i Rzeczypospolitej Obojga Narodów, omawiając (na podstawie pamiętników, listów, korespondencji, diariuszy, wierszy, satyr i publicystyki) ówczesne picie alkoholu i jego wzorce.

¹²⁶ K. Bockenheim, *Przy polskim stole*, Wrocław 1998, s. 172.

¹²⁷ Z. Kuchowicz, *Człowiek polskiego baroku*, Łódź 1992, s. 44, 47-49; M. Dampz, *Alkohol i biesiadowanie w obyczajowości Polaków*, Warszawa-Toruń 2005, s. 14-16; A. Wyczański, *Problem alkoholizmu wczoraj i dziś*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 97; J. Bystroń, *Dzieje obyczajów, wiek XVI-XVIII*, t. 2, Warszawa 1976, s. 496-497.

¹²⁸ Produkcja i sprzedaż alkoholu zawsze przynosiły duże zyski, dlatego już władcy feudalni dążyli do pełnej kontroli jego wyrobu i zbytu. Później żywo zainteresowane tym monopolem (prawem propinacji) było duchowieństwo, stan rycerski i właściciele ziemscy. Za: I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, op. cit., s. 33-34.

¹²⁹ A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit. s. 20-21.

¹³⁰ Ibidem, s. 22.

tylko na początku, siedząc przy osobnym stole¹³¹. Jak zauważył Krzysztof A. Wojcieszek, zaskakujące może być pozytywne wartościowanie alkoholu, wyrażające się w staropolskich określeniach: okowita (odpowiednik *aqua vitae*, czyli wody życia), wódka (wywodząca się od życiodajnej i niezbędnej do życia wody) czy gorzałka (nawiązująca do gorącego temperamentu i afrodyzjaków oraz procesu palenia, czyli destylacji, a więc oczyszczania, a to, co oczyszczone, nie jest ani brudne, ani złe)¹³². Pierwsza „wysoka fala gorzałki” zalała miasta, a tuż potem przeszła przez dworskie karczmy i wioski w XVII wieku¹³³. Również w XVII wieku „tęgą głowę” uważano za zaletę, pijaństwo podniesiono do głównej zasady życia towarzyskiego, osiągając apogeum w XVIII wieku¹³⁴. Punktem zwrotnym w społeczno-kulturowej historii alkoholu było upowszechnienie funkcji intoksykacyjnych napojów spirytusowych w wiekach XVII i XVIII (choć proces upowszechniania się wódki na ziemiach polskich musiał zacząć się wcześniej, o czym świadczą choćby spisy dochodów miast Jana Olbrachta, w których figurowały wpływy ze sprzedaży wódki) oraz funkcji ekonomicznych alkoholu w ogóle, związanych z przynoszącą niemałe zyski produkcją alkoholu (stąd władcy feudalni dążyli do pełnej kontroli nad wyrobem i dystrybucją napojów alkoholowych)¹³⁵. Mimo stopniowego znacznego rozpowszechniania picia wódki, długo jednak podstawowym napojem alkoholowym społeczeństwa było piwo, zaś szlachty, duchowieństwa i bogatszego mieszczaństwa – wino¹³⁶. Również rewolucja przemysłowa, w aspekcie technologicznym oraz społeczno-ekonomicznym, wywarła wpływ na społeczno-kulturową historię alkoholu; wynalazki tamtego okresu doprowadziły do podniesienia jakości napojów spirytusowych, zwiększenia wydajności urządzeń destylacyjnych, opanowania nowych technologii produkcji z nowych surowców (np. wódki z ziemniaków), obniżenia kosztów wytwarzania oraz rozszerzenia asortymentu produkcji; pociągnęło to za sobą reakcje społeczne na ten stan rzeczy¹³⁷.

Podczas gdy w okresie międzywojennym spożycie alkoholu wahało się w granicach 1-2 litrów alkoholu rocznie na osobę, a w latach 1944-1949 praw-

¹³¹ K. Bockenheim, *Przy polskim...*, op. cit., s. 174, 179.

¹³² K.A. Wojcieszek, *Człowiek spotyka alkohol... Filozoficzne podstawy wychowania do trzeźwości w ujęciu tomistycznym*, Kraków 2010, s. 93.

¹³³ J. Przymanowski, *Trans alkoholowy*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 219; M. Dampz, *Alkohol i biesiadowanie...*, op. cit., s. 16-24.

¹³⁴ J. Bystroń, *Dzieje obyczajów...*, op. cit., s. 184; M. Dampz, *Alkohol i biesiadowanie...*, op. cit., s. 16-24; K. Bockenheim, *Przy polskim...*, op. cit., s. 181-186.

¹³⁵ A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 24, 27.

¹³⁶ *Ibidem*, s. 28.

¹³⁷ Więcej A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 30, 31 oraz *idem*, *Alkohol a współczesne procesy makrospołeczne*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim...*, op. cit., s. 36.

dopodobnie przeciętnie sięgało 2-3 litrów, to od 1950 roku przez kolejne trzy dekady obserwowany był dość szybki wzrost spożycia alkoholu: od 3 litrów na początku tego okresu do 8,4 litra w 1980 roku¹³⁸. Ten wzrost dotyczył także kobiet: z badań Andrzeja Świącickiego z początku lat 60. XX wieku wynika, że spożycie napojów alkoholowych wśród kobiet było siedem razy niższe niż u mężczyzn, zaś w przeprowadzonych dwie dekady później badaniach Jerzego Jasińskiego – tylko cztery razy niższe¹³⁹. „Obrazki” z powojennej Polski, pokazujące specyficzne miejsce alkoholu w życiu Polaków różnych zawodów, wykształcenia i miejsca zamieszkania, prezentują autorzy tekstów zamieszczonych w publikacji pod redakcją Jana Górskiego i Kazimierza Moczarskiego pt. *Alkohol w kulturze i obyczajach*¹⁴⁰. Swoistą historię pijaństwa w okresie PRL, w oparciu o skrzętną analizę archiwalnych źródeł różnego typu, obszernie odtworzył również Krzysztof Kosiński¹⁴¹, pokazując wszechobecność alkoholu w codziennym życiu zwykłych obywateli i ludzi władzy oraz charakterystyczną dla tego okresu politykę alkoholową¹⁴².

Przez dziesiątki lat dla Polski powojennej charakterystyczny był wzór picia¹⁴³ w literaturze nazwany skandynawskim, który cechowało pośpieszne spożywanie znacznej ilości mocnych napojów alkoholowych (wódki), prowadzące do szybkiego przekroczenia progu nietrzeźwości. Według Magdaleny Dampz¹⁴⁴ można wskazać pewne cechy, które rysują obraz tzw. picia po polsku. Jest to więc picie nieumiejętne (np. mieszając alkohole ze sobą), motywowane napięciami związanymi z poczuciem bycia odbieranym przez innych jako osoby mało wartościowej, co pozornie udaje się niwelować, pijąc jednorazowo intensywnie i w dużych ilościach. Charakterystyczne dla niego jest poszukiwanie okazji do picia i uznanie każdej za wystarczającą (obojętnie, czy wiąże się z sukcesem, czy z porażką, z nowością czy z nudą w życiu, z konkretnym zdarzeniem czy z długotrwałym stanem) oraz zakła-

¹³⁸ Za: J. Moskalewicz, *Polityka społeczna...*, op. cit., s. 37, 39.

¹³⁹ Za: ibidem, s. 47.

¹⁴⁰ Mowa o: J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit.

¹⁴¹ K. Kosiński, *Historia pijaństwa w czasach PRL. Polityka – obyczaje – szara strefa – patologie*, Warszawa 2008.

¹⁴² Analizie polityki społecznej wobec alkoholu poświęcona jest również cytowana już pozycja autorstwa J. Moskalewicza, *Polityka społeczna wobec...*, op. cit. Interesującą monografię stworzył także brytyjski historyk kultury I. Gately, *Kulturowa historia alkoholu*, tłum. A. Kunicka, Warszawa 2011, który zawarł w niej historię tego, jak i co pito, ukazaną w ścisłym związku z charakterem epoki historycznej (choć jest obszerna, nie ma w niej jednak mowy o ziemiach polskich).

¹⁴³ Dla zdefiniowania pojęcia wzorów picia można skorzystać z publikacji A. Świącickiego, *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*, Warszawa 1968, według której jest nim „wiele powtarzających się zachowań naśladowczych przez większość jednostek rozmieszczonych na dużej przestrzeni w dłuższych okresach”, s. 26

¹⁴⁴ M. Dampz, *Alkohol i biesiadowanie...*, op. cit., s. 45-49.

danie, że konsumpcja alkoholu będzie się toczyć aż do przekroczenia progu trzeźwości. W „picie po polsku” wpisane jest też nachalne namawianie osób, które z jakichś względów odmawiają konsumpcji alkoholu, pobłażliwe odnoszenie się do osób pijanych i do ich zachowań oraz podziw dla „herosów”, którzy potrafią wypić spore ilości alkoholu bez szybkiej utraty świadomości.

Podsumowując, jak zauważają Antoni Bielewicz i Jacek Moskalewicz, analizujący swoistą polską społeczno-kulturową historię alkoholu, „wraz z rozwojem społecznym następowała dywersyfikacja funkcji alkoholu. Nowe funkcje uzyskiwały często dominujące znaczenie, chociaż nigdy nie wypierały całkowicie funkcji poprzednich. Nowe potrzeby wynikające z rozwoju społecznego były zaspokajane dwojako: bądź przez pojawienie się nietradycyjnego napoju alkoholowego, bądź przez wykształcenie nowych wzorów picia. Częstokroć nowe funkcje pojawiały się w następstwie innowacji technologicznych produkcji alkoholu lub transferu kulturowego. We wszystkich społeczeństwach alkohol rodził wiele problemów. Narastały one szczególnie w sytuacjach wykształcenia się nowych funkcji alkoholu, pojawiania się nowych trunków i nowych kategorii konsumentów”¹⁴⁵. Zdaniem tych samych autorów „zmiany w spożyciu alkoholu są wyznaczone przez całokształt procesów związanych z rozwojem społecznym. Mimo iż rozwój ten, przynajmniej w krajach cywilizacji europejskiej, zmierza w podobnym kierunku, to jednak w zależności od kontekstu społeczno-kulturowego trendy w spożyciu alkoholu może cechować duża różnorodność. Niezależnie od tej różnorodności, przejawiającej się zwłaszcza w krótkich okresach, zmiany, jakie zachodzą współcześnie w dziedzinie alkoholowej, są uwarunkowane fundamentalną zmianą społeczną, której początków należy szukać w XVIII i XIX wieku u zarania rewolucji przemysłowej, a która nabrała szczególnej dynamiki po II wojnie światowej”¹⁴⁶.

Zatem ostatnie 400 lat w historii Polski to okres zwiększonej dynamiki w zakresie produkcji, dystrybucji oraz ilości i stężenia spożywanego alkoholu, a co za tym idzie – wzrostu rozmiarów problemów będących tego efektem.

Również współcześnie dane szacowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, jak i pochodzące z innych badań (szerzej będzie o nich mowa w podrozdziale 3.1.), wykazują niepokojąco wysokie spożycie napojów alkoholowych przez Polaków obu płci, pochodzących z różnych warstw społecznych, o różnym wykształceniu, w różnym wieku (począwszy nawet od dzieci), osiągając takie rozmiary,

¹⁴⁵ A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 33.

¹⁴⁶ Eidem, *Alkohol a współczesne...*, op. cit., s. 35-36.

że być może właściwym byłoby stwierdzenie, że stało się epidemią społeczną¹⁴⁷.

To niekontrolowane spożywanie alkoholu okazuje się wyjątkowo ważne, gdy uzmysłowi się jego wielorakie konsekwencje. Właśnie ta kwestia – ostatni spośród wcześniej wyróżnionych przez mnie aspektów problemu alkoholowego – znajduje się szczególnie w polu moich zainteresowań. Bo jak przekonywał Andrzej Świącicki już pół wieku temu, znaczenie społeczne problemu alkoholizmu w Polsce wiąże się nie tyle z rozpowszechnieniem przypadków wymagających interwencji lekarskiej, ile raczej z jego indywidualnymi i społecznymi konsekwencjami¹⁴⁸. Aktualnie z pewnością uzależnienie od alkoholu uznaje się w Polsce za problem społeczny zarówno ze względu na jego skalę, jak i negatywne następstwa.

Konsekwencje niekontrolowanego używania alkoholu, jego nadużywania i uzależnienia od niego mają różnorodny charakter i zakres. Poniżej zasygnalizowane zostaną ich przejawy¹⁴⁹, częściowo ilustrowane danymi statystycznymi. Skutki te rozproszone są w kilku dziedzinach życia jednostek i całego społeczeństwa polskiego.

A. Sfera ekonomiczna

Utrata pozycji społecznej i zawodowej spowodowana problemami alkoholowymi niejednokrotnie pociąga za sobą problemy finansowe i pauperyzację (osoby uzależnionej i/lub jej rodziny). Wywołać je może także nieracjonalne gospodarowanie pieniędzmi (bieżącymi dochodami i oszczędnościami), które w coraz większym stopniu są trwonione na alkohol, a także popadanie w długi. Zdarza się również wyprzedaż mienia. Dodatkowo sytuację utrudnia fakt współwystępującego bezrobocia.

Te indywidualne skutki (niemające *de facto* charakteru wyłącznie ekonomicznego) znajdują odbicie w stratach makroekonomicznych kraju¹⁵⁰ – wy-

¹⁴⁷ Nie można przy tym zapominać, że w zestawieniach statystycznych zwykle nie uwzględnia się czynników, które mogą spowodować, że autentyczna konsumpcja alkoholu jest niższa lub wyższa od rejestrowanej. O tych trudnościach patrz. J. Moskalewicz, *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944–1982*, Warszawa 1998, s. 36 i nast.; G. Świątkiewicz, *Ekonomiczno-społeczne uwarunkowania problemów związanych z alkoholem*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 2; J. Sierosławski, *Rozmiary i wzory konsumpcji napojów alkoholowych*, „Alkoholizm i Narkomania” 1993, nr 1; A. Zieliński, *Wzory picia alkoholu w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania” 1988, nr 1.

¹⁴⁸ A. Świącicki, *Struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce*, Warszawa 1963, s. 85.

¹⁴⁹ Próby uporządkowania tych przejawów zostały podjęte np. w: Z. Madeja, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, przedmiotów, czynności i osób*, t. 2, Koszalin 2008, s. 522; A. Durasiwicz, *Alkoholizm jako patologia społeczna – aspekt lokalny i krajowy*, (w:) K. Linowski, M. Jędrzejko (red. nauk.), *Trzeźwość i uzależnienia jako wyzwanie duszpasterskie i pedagogiczne*, Radom 2012, s. 172–173; także inne pozycje przywoływane poniżej w przypisach.

¹⁵⁰ A. Barczak, *Ekonomiczne aspekty picia i nadużywania alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1993, nr 1, s. 129.

datkach budżetu państwa, koniunkturze ekonomicznej kraju, między innymi poprzez obniżenie wydajności pracy, brakoróbstwo, absencję, wypadkowość, zwiększenie nakładów finansowych na leczenie osób uzależnionych od alkoholu, utrzymanie poradni leczenia uzależnień, powodowanie i/lub pogłębianie procesu ubożenia części społeczeństwa, a co za tym idzie, finansowanie świadczeń pomocy społecznej, wydatki związane z zabezpieczeniem egzystencjalnym osób uzależnionych i ich rodzin¹⁵¹. Trudno jest również wyliczyć straty spowodowane przez osoby nietrzeźwe w miejscach użyteczności publicznej, środkach komunikacji, na stadionach itp.

Jak wynika z raportu zatytułowanego *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, estymacja rocznych kosztów pośrednich nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego dla Polski, uwzględniając wydatki ZUS w kategorii absencji chorobowych, koszty wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców i koszty społeczne utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego, sięga przedziału 37,39-39,38 mld zł¹⁵².

Ponadto corocznie przeznaczana jest pewna pula pieniędzy z budżetu państwa na wydatki kierowane na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych (zapisane w rozdziale 85154 klasyfikacji budżetowej). Dla przykładu: w 2011 roku wydano na ten cel z centralnego budżetu państwa 6044 tys. zł, zaś w 2014 roku – 6597 tys. zł¹⁵³.

B. Sfera życia zawodowego

Najczęstszym symptomem w tej sferze życia człowieka jest utrata pozycji zawodowej i utrata pracy, które są spowodowane: zwiększoną absencją, spóźnieniami do pracy, częstymi przypadkami niezgłaszanych wcześniej krótkich nieobecności w pracy, powtarzającymi się przypadkami opuszczania stanowiska pracy bez zgody przełożonych, spadkiem wydajności pracy, obniżeniem jej dyscypliny i jakości, obniżeniem motywacji do pracy, lekceważącym stosunkiem do obowiązków zawodowych czy regu-

¹⁵¹ Częściowe wyliczenia tych strat patrz. M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Warszawa 2013. To bodajże najświeższa w Polsce taka kompleksowa analiza kosztów nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego, będąca efektem pracy interdyscyplinarnego zespołu ekspertów, który w oparciu o oficjalne dane dokonał estymacji ich kosztów ekonomicznych i społecznych.

¹⁵² *Ibidem*, s. 53.

¹⁵³ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku*, Warszawa 2012, s. 294; *Sprawozdanie z wykonania Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia do 31 grudnia 2014 roku*, Warszawa 2015.

larnym ich zaniedbywaniem, rosnącym brakiem zaufania do uzależnionego pracownika i niemożnością polegania na nim, powodowaniem przez osobę błędów (wskutek nieuwagi lub niewłaściwej oceny sytuacji), zagrożeniami wypadkami czy stratami finansowymi dla pracodawcy, a także wykonywaniem pracy w stanie wskazującym na spożywanie alkoholu¹⁵⁴. W sytuacji konieczności poszukiwania nowego miejsca pracy obniżona jest jego skuteczność i niska motywacja. Fakt pozostawiania bezrobotnym może u niektórych wzmacniać występowanie problemu alkoholowego (uzasadnienia typu: „nie mam pracy, więc czemu nie mam pić?”, „nie mam pracy, więc na pociechę sobie wypiję”).

Problemy alkoholowe, z jakimi borykają się pracodawcy, mają różną etiologię i charakter; są to: obecność w miejscu pracy pracowników znajdujących się pod wpływem alkoholu (incydentalna lub powtarzająca się), obecność w miejscu pracy pracowników pozornie trzeźwych (niewykazujących obecności alkoholu w organizmie), ale niesprawnych z powodu wcześniejszego nadużycia alkoholu, oraz pogorszenie funkcjonowania zawodowego pracowników pijących szkodliwie lub uzależnionych od alkoholu¹⁵⁵. Jak sugerują dane statystyczne, w zależności od państwa, sektora i zawodu, liczba pracowników uzależnionych od alkoholu oraz zagrożonych nim waha się od 5 do 20%¹⁵⁶. Społeczne skutki w tej sferze wiążą się z obniżeniem jakości i wydajności pracy. Zdaniem Andrzeja Święcickiego jeden milion nadużywających alkoholu pracowników może obniżyć wydajność i jakość pracy o 10%¹⁵⁷. Niemierzalne natomiast są potencjalne skutki, jakie mogłoby przynieść pozostawianie tych osób w miejscach pracy, narażające je i innych na zagrożenie zdrowia lub nawet życia¹⁵⁸.

¹⁵⁴ Więcej na ten temat patrz: J. Morawski, *Problemy związane z alkoholem...*, op. cit., s. 130-141; M. Kozak, *Społeczne i ekonomiczne skutki picia alkoholu w pracy w opiniach pracowników*, (w:) M. Jarosz (red.), *Alkohol w zakładzie pracy. Problemy ekonomiczne i społeczne*, Warszawa 1990; B.T. Woronowicz, *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, Poznań 2008, s. 230-233; idem, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009, s. 352-354.

¹⁵⁵ J. Fudała, *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w miejscu pracy*, „Świat Problemów” 2009, nr 12, s. 31-33.

¹⁵⁶ M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty skutków...*, op. cit., s. 59.

¹⁵⁷ A. Święcicki, *Alkohol – zagadnienia polityki...*, op. cit., s. 211.

Inną próbę obliczeń strat spowodowanych nietrzeźwością i nadmiernym spożywaniem alkoholu, jakie ponosiła gospodarka narodowa w ówczesnych realiach, podjął np. A. Hansen, *O pełniejszą diagnostykę i terapię naszych słabości*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 227-234.

¹⁵⁸ Na mocy art. 17 *Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487) kierownik zakładu pracy lub osoba przez niego upoważniona mają obowiązek niedopuszczenia do pracy pracownika, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że stanął się on do pracy w stanie po użyciu alkoholu albo spożywał

C. Sfera prawna

Używanie i nadużywanie alkoholu (a nie tylko uzależnienie od alkoholu!) wiąże się z osłabieniem samoświadomości i działania wyższych funkcji psychicznych, z upośledzeniem mechanizmów samoregulacji i samokontroli, z zaburzeniami afektywnymi (zwiększeniem labilności emocjonalnej, impulsywności). Mając tego świadomość, nie sposób podważyć kryminogenną i wiktymogenną rolę alkoholu¹⁵⁹.

Za Jackiem Morawskim¹⁶⁰ (a tenże za E.A. Fattahem i A. Raicem) należy postawić tezę, że alkohol może działać jako czynnik wiktymogeny, czyli taki, który predysponuje osobę do bycia ofiarą lub przyczynia się do faktu, że staje się ona ofiarą. Alkohol może spełniać taką rolę w różnorodny sposób: prowadząc ofiarę w miejsce silnie kryminogenne, stwarzając niebezpieczne sytuacje, a także osłabiając lub eliminując opór potencjalnej ofiary, jej czujność, krytycyzm, szybkość myślenia, zdolność reakcji, kontrolę słów i czynów, a zwiększając jej bez troskę, nieostrożność, impulsywność, tendencje agresywne i prowokujące¹⁶¹.

Osoby będące pod wpływem działania spożytego alkoholu¹⁶² bywają także sprawcami różnych kategorii czynów przestępczych czy wykroczeń. Działanie w stanie nietrzeźwości (w wyniku używania, nadużywania czy uzależnienia od alkoholu) może stanowić dwojaką przyczynę przestępstw: bezpośrednią, gdy przestępstwo zostało dokonane pod bezpośrednim wpływem alkoholu, lub pośrednią, gdy uzależnienie od alkoholu spowodowało zmiany osobowości sprawcy, jego degenerację i demoralizację¹⁶³. Konsekwencje w tej sferze wiążą się z następstwami burzenia porządku publicznego i bezpieczeństwa ruchu drogowego, a także

alkohol w czasie pracy, a także na żądanie kierownika zakładu pracy, osoby przez niego upoważnionej, a także na żądanie pracownika, badanie stanu trzeźwości pracownika przeprowadza uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego.

¹⁵⁹ J.W. Wójcik, *Przyczynek do badań kryminogennej i wiktymogennej roli alkoholi*, „Problemy Alkoholizmu” 1990, nr 3, s. 7-10.

¹⁶⁰ Patrz. J. Morawski, *Alkohol a przestępstwa...*, op. cit., s. 159.

¹⁶¹ *Nietrzeźwe ofiary*, „Świat Problemów” 2001, nr 6, s. 27-28.

¹⁶² Poziom stężenia alkoholu we krwi, mierzony w promilach (albo obecności alkoholu w dm³ wydychanego powietrza), powoduje szereg zmian w aktywności układu nerwowego człowieka. Już tylko przy stężeniu alkoholu we krwi na poziomie 0,2-0,5‰ (czyli w tzw. stanie po użyciu alkoholu) u osoby mogą wystąpić nieznaczne zaburzenia równowagi, euforia, obniżenie krytycyzmu i upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej. Np. za: J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska, *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, Warszawa 2014, s. 13.

¹⁶³ J. Morawski, *Alkohol a przestępstwa i wykroczenia*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986, s. 163; B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2009, s. 576-577.

czynów kwalifikowanych jako przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu¹⁶⁴. W kodeksie karnym¹⁶⁵ zaznaczono wprawdzie, że „nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem” (art. 31 § 1 kk) oraz że „jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary” (art. 31 § 2 kk), lecz przepisów tych nie stosuje się, gdy „sprawca wprawił się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć” (art. 31 § 3 kk).

Jak zauważył Brunon Hołyst, „dane statystyczne i wyniki licznych badań empirycznych wskazują, że współwystępowanie alkoholu z niektórymi zwłaszcza rodzajami przestępstw nie może być kwestią przypadku”¹⁶⁶. Czyny, które popełniają osoby pozostające pod wpływem alkoholu, to zwykle kradzieże, rozboje, pobicia, gwałty, akty przemocy, wykroczenia drogowe. Szczegółowiej pokazują to policyjne statystyki. Przykładowo w 2010 roku było podejrzanych osób: o zabójstwo – 318 nietrzeźwych (na 645 ogółem), o uszczerbek na zdrowiu – 1859 nietrzeźwych (na 6217 ogółem), o bójkę lub pobicie – 4746 nietrzeźwych (na 13 296 ogółem), o zgwałcenie – 250 nietrzeźwych (na 768 ogółem), o kradzież cudzej rzeczy – 5850 nietrzeźwych (na 40 464 ogółem), o kradzież z włamaniem – 3527 nietrzeźwych (na 18 612 ogółem) oraz o rozbój, kradzież rozbójniczą i wymuszenie rozbójnicze – 3038 nietrzeźwych (na 9680 ogółem)¹⁶⁷. W 2011 roku w wybranych kategoriach przestępstw, w których badany był stan trzeźwości sprawcy, nietrzeźwi stanowili 81% ogółu przebadanych; największy odsetek nietrzeźwych podejrzanych wśród ogółu przebadanych był w następujących kategoriach przestępstw: przeciwko funkcjonariuszom publicznym, zabójstwo oraz uszkodzenie rzeczy; analizując natomiast nieletnich sprawców czynów karalnych, największy odsetek nietrzeźwych wystąpił wśród sprawców

¹⁶⁴ „Określenie roli i znaczenia alkoholu jako jednego z uwarunkowań przestępczości agresywnej, czyli przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, stanowi od dawna przedmiot zainteresowania kryminologów, psychiatrów i psychologów sądowych” – przypomina Z. Majchrzak, prowadząc dalej rozważania na ten temat w swoim artykule pt. *Z punktu widzenia psychologa sądowego*, „Świat Problemów” 2001, nr 6, s. 14-16.

¹⁶⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny, t.j. Dz.U. 2016 poz. 1137.

¹⁶⁶ B. Hołyst, *Alkohol a przestępstwo w świetle teorii i statystyki*, „Problemy Alkoholizmu” 2002, nr 1, s. 9.

¹⁶⁷ Te i wcześniejsze dane patrz. strona internetowa: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/nietrzezwi-sprawcy-prz/50862,Nietrzezwi-sprawcy-przestepstw.html> (dostęp. 16.09.2016).

zgwałceń oraz zabójstw¹⁶⁸. Również w 2011 roku, jak wynika ze statystyk, policjanci doprowadzili w celu wytrzeźwienia do pomieszczeń policyjnych łącznie 84 078 osób, z czego ok. 6% doprowadzonych stanowiły kobiety¹⁶⁹.

Jak widać, osoby nietrzeźwe w każdym przypadku stanowią sporą część spośród osób dopuszczających się czynów karalnych. Do uzyskanych danych dodać trzeba jeszcze pewną liczbę tych osób podejrzanych, których nie objęła statystyka, ponieważ w niektórych przypadkach ustalenie stanu trzeźwości czy upojenia alkoholowego nie jest możliwe¹⁷⁰.

Okazuje się również, że istnieje związek uzależnienia od alkoholu z powrotnością do przestępstwa. Z wyników badań prowadzonych wśród osób dozorowanych w związku z warunkowym zawieszeniem kary pozbawienia wolności wśród badanych mających problem z alkoholem powrotność do przestępstwa sięgała 52% i była o 10 punktów procentowych wyższa niż w grupie osób, które nie miały takiego problemu¹⁷¹.

Z pewnością alkohol może być także bodźcem do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (spożyty alkohol obniża samokontrolę i zakłóca refleksyjne myślenie), w tym wczesnej inicjacji seksualnej, kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia oraz stosowania i doświadczania przemocy seksualnej¹⁷². Zjawisko nadużywania alkoholu występuje również w znacznej skali w środowisku kobiet świadczących usługi seksualne, wiążąc się z licznymi zagrożeniami dla zdrowia i sytuacji tych osób¹⁷³.

D. Sfera zdrowotna

Wpływ alkoholu na funkcjonowanie organizmu można analizować z trzech perspektyw, wyróżniając: zaburzenia będące bezpośrednim następstwem spożycia alkoholu, zaburzenia będące skutkiem przewlekłego spożycia alkoholu oraz trwałe uszkodzenia będące efektem długotrwałego

¹⁶⁸ Informacja z działań policji w zakresie zapobiegania przestępczości oraz patologiom społecznym w 2011 roku, Warszawa 2012, s. 31-34.

¹⁶⁹ Ibidem, s. 36.

¹⁷⁰ Spostrzeżenie za: B. Hołyst, *Kryminologia...*, op. cit., s. 579.

¹⁷¹ K. Buczkowski, B. Czarnecka-Działuk, K. Drapała, M. Marczewski, P. Ostaszewski, A. Więcek-Durańska, D. Wójcik, *Wyniki analizy dozoru kuratora orzeczonego przy warunkowym zawieszeniu kary pozbawienia wolności – na podstawie akt wykonawczych*, (w:) D. Wójcik (red.), *Kuratela sądowa. Sukcesy i porażki*, Warszawa 2010, s. 323.

¹⁷² M. Bednarczyk, *Przemoc seksualna, czynniki podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych pod wpływem alkoholu*, (w:) K. Linowski, M. Jędrzejko (red.), *Trzeźwość i uzależnienia jako wyzwania duszpasterskie i pedagogiczne*, Radom 2012; Z. Lew-Starowicz, *Alkohol i zachowania seksualne*, „Problemy Alkoholizmu” 1992, nr 10, s. 8.

¹⁷³ Raport na ten temat patrz. W. Gola, M. Grotecka, K. Rżanek, *Badanie zjawiska używania alkoholu wśród kobiet świadczących usługi seksualne. Stowarzyszenie Program Stacja. Raport z badań – wersja elektroniczna na stronie internetowej Stowarzyszenia Program Stacja*: <http://programstacja.org.pl> (dostęp: 14.04.2014).

nadużywania alkoholu. Alkohol bowiem ma wpływ na zdrowie poprzez trzy pośrednie i współzależne zmienne: 1) bezpośredni biochemiczny skutek alkoholu (który może wpłynąć na przebieg wielu krótkotrwałych i przewlekłych chorób), 2) upojenie alkoholowe i epizodyczne upijanie się (które mogą prowadzić do niezamierzonych doraźnych i przewlekłych uszkodzeń ciała lub skutków społecznych odczuwalnych zarówno w krótszej, jak i dłuższej perspektywie czasowej), 3) uzależnienie od alkoholu (modyfikujące wpływ na choroby o krótkim i przewlekłym przebiegu oraz na szkody społeczne)¹⁷⁴.

Rola alkoholu jako czynnika wyzwalającego, sprawczego i utrwalającego powstawanie problemów zdrowotnych jest naukowo dość dobrze zbadana i opisana. Analiza przemian metabolicznych po spożyciu alkoholu pokazuje, że dochodzi tu do zmian na poziomie komórkowym, tkankowym i narządowym¹⁷⁵. W zasadzie niemal każdy narząd w organizmie człowieka i każdy układ wcześniej czy później dotyka toksyczne działanie alkoholu etylowego, powodując występowanie różnego rodzaju powikłań somatycznych. Silnym uszkodzeniom ulega mózg; wyjątkowo wrażliwy na działanie alkoholu etylowego jest układ nerwowy (upośledza się funkcjonowanie obwodowego, ośrodkowego i autonomicznego układu nerwowego); wpływ alkoholu osłabia także układy: pokarmowy, moczowy, krwiotwórczy, oddechowy, odpornościowy, krążenia i endokryny; efektem toksycznego działania alkoholu na organizm są również: niedobory witaminowe oraz utrata tzw. pierwiastków śladowych, zwiększone ryzyko zarażenia chorobami wenerycznymi oraz HIV, wzmocnienie działania różnych czynników rakotwórczych, a także powikłania psychiatryczne, które są następstwem wieloletniego i intensywnego picia alkoholu¹⁷⁶.

Liczne badania wykazują istnienie zależności między piciem alkoholu a narażeniem na różnorodne urazy¹⁷⁷. Z badań McLeoda i jego zespołu wynika, że ryzyko odniesienia obrażeń w ciągu sześciu godzin po spożyciu ponad 60 g alkoholu podniosło się dziesięciokrotnie wśród kobiet i dwukrotnie wśród mężczyzn¹⁷⁸.

¹⁷⁴ P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie. Perspektywy zdrowia publicznego*, Warszawa 2002, s. 109-110.

¹⁷⁵ Z. Madeja, *Uzależnienia od substancji...*, op. cit., s. 522.

¹⁷⁶ Więcej o powikłaniach somatycznych spowodowanych toksycznym działaniem alkoholu np. w: B.T. Woronowicz, *Na zdrowie!...*, op. cit., rozdz. 5; D. Chlebko-Abed, *Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu. Przegląd wybranych strategii i programów*, Katowice 2000, s. 26-31; I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, op. cit., s. 51-59.

¹⁷⁷ Patrz. np. Ch.J. Cheroitel, *Urazy a picie alkoholu. Alkohol i ryzyko szkód zdrowotnych*, Warszawa 2011, s. 41-56.

¹⁷⁸ McLeod i in., 1999; za: P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie...*, op. cit. s. 120.

Kolejny wniosek dotyczy zaburzeń depresyjnych: ich ryzyko u alkoholiczków wzrasta dwu- do trzykrotnie, proporcjonalnie do spożywanej ilości alkoholu¹⁷⁹.

Podsumowując: stwierdzono, że ponad 40 jednostek chorobowych ujętych w ICD-10 jest spowodowanych wyłącznie lub głównie przez alkohol, natomiast kilkukrotnie wyższe dane dotyczą wskazań alkoholu jako jednej z przyczyn etiologicznych lub wpływających negatywnie na mechanizmy patogenetyczne, przyczyniających się do gorszego przebiegu chorób o innej etiologii¹⁸⁰. Korzystając z różnych, pośrednich danych, można podejmować próby oszacowania rozmiaru i kosztów problemu alkoholowego w kontekście zdrowia, choroby i śmierci osób nadużywających alkoholu i uzależnionych od niego.

W placówkach służby zdrowia leczy się ok. 1,8 mln osób z powodu różnych chorób u lekarzy różnych specjalizacji, a powodem są powikłania i choroby somatyczne oraz zaburzenia i choroby psychiczne wywołane nadużywaniem alkoholu¹⁸¹. Choroby 20-40% pacjentów hospitalizowanych na szpitalnych oddziałach psychiatrycznych są konsekwencją nadużywania alkoholu¹⁸². Alkoholicy żyją krócej o ok. 17% średniej życia niż abstynenci i osoby pijące alkohol w sposób umiarkowany, a dzieje się tak z powodu powikłań somatycznych i psychiatrycznych; w Polsce w ciągu roku umiera ok. 40 tys. osób z powodu tychże powikłań¹⁸³. Estymacje kosztów pośrednich wykazują, że największe koszty są ponoszone przez społeczeństwo z powodu przedwczesnej umieralności osób nadużywających alkoholu i uzależnionych od niego w wyniku chorób wątroby, zatruc alkoholem i zaburzeń psychicznych¹⁸⁴. Stwierdzono też, że ryzyko zapadalności na choroby związane z alkoholem jest wyższe u kobiet niż u mężczyzn, przy tych samych poziomach konsumpcji¹⁸⁵.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 rok bezpośrednio medyczne koszty leczenia uzależnienia od alkoholu oraz następstw kli-

¹⁷⁹ Ibidem, s. 121.

¹⁸⁰ T.F. Babor i in., *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*, Oxford 2010, s. 46 i nast.

¹⁸¹ Za: J. Wielguszewski, *Uzależnienie jako przejaw zaburzonej kultury życia*, (w:) F.W. Wawro (red.), *Młodość a kultura życia*, Lublin 2008, s. 302.

¹⁸² Za: ibidem, s. 302.

¹⁸³ Za: ibidem, s. 304.

¹⁸⁴ Obliczenia za: M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty...*, op. cit., s. 69.

¹⁸⁵ K.A. Bradley, S. Badrinath, K. Bush, J. Boyd-Wickizer, B. Anawalt, *Medical Risks for Women Who Drink Alcohol*, „Journal of General Internal Medicine” 1998, nr 13, s. 627-639 – za: J. Moskalewicz, *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, nr 1, s. 56.

nicznych tej choroby i zatrucia alkoholem wyniosły ponad 421 mln zł, z czego 81% stanowiły wydatki związane z leczeniem odwykowym, 13% – z hospitalizacjami schorzeń wątroby, 5% – z hospitalizacjami z powodu intoksykacji, a 1% – z hospitalizacjami z powodu schorzeń mózgu¹⁸⁶. Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2011 roku na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień wyniosły 2 015 192 tys. zł (dla porównania rok wcześniej: 1 953 814 tys. zł), stanowiąc 3,47% wszystkich wydatków¹⁸⁷.

Natomiast podjęta w Unii Europejskiej w 2004 roku próba oszacowania powodów zgonów powiązanych z toksycznym działaniem alkoholu wykazała, że z powodu schorzeń związanych z pićm alkoholu zmarło niemal 95 tys. mężczyzn i nieco ponad 25 tys. kobiet (w przedziale wiekowym od 15. do 64. roku życia)¹⁸⁸. Dane, zgromadzone przez WHO, pokazują liczby zgonów osób na terenie Europy w grupie wiekowej od 15. do 64. roku życia, związanych z alkoholem w zakresie różnych kategorii chorób (tj. nowotworów, schorzeń sercowo-naczyniowych innych niż niedokrwienna choroba serca), schorzeń psychicznych i neurologicznych, marskości wątroby, urazów zamierzonych oraz urazów nieumyślnych); w przypadku mężczyzn najwyższe wskaźniki dotyczyły marskości wątroby, a następnie urazów nieumyślnych i nowotworów, natomiast w przypadku kobiet kolejno: marskości wątroby, nowotworów i zaburzeń sercowo-naczyniowych¹⁸⁹. Wyraźnie też zaznaczyło się regionalne (w obrębie Europy, która należy do regionów świata o największym spożyciu alkoholu¹⁹⁰) zróżnicowanie współczynnika umieralności związanego z alkoholem: najwyższe wskaźniki zanotowano w Europie Wschodniej i Środkowo-Wschodniej – według danych z 2004 roku na 100 tys. osób w wieku od 15. do 64. roku życia współczynnik ten wynosił dla tego regionu: 129 (dla mężczyzn) i 27 (dla kobiet)¹⁹¹. Na użytek kalkulacji dotyczącej Polski w 2010 roku podsumowano liczbę zgonów w wyniku zaburzeń psychicznych spowodowanych alkoholem, liczbę zgonów w następstwie chorób wątroby o etiologii alkoholowej oraz liczbę zgonów z powodu zatrucia alkoholem i razem odnotowano 10 120 zgonów, których powodem było nadużycie alkoholu lub uzależnienie od niego; do tej liczby należałoby jeszcze dodać liczbę osób, które zginęły w wyniku

¹⁸⁶ Za: M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty...*, op. cit.s. 39-40.

¹⁸⁷ *Zdrowie i ochrona zdrowia...*, op. cit., s. 293.

¹⁸⁸ J. Rehm, K. Shield, *Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and Attributable Burden of Disease in Europe: Potential Gains from Effective Interventions for Alcohol Dependence*, Toronto 2012, s. 35.

¹⁸⁹ P. Anderson, L.Møller, G. Galea, *Alcohol in the European Union. Consumption, Harm and Policy Approaches*, WHO, 2012, s. 31.

¹⁹⁰ *Ibidem*, s. 21.

¹⁹¹ *Ibidem*, s. 29.

wypadków drogowych lub przestępstw, w których nietrzeźwymi byli ich sprawcy i/lub ofiary¹⁹².

Ze sferą zdrowia pośrednio wiążą się także inne konsekwencje, leżące niejako na jej pograniczu i innych sfer. Zostaną one omówione w dalszej części rozważań.

E. Sfera demografii

Konsekwencje z tego obszaru wiążą się zarówno z liczbą urodzeń, jak i zgonów. Częściowo sfera ta powiązana jest ze sferą zdrowia.

Intensywne spożywanie alkoholu może powodować różnorodne zaburzenia hormonalne u obu płci, prowadząc do upośledzenia płodności. W przypadku mężczyzn obserwuje się między innymi nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie ruchliwości plemników oraz uszkodzenie ich struktury; ponadto systematyczne, a niekiedy nawet okazyjne, spożywanie alkoholu może u części mężczyzn prowadzić do impotencji¹⁹³. U kobiet natomiast alkohol, działając na mózg, przysadkę i jajniki, może zaburzać gospodarkę hormonalną warunkującą rozwój i funkcjonowanie systemu rozrodczego kobiety¹⁹⁴. Następstwem tych zmian są na ogół zaburzenia popędu płciowego i miesiączkowania (cykle zanikające, nieregularne i bezowulacyjne), obniżona płodność, bezpłodność oraz wcześniejsza menopauza¹⁹⁵.

Ponadto u kobiet, które piją alkohol w okresie ciąży, znacznie częściej zdarzają się porody niewczesne i przedwczesne oraz poronienia samoistne¹⁹⁶. W przypadku zwiększonej skali spożycia alkoholu w danym społeczeństwie ostatecznie może to prowadzić do obniżenia liczby urodzeń dzieci.

Kolejnym skutkiem używania i nadużywania alkoholu oraz uzależnienia od niego, na pograniczu sfery demografii, zdrowia i prawa, jest uleganie

¹⁹² Obliczenia za: M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty...*, op. cit., s. 67.

¹⁹³ Za: B.T. Woronowicz, *Na zdrowie!...*, op. cit., s. 69.

¹⁹⁴ W. Les Dees, V.K. Srivastava, J.K. Hiney, *Alcohol and Female Puberty. The Role of Intraovarian Systems*, „Alcohol Research and Health” 2001, nr 4, s. 271-275 – za: J. Moskalewicz, *Problemy zdrowia...*, op. cit.

¹⁹⁵ Patrz. np. S. Wilsnack, A.D. Klassen, R.W. Wilsnack, *Drinking and Reproductive Dysfunction Among Women in a 1981 National Survey*, „Alcoholism, Clinical and Experimental Research” 1984, nr 8, s. 451-458; N.K. Mello, J.H. Mendelson, S.K. Teoh, *Overview of the Effects of Alcohol on the Neuroendocrine Function in Women*, (w:) S. Zakhari (red.), *Alcohol and the Endocrine System. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph*, Bethesda 1993, s. 139-169; F. Grodstein, M.B. Goldman, D.W. Cramer, *Infertility in Women and Moderate Alcohol Use*, „American Journal of Public Health” 1994, nr 84, s. 1429-1432 – za: J. Moskalewicz, *Problemy zdrowia...*, op. cit.

¹⁹⁶ Patrz. np. E.L. Abel, *Maternal Alcohol Consumption and Spontaneous Abortion*, „Alcohol and Alcoholism” 1997, nr 32, s. 211-219 – za: J. Moskalewicz, *Problemy zdrowia...*, op. cit.

wypadkom¹⁹⁷. Ponieważ każde stężenie alkoholu we krwi upośledza umiejętności kierowcy i każde spożycie alkoholu powoduje obniżenie jego zdolności w zakresie spowolnienia reakcji, przewidywania i koncentracji uwagi, osoby pod wpływem alkoholu mogą stać się zarówno sprawcami, jak i ofiarami wypadków. Mowa tu między innymi o wypadkach drogowych. Udowodniono, że ryzyko zagrożenia wypadkiem drogowym w zależności od stężenia alkoholu we krwi zwiększa się siedem razy przy stężeniu od 0,5 do 1,0‰, 31 razy przy stężeniu pomiędzy 1 a 1,5‰, zaś 128 razy przy stężeniu powyżej 1,5‰¹⁹⁸. Jednocześnie szacuje się, że ryzyko śmiertelnego wypadku u kierowców pijących w porównaniu do kierowców, którzy nie pili alkoholu, jest znacznie wyższe: 1,4 razy przy stężeniu 0,2-0,4‰, 11,1 razy przy stężeniu 0,5-0,9‰, 48 razy przy stężeniu 1,0-1,4‰ oraz 380 razy przy stężeniu powyżej 1,5‰¹⁹⁹. W innych badaniach „porównanie stężeń alkoholu we krwi (BAC) kierowców biorących udział w wypadkach i tych niebiorących w nich udziału dowiodło, że ryzyko śmierci w wypadku samochodowym dla kierowców obu płci, niezależnie od wieku, mających we krwi między 0,2 a 0,49 promila alkoholu wzrasta co najmniej trzykrotnie. Dla zawartości alkoholu we krwi między 0,5 a 0,75 promila, ryzyko to wzrasta co najmniej sześciokrotnie, a jedenastokrotnie dla stężenia alkoholu we krwi między 0,8 a 0,99 promila”²⁰⁰. Tymczasem wyniki badania TNS OBOP z 2013 roku, będące jakościowo-ilościową ewaluacją zjawiska prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, pokazują, że największą częstotliwość picia alkoholu deklarowały osoby, które kiedykolwiek prowadziły pojazd pod jego wpływem: 24% z nich orzekło, że alkohol pije kilka razy w tygodniu; co trzeci kierowca twierdził, że kontroluje sytuację i nigdy nie doprowadził do tego, by wypić za dużo; takiej samodyscypliny nie mieli już kierowcy, którym zdarzało się prowadzić samochód po wypiciu alkoholu, bowiem 84% przydarzyło się to przynajmniej raz w życiu²⁰¹. Ogólne wnioski

¹⁹⁷ Patrz. np. I. Kin-Dittmann, *Nietrzeźwi uczestnicy wypadków drogowych w latach 2000-2006*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, nr 4, s. 361-375.

¹⁹⁸ Za: B. T. Woronowicz, *Na zdrowie!...*, op. cit., s. 234.

¹⁹⁹ Ibidem, s. 234.

²⁰⁰ Za: P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie...*, op. cit., s. 120.

²⁰¹ Te i kolejne dane patrz. <http://krbrd.gov.pl/download/pdf/Raport%20TNS%20OBOP.pdf> (dostęp: 04.01.2014). Badanie to pokazało także, że przed wyjściem na imprezę alkohol pije 18% młodych kierowców i 16% kierowców bez doświadczenia. Najczęstszym miejscem picia alkoholu wszystkich kierowców, również tych, którzy następnie po tym prowadzą pojazd, był własny dom, w dalszej kolejności dom znajomych czy spotkania rodzinne. Spośród wszystkich alkoholi największą popularnością cieszyło się piwo – to najbardziej lubiany i spożywany w największych ilościach trunk przez wszystkich uczestników ruchu drogowego, w drugiej kolejności wybierana była wódka. Najczęstszym wyjaśnieniem prowadzenia po alkoholu była próba racjonalizacji: kierowcy, którzy mieli takie doświadczenia, twierdzili, że wymagała tego od nich sytuacja (39%), zaś kolejnym argumentem było poczucie, że ilość

dotyczące picia alkoholu i prowadzenia pojazdów nieco różnicują się, jeśli chodzi o wielkość miejscowości, z których pochodzili respondenci: kierowcy wielkomiejscy cechowali się dużym poczuciem pewności, że wypity alkohol nie ma wpływu na percepcję rzeczywistości, a oni kontrolują sytuację, choć z drugiej strony wiedzieli, że nie mogą jeździć po spożyciu alkoholu, ponieważ w dużych miastach kontrole policyjne są zdecydowanie częstsze; średnie miasto na poziomie deklaracji wpisuje się w myślenie wielkomiejskich lokalizacji – ich mieszkańcy twierdzili, że jeżdżą po spożyciu małych ilości alkoholu i zawsze kontrolują swój stan; małe miejscowości i wsie to przede wszystkim ogólne przyzwolenie na jazdę po alkoholu. Czynnikiem, który w znacznym stopniu różnicuje zachowania kierowców pod wpływem alkoholu, była płeć. Zarówno we wszystkich regionach Polski, jak i w lokalizacjach o różnej wielkości, można zaobserwować zestaw pewnych zachowań typowych dla kobiet oraz typowych dla mężczyzn. I tak kobiety (szczególnie w grupie wiekowej 26-40 lat), wsiadając do samochodu nawet po spożyciu niewielkiej ilości alkoholu, mają wiele obaw związanych z tym, że postępują niewłaściwie, a wynikiem tych obaw i strachu jest zachowawcze prowadzenie samochodu. Kobiety kierowcy częściej są refleksyjne, myślą o ewentualnych konsekwencjach swojego zachowania i odpowiedzialności, jaka na nich spoczywa i potrzebują większego uzasadnienia dla prowadzenia samochodu pod wpływem alkoholu. Mężczyźni natomiast, siadając za kierownicą po spożyciu alkoholu, są bardziej pewni siebie, nie mają obaw związanych z potencjalnym zagrożeniem na drodze czy niewłaściwym zachowaniem, a prowadząc po spożyciu niedużej ilości alkoholu są przekonani, że wypity alkohol nie wpływa na ich sprawność prowadzenia samochodu.

Tymczasem według danych Komendy Głównej Policji od 2002 roku nieco spadają wskaźniki wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeź-

wypitego alkoholu była na tyle mała, że nie przeszkadzała im w jeździe. W celu sprawdzenia znajomości kodeksu drogowego wśród polskich kierowców w zakresie prowadzenia samochodu po spożyciu alkoholu, respondenci zostali zapytani o dopuszczalny limit alkoholu dla kierowcy, zawartość alkoholu we krwi wskazującą na stan po spożyciu alkoholu oraz kwalifikowaną jako stan nietrzeźwości. Trzech na czterech kierowców nie było w stanie określić granicy, której nie należy przekraczać, prowadząc samochód (76%). Okazuje się, że najdokładniejszą wiedzą w tym zakresie dysponowali kierowcy, którzy jeździli pod wpływem alkoholu (81%). Jeśli chodzi o wiedzę na temat limitów spożycia alkoholu, wartości graniczne stanu po spożyciu alkoholu wskazało łącznie 59% badanych, przy czym częściej prawidłowe wartości wskazywali ci, którzy mogli pamiętać je jeszcze z kursów prawa jazdy – młodzi kierowcy oraz kierowcy bez doświadczenia (odpowiednio 65% i 64%). Badani kierowcy najmniej wiedzieli o poziomie wskazującym na „stan nietrzeźwości” (52%); analizując odpowiedzi, okazuje się, że aż 37% wskazało wartość graniczną 0,5‰, zgodnie z prawem kwalifikowaną jeszcze jako „stan po spożyciu”.

wych kierowców²⁰². W 2012 roku nietrzeźwi użytkownicy dróg uczestniczyli w 12,1% ogółu wypadków, śmierć w nich poniosło 16,4% ogółu zabitych, a 11,6% ogółu rannych odniosło obrażenia; w odniesieniu do ogólnej liczby wypadków spowodowanych przez kierujących, nietrzeźwi stanowili 7,7%²⁰³. Dla porównania w 2014 roku, w odniesieniu do ogólnej liczby wypadków spowodowanych przez kierujących pojazdami, nietrzeźwi kierowcy stanowili 6,5%²⁰⁴. Jednym z czynników wpływających na zmniejszenie nietrzeźwości na drogach jest sukcesywny wzrost kontroli policyjnych (w 2014 roku przeprowadzono ponad 15 mln badań stanu trzeźwości; powodem 66% ogółu zatrzymanych praw jazdy była jazda pod wpływem alkoholu)²⁰⁵.

Choć niemożliwym jest oszacowanie wartości życia i zdrowia ludzkiego, a wypadek, zwłaszcza śmiertelny, jest zawsze tragedią, to według wyliczeń Instytutu Badawczego Dróg i Mostów koszt wypadków drogowych w Polsce wynosi rocznie ok. 18 mld zł²⁰⁶, zaś według wyliczeń Komendy Głównej Policji – nawet 30 mld zł²⁰⁷. Opierając się na danych statystycznych dotyczących wypadków powodowanych przez osoby nietrzeźwe, wyliczyć można szacunkowy koszt tych wypadków z perspektywy społecznej sięgający od 2 do ponad 4 mld zł rocznie²⁰⁸.

Należałoby wskazać jeszcze jeden aspekt mieszczący się w tym wątku rozważań, a mianowicie problem prób samobójczych. Udowodniono bowiem bezpośredni związek między ich podejmowaniem a spożywaniem alkoholu²⁰⁹. Dodać tu jeszcze więc należy jedną konsekwencję: w Polsce rocznie popełnianych jest ok. 5-6 tys. prób samobójczych, w tym mniej więcej 1/4 osób usiłuje ich dokonać pod wpływem alkoholu²¹⁰, przy czym część z tych prób podejmowana jest przez osoby uzależnione od alkoholu (mające poczucie beznadziei i bezsensowności własnego życia), pozostające w fazie aktywnego uzależnienia bądź w początkowych stadiach samotnie rozpo-

²⁰² Dane Komendy Głównej Policji, zaczerpnięte ze strony internetowej – <http://statystyka.policja.pl>, (dostęp: 16.09.2016).

²⁰³ Ibidem.

²⁰⁴ *Sprawozdanie z realizacji...*, op. cit., s. 89.

²⁰⁵ Ibidem.

²⁰⁶ Dane zaczerpnięte z: <http://ibdim.edu.pl/index.php/pl/component/content/article/65-aktualnosci/827-koszty> (dostęp: 01.04.2014).

²⁰⁷ Zaczepnięte ze strony internetowej Komendy Głównej Policji: <http://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,Wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> (dostęp: 01.04.2014).

²⁰⁸ Za: M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty...*, op. cit., s. 66.

²⁰⁹ Rossow 1996; za: P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie...*, op. cit., s. 121; A. Kościński, *Alkoholizm i samobójstwo*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 5, s. 7; Z. Ilowski, *Nadużywanie alkoholu a samobójstwa*, „Problemy Alkoholizmu” 1990, nr 7-8, s. 19-20; M. Rudzka-Kołakowska, *Samobójstwa kobiet a alkoholizm*, „Alkoholologia Łódzka” 1967, t. 3, nr 1.

²¹⁰ Dane zaczerpnięte z: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>, (dostęp: 16.09.2016)

częstej abstynencji (bez wsparcia terapeutów i/lub grup samopomocowych) oraz przez osoby nieuzależnione, którym alkohol dodawał odwagi w podjęciu próby samobójczej²¹¹. Z obserwacji specjalistów, np. Anny Krusińskiej, wynika, że uzależnienie od alkoholu bardziej dramatycznie przeżywają kobiety niż mężczyźni i one częściej podejmują ucieczki od nałogu poprzez próby samobójcze²¹².

G. Sfera społeczna

Tutaj konsekwencje wiążą się z zaburzonymi relacjami społecznymi, ze zrywaniem kontaktów, więzi społecznych. Towarzyszy temu brak wrażliwości na innych. Pogłębia się poczucie izolacji społecznej. Skutki dotyczą także zaburzeń w realizacji podstawowych ról społecznych i wynikających z nich zadań. Wiąże się to z szerszym problemem traconych kompetencji (nie tylko społecznych) i atrofią uczestnictwa społecznego jednostki²¹³.

W szerszej zarysowanej sferze – społeczno-kulturowej – skutki ujawniają się w postaci kształtowania się i utrwalania: nierzetelności, nieodpowiedzialności, postaw oportunistycznych, prymitywizacji życia, tendencji do łamania norm (społecznych, prawnych, moralnych), zainteresowań wartościami wyższymi, upadku kultury życia codziennego, zaburzeń procesów socjalizacji dzieci i młodzieży. W następstwie można mówić o procesie wykluczania i wykluczenia społecznego związanego z ułomną partycypacją w jednej lub kilku płaszczyznach życia.

Jest to sfera (wraz z kolejną – sferą życia rodzinnego), co do której istnieje najwięcej trudności w rzetelnym oszacowaniu rozmiarów konsekwencji zaistnienia społecznego problemu alkoholowego.

H. Sfera życia rodzinnego

Problemy alkoholowe jednego członka rodziny rujną życie rodzinne. Powodują konflikty w relacjach małżeńskich (silnie burząc więzi między małżonkami, a w części przypadków doprowadzając do separacji lub rozwodu) oraz fatalne sprawowanie lub rażące zaniedbywanie funkcji rodzicielskich (prowadzące niekiedy do ograniczenia lub odebrania praw rodzicielskich).

²¹¹ A. Krusińska, *Samobójstwo jako próba ucieczki od choroby alkoholowej*, „Problemy Alkoholizmu” 1993, nr 1, s. 7.

²¹² *Ibidem*, s. 8.

²¹³ Szczegółowo przejawy oraz typy społecznego uczestnictwa wyróżnił i objaśnił J. Modrzewski w monografii *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*, Poznań 2004, s. 51 i nast.

Szczególnie niepokojący jest wpływ uzależnienia od alkoholu rodzica/rodziców na dzieci, który pociąga za sobą zakłócenia w ich rozwoju psychofizycznym i zasiewa w nich na całe ich życie konsekwencje wychowywania się w rodzinie zdeorganizowanej przez ten problem któregoś z rodziców²¹⁴.

Wspomnieć tu należy także o destrukcyjnym wpływie na dzieci w okresie prenatalnym alkoholu spożywanego przez ich matki (nie tylko uzależnione, lecz także lekceważące potencjalne skutki takiego postępowania bądź ich nieświadome), powodującym całe spektrum skutków rozwojowych (opóźnień i upośledzeń), nazywane ogólnym terminem FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders), mogącym obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania i uczenia się, trwające załe życie²¹⁵.

Uzależnienie alkoholowe wyciska swe piętno także na małżonkach/partnerach osób uzależnionych²¹⁶. Nierzadko idzie z nim w parze agresja²¹⁷, przemoc, zarówno czynna (fizyczna, seksualna, werbalna), jak i bierna (zaniedbywanie)²¹⁸. Peter Anderson i Ben Baumberg, dokonując przeglądu

²¹⁴ Problematyka rodzin z problemem alkoholowym – analizowana przez pryzmat pełnienia funkcji środowiska wychowawczego – oraz sytuacja dzieci wychowywanych w rodzinach z problemem alkoholowym zostały już dość szeroko opisane w literaturze. Zainteresowanych odsyłam zwłaszcza do następujących opracowań: W. Sztander (oprac.), *Rodzina z problemem alkoholowym*, Warszawa 1993; idem (oprac.), *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa 1995; Z. Gaś, *Rodzina wobec uzależnienia*, Warszawa 1993; idem, *Rodzina a uzależnienie*, Lublin 1994; A. Margasiński, *Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową*, Częstochowa 1996; Z. Ostrihańska, *Zaburzenia życia rodzinnego spowodowane alkoholem*, „Alkoholizm i Narkomania” 1993, nr 1; L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska, *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*, Poznań 2016.

²¹⁵ Takie wspólne stanowisko przyjęły i wyraziły w oświadczeniu z 15 kwietnia 2004 roku NOFAS (National Organisation of Fetal Alcohol Syndrome) oraz FASD Center of Excellence in Washington DC. Za: K.D. Za: K.D. O'Malley, *ADHD and Fetal Alcohol Syndrome Disorders (FASD)*, New York 2007, wersja elektroniczna: <http://books.google.pl> (dostęp: 05.04.2012).

²¹⁶ Ten stan głębokiego uwikłania w chorobę alkoholową bliskiej osoby, nazywany współuzależnieniem, cechuje wiele przejawów. Opis tych osiowych objawów współuzależnienia odnaleźć można np. w: P. Mellody, *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współuzależnienia*, tłum. A. Polkowski, Warszawa 1993; W. Sztander, *Pułapka współuzależnienia*, Warszawa 1995; J. Melibruda, Z. Sobolewska, *Koncepcja i terapia współuzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3; A. Margasiński, *Syndrom współuzależnienia*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2000, nr 5.

²¹⁷ Nie należy ulegać stereotypowemu myśleniu, jakoby sprawcami przemocy domowej byli jedynie mężczyźni. Rzeczywiście stanowią oni większość, ale również kobiety są inicjatorkami przemocy wewnątrzrodzinnej. Dla przykładu: w 2000 roku takich przypadków zanotowano: 2571 kobiet i 67 309 mężczyzn, zaś w 2005 roku: 4153 kobiet i 92 776 mężczyzn. Dane zaczerpnięte z: H. Dmochowska (red.), *Kobiety w Polsce*, Warszawa 2007, s. 247.

²¹⁸ Więcej na ten temat: B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 343 i nast.; S. Nikodemka, *Przemoc wobec bliskich u pacjentów lecznictwa odwykowego*, „Świat Problemów” 2001, nr 1, s. 29-30; P. Serafin, A. Jakubczyk, A. Podgórska, A. Topolewska-Wochońska, M. Wojna, *Przemoc pomiędzy partnerami i zachowania ryzykowne u osób uzależnionych od alkoholu i innych sub-*

dostępnych im badań, doszli do kilku wniosków: ryzyko udziału w akcie przemocy (jako agresora i ofiary) wzrasta wśród ludzi pijących intensywnie; alkohol wiąże się z agresją obu płci (wiele badań wskazuje na to, że związek ten jest silniejszy w przypadku mężczyzn, choć w pewnym badaniu stwierdzono, że po spożyciu tej samej ilości alkoholu, agresja u kobiet była na podobnym lub nieco wyższym poziomie niż u mężczyzn, a ponadto zauważono, że picie w miejscach publicznych sprzyjało kobiecej agresji); ogólna zasada jest taka, że im wyższe spożycie alkoholu, tym groźniejsza przemoc; alkohol zarówno wyzwała przemoc seksualną, jak i w jej następstwie wiele ofiar popada w problemy alkoholowe²¹⁹. Okazuje się także, że kobiety mające problem z alkoholem często miewają również problemy małżeńskie; alkoholiczki deklarują, że ich partnerzy są bardzo agresywni, a kobiety, które stają się ofiarami przemocy z powodu alkoholu, same spożywają go więcej²²⁰.

Zasygnalizowane tu konsekwencje problemu alkoholowego są wieloaspektowe, mają szeroki zasięg i dają podstawy do niepokoju społecznego. Część z nich pociąga za sobą bezpośrednie koszty, wydatki i straty mierzalne za pomocą uchwytnych wskaźników, część natomiast, ze względu na swój niematerialny charakter, wymyka się możliwości mierzalnego oszacowania ich wielkości²²¹.

Taką próbę podjęli: Maciej Bogucki, Jakub Gierzyński i Jerzy Grylewicz, którzy w celu przeprowadzenia badania kosztów związanych ze szkodliwym używaniem alkoholu i uzależnieniem od alkoholu sporządzili listę pozycji kosztowych, zawierając w niej: koszty bezpośrednie medyczne (wśród nich: wydatki NFZ w ramach hospitalizacji, leczenia ambu-

stancji psychoaktywnych, „Alkoholizm i Narkomania” 2012, nr 3, s. 289-305; *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów...*, op. cit., s. 24-26.

²¹⁹ P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie...*, op. cit., s. 114-115.

²²⁰ Za: *ibidem*, s. 116.

²²¹ Propozycje metod badawczych, za pomocą których można otrzymać liczbowe oszacowanie zjawisk związanych z konsumpcją i nadużywaniem alkoholu oraz ich konsekwencji, zawarte zostały np. w: Z. Mielecka-Kubień, *Ilościowe aspekty badania problemów alkoholowych w Polsce*, Katowice 2001.

Próba zebrania efektów kalkulacji kosztów picia alkoholu (dotyczących przeżywalności i konsekwencji ekonomicznych), dokonana w oparciu o przegląd literatury obejmującej artykuły opublikowane w bazie PubMed oraz tzw. szarej literatury w latach 2004-2014 (wraz z metodologią i wynikami), została opisana w: K. Kolasa, *Jakie są skutki finansowe i zdrowotne picia alkoholu? Przegląd literatury*, „Alkoholizm i Narkomania” 2015, nr 28.

Przykładem oszacowania indywidualnych niektórych skutków picia alkoholu – z punktu widzenia osoby pijącej – są wyniki badania zawarte w: Z. Mielecka-Kubień, E. Wędzicha, P. Barczak, *Ekometryczna analiza skutków nadużywania alkoholu*, Katowice 2006.

latoryjnego, rehabilitacji oraz porad lekarskich i psychologicznych), koszty bezpośrednie medyczne (tj. wydatki Ministerstwa Zdrowia na edukację i profilaktykę; wydatki samorządów; koszty wypadków drogowych – policja, sąd, więzienia; koszty przestępstw – policja, sąd, więzienia), koszty pośrednie (zwolnienia chorobowe; renty i inwalidztwo; przedwczesna śmiertelność; utrata produktywności w pracy; bezrobocie), a także koszty niepoliczalne (do nich zaliczono: spadek jakości życia – w aspekcie zdrowotnym i psychicznym, cierpienie rodzin, negatywny wpływ na wychowanie dzieci, cierpienie ofiar wypadków drogowych i przestępstw, ubóstwo, degradacja i wykluczenie społeczne)²²². I choć część z tych wydatków jest niemożliwa do policzenia, gdyż nie dysponujemy wiarygodnymi źródłami danych, podejmowano próby oszacowania rozmiarów szkód związanych ze spożywaniem alkoholu (straty bezpośrednie i pośrednie). Przykładowo: w 2003 roku szkody te kosztowały państwa europejskie ok. 125 mld euro rocznie, co równa się 1,3% produktu krajowego brutto (PKB), czyli ok. 650 euro na każde gospodarstwo w UE²²³. W świetle raportu Jürgena Rehma i Kevina Shielda, dotyczącego Unii Europejskiej w 2010 roku, największą część kosztów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego stanowiły: śmiertelność – 45,2 mld euro, przestępczość – 41,4 mld euro, ochrona zdrowia – 27,7 mld euro, bezrobocie – 17,6 mld euro, wypadki drogowe – 12,6 mld euro oraz absencje w pracy – 11,3 mld euro²²⁴. Dla Polski całościowe koszty społeczne związane z piciem alkoholu można estymować (według odsetka PKB) na poziomie przykładowo w 2010 roku – ok. 14,16 mld zł, a w 2011 roku – 15,23 mld zł, zaś biorąc pod uwagę estymację kosztów na poziomie 3% PKB (przyjmowanym przez WHO), koszty te mogą wynieść ok. 45 mld zł²²⁵.

Żaden jednak ze sposobów szacowania szkód, kosztów i strat nie oddaje pełnej skali problemów powstałych w efekcie uzależnienia od alkoholu, bo jak podkreśla Roman Pomianowski: jak oszacować utratę indywidualnych potencjałów, którym uzależnienie nie pozwoliło się rozwinąć, albo jak policzyć osoby poszkodowane uzależnieniem innej osoby w sposób bezpośredni, ale i pośredni?²²⁶. Co więcej „w tzw. rachunku zysków i strat należy stwier-

²²² M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty...*, op. cit., s. 38.

²²³ P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie...*, op. cit., s. 56.

²²⁴ Opracowanie własne autorów raportu *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce* (M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty...*, op. cit., s. 23) na podstawie: J. Rehm, K. Shield, *Alcohol Consumption...*, op. cit.

²²⁵ M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty...*, op. cit., s. 20.

²²⁶ R. Pomianowski, *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, (w:) J. Miluska (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, Poznań 1998, s. 279.

dzić, że koszty społeczne i ekonomiczne nadużywania i uzależnienia od alkoholu przewyższają kilkukrotnie dochody państwa z tytułu podatków od sprzedaży wyrobów alkoholowych w Polsce²²⁷.

Jak zostało już wcześniej zasygnalizowane, analizy problemów społecznych mogą być dokonywane z perspektywy obiektywistycznej i subiektywistycznej. Dopełniając się wzajemnie, tworzą pełen obraz problemu, dlatego kolejny podrozdział stanowi omówienie indywidualnego wymiaru doświadczeń alkoholowych.

1.3. Indywidualny wymiar doświadczeń alkoholowych – jednostka w roli alkoholika

Alkoholizm nie zaczyna się w izbie wytrzeźwień ani w ryszotoku – tam raczej sytuuje się kres drogi alkoholowej niż jej początek²²⁸. Podkreślić tu należy niejednorodne, zindywidualizowane drogi wnikania się w problemy alkoholowe (ich różnorodną genezę) i ich rozwój (dynamikę). Dominacja uwarunkowań o charakterze indywidualnym (biologicznym bądź psychologicznym) lub społecznym (tła społeczno-kulturowego), nierzadko ich spłot, implikuje kształt i dynamikę jednostkowych doświadczeń alkoholowych²²⁹.

Na drodze od picia kontrolowanego do uzależnienia od alkoholu wyróżnić można pewne stadia. Znajomość symptomów charakterystycznych dla każdego z nich pozwala na wykrycie niepokojących objawów. Takiego wyszczególnienia faz choroby alkoholowej podjął się ponad pół wieku temu Elvin M. Jellinek²³⁰ (i do niego nawiązuje DSM-5), który wyróżnił cztery fazy jej przebiegu:

1. Faza wstępna („przedalkoholiczna”; objawowa; tzw. picie towarzyskie). Alkohol jest spożywany przez osobę, ponieważ dostarcza jej przyjemności, łagodzi napięcia psychiczne, uśmierza lub usuwa przykre stany emocjonalne (picie w celu uzyskania ulgi) oraz ułatwia nawiązywanie

Podobnie świadomymi niepełnego obrazu danych są niektórzy autorzy wspomnianych raportów.

²²⁷ M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Grylewicz, *Ekonomiczne aspekty...*, op. cit., s. 72.

²²⁸ P. Beylin, *Dyktatura alkoholu*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 137.

²²⁹ Zainteresowanych dywagacjami na ten temat można odesłać do bogatej literatury polskiej i obcojęzycznej.

²³⁰ Tę propozycję w oryginale można prześledzić w: E.M. Jellinek, *The Disease Concept of Alcoholism*, New Brunswick 1962. Opis np. w: J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć alkohol*, tłum. A. Bajsaj, A. Bielasik, Warszawa 1996, s. 70-71; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko, *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Warszawa 2010, s. 72-79; B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 139-140.

kontaktu z innymi ludźmi. W tej fazie następuje powolny wzrost tolerancji na wypijany alkohol, a także tworzy się związek pomiędzy napięciem a alkoholem, aż jego używanie staje się zwyczajowym zachowaniem w sytuacji napięcia (w wyniku powtarzanego doświadczenia łagodzenia napięć psychicznych wywoływanego po spożyciu alkoholu). Uruchamia to proces obniżania się poziomu odporności na napięcia psychiczne, wzmacnia nieumiejętne radzenie sobie ze zdarzeniami stresowymi w sposób inny niż spożycie wówczas alkoholu oraz wygaszanie dotąd nabytych i stosowanych, a także potencjalnie możliwych do wykształcenia jeszcze innych strategii radzenia sobie ze stresem. Szacuje się, że faza ta trwa od kilku miesięcy do około 2 lat.

2. Faza ostrzegawcza (zwiastunowa, wstępna).

Coraz silniejszej koncentracji na alkoholu (picie łączywe, pośpieszne, po kryjomu, ciągle, natrętne myślenie o alkoholu, organizowanie okazji do wypicia) towarzyszy dalszy wzrost ilości wypijanego alkoholu, wzrost tolerancji. Pojawia się poczucie winy w związku z piciem, unikanie rozmów na ten temat oraz rozwój psychologicznych mechanizmów uzależnienia. Faza ta trwa od 6 miesięcy do 4-5 lat.

3. Faza krytyczna (ostra, krzyżowa).

Człowiek w tej fazie utracił już bezpowrotnie kontrolę nad swoim piciem alkoholu (proces nieodwracalny), często doświadcza objawów głodu alkoholowego, koncentruje całe swoje życie na alkoholu i wokół niego, zawężając zainteresowanie otaczającym światem i zaniedbując różne sfery swojego życia, co prowadzi do ich degradacji. Podejmuje próby zaprzestania picia, ale mimo że może zachować okresową abstynencję, to w dalszej perspektywie czasowej okazują się one nieskuteczne. Rozbudowuje system racjonalizacji usprawiedliwień swojego picia i coraz bardziej nieracjonalnych zachowań. Relacje z innymi ludźmi cechuje wrogość, agresja, pretensje, poczucie bycia ofiarą. Pojawiają się ciągi alkoholowe oraz regularne poranne picie, które sygnalizują wejście w czwartą fazę.

4. Faza przewlekła (chroniczna).

Stan nietrzeźwości staje się niemal codziennym i całodobowym, silnie spada tolerancja na alkohol, tj. wypicie nawet niewielkiej ilości powoduje stan upojenia (przy czym zdarza się, że osoba pije nawet alkohole niekonsumpcyjne). Następuje osłabienie zasad moralnych osoby, poważne uszkodzenie jej sprawności funkcji intelektualnych (procesów myślenia i zdolności do oceny faktów) oraz wyniszczenie somatyczne. Na tym etapie jest prawdopodobne, że system racjonalizacji i zaprzeczeń załamał się, a wówczas jest szansa, że osoba podejmie leczenie.

W diagnozie jednostkowych problemów alkoholowych pomocne mogą być robocze definicje Światowej Organizacji Zdrowia, która wprowadziła i doprecyzowała picie okazjonalne, ryzykowne i szkodliwe²³¹ (badając indywidualny model spożywania alkoholu, należy wziąć pod uwagę: ilość i częstotliwość wypijanego alkoholu na tle wzorców kulturowych, wpływ ilości i częstotliwości picia na stan zdrowia i funkcjonowanie społeczne oraz funkcje, jakie alkohol pełni w życiu pijącej osoby i okoliczności jego spożywania)²³².

Mianem okazjonalnego upijania się (lub terminem „picie dla upicia” – ang. *binge drinking*) określa się spożycie alkoholu w ilości co najmniej 60 g alkoholu podczas jednej okazji.

Picie ryzykowne zdefiniowane zostało jako taki poziom spożycia alkoholu lub taki wzorzec picia, przy którym prawdopodobne staje się doznanie szkód, jeśli takie picie będzie kontynuowane. Robocza definicja WHO określa je jako regularne spożywanie dziennie 20-40 g alkoholu przez kobiety i 40-60 g alkoholu przez mężczyzn. Określenie „picie ryzykowne” jest trafniejszym niż stosowane jeszcze niekiedy określenie „picie nadmierne”.

Picie szkodliwe zostało określone przez WHO jako wzorzec picia, który powoduje szkody zdrowotne i psychiczne, a w roboczej definicji za picie szkodliwe uznała sytuacje regularnego dziennego spożywania alkoholu przez kobiety przekraczającego 40 g, a przez mężczyzn przekraczającego 60 g alkoholu.

Natomiast kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu odnaleźć można w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 (kolejna, jedenasta wersja jest w stadium zaawansowanych przygotowań). W dziale wszystkich zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zależnych od używania substancji chemicznych (grupa oznaczona literą F) usytuowane są też te, które związane są z alkoholem (F10), spośród których pod symbolem F10.2 umieszczono zespół uzależnienia od alkoholu (obok dziewięciu innych kategorii²³³). Dla jego orzeczenia należy stwierdzić występowanie trzech lub więcej objawów z poniżej wskazanych przez pewien okres w ciągu ostatniego roku:

²³¹ Ich opis poniżej za: P. Anderson, A. Gual, J. Colom, *Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna. Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji*, tłum. K. Pacholik, Warszawa 2007, s. 20-22.

²³² J. Fudała, *Rozpoznawanie problemów alkoholowych pacjentów*, Warszawa 2007, s. 9.

²³³ Pozostałe to: F 10.0 – ostre zatrucie; F 10.1 – następstwa szkodliwego używania substancji; F 10.3 – zespół abstynencyjny; F 10.4 – zespół abstynencyjny z majaczeniem; F 10.5 – zaburzenia psychotyczne; F 10.6 – zespół amnestyczny; F 10.7 – rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne; F 10.8 – inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania; F 10.9 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, nieokreślone.

- a) silna potrzeba lub przymus picia alkoholu – stan charakteryzujący się wzmożoną i trudną do odparcia chęcią wypicia alkoholu czy upicia się;
- b) trudności w kontrolowaniu rozpoczęcia lub zakończenia picia, lub ilości wypijanego alkoholu;
- c) wystąpienie zespołu abstynencyjnego po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki alkoholu, przejawiające się charakterystycznymi objawami²³⁴ lub przyjmowaniem tej samej (lub bardzo podobnej substancji) w celu zmniejszenia nasilenia lub zapobieżenia wystąpieniu objawów zespołu abstynencyjnego;
- d) objawy zmienionej tolerancji (zmniejszenie się oczekiwanego efektu po spożyciu tej samej dawki alkoholu);
- e) narastające zaniedbywanie lub utrata innych przyjemności bądź zainteresowań z powodu picia alkoholu; zwiększona ilość czasu poświęconego zdobywaniu alkoholu, jego piciu lub odzyskiwaniu równowagi po wypiciu alkoholu;
- f) kontynuowanie picia pomimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw.

Odmienne ujęcie wniosła piąta wersja klasyfikacji DSM²³⁵, opublikowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA), w której wprowadzono dość rewolucyjną zmianę, tzn. zrezygnowano z kategorii diagnostycznych „nadużywanie alkoholu” i „uzależnienie od alkoholu”, wyróżnionych oddzielnie w DSM-IV-TR, zastępując je nową kategorią, nazwaną „zaburzenia związane z używaniem alkoholu” (*alcohol use disorder*)²³⁶. Jak objaśnia Ryszard Poprawa, obecne w DSM-5 podejście hybrydowe stara się integrować kategoriale i dymensjonalne ujmowanie psychopatologii²³⁷.

W DSM-5 ujęto 11 kryteriów diagnostycznych tych zaburzeń:

- 1) częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas, niż zamierzano;
- 2) uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia;

²³⁴ Jego symptomy to: drżenia mięśniowe, naciśnienie tętnicze, tachykardia, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, nastrój drażliwy lub obniżony, lęki.

²³⁵ Patrz. <http://dsm5.org> (dostęp: 10.09.2016).

²³⁶ Przejrzyste porównanie kryteriów diagnostycznych przyjmowanych w DSM-IV i DSM-5 w: A. Jakubczyk, *Uzależnienie i nadużywanie alkoholu a zaburzenie związane z używaniem alkoholu – czym różnią się między sobą kryteria diagnostyczne DSM-IV i DSM-5?, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”* 2016, nr 3, s. 15.

²³⁷ R. Poprawa, *„Skazani” na problemy. W poszukiwaniu osobowościowych uwarunkowań angażowania się mężczyzn w picie alkoholu*, Warszawa 2015, s. 28.

- 3) poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i niwelowaniem skutków picia;
- 4) głód alkoholu lub silne pragnienie, lub potrzeba picia;
- 5) nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu;
- 6) spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębianych przez działanie alkoholu;
- 7) ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych;
- 8) powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa;
- 9) spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębianych przez działanie alkoholu;
- 10) ujawnienie się tolerancji na alkohol związane z potrzebą spożycia znacznie zwiększonej ilości alkoholu (aż do zatrucia) dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu;
- 11) występowanie zespołu abstynencyjnego, który wiąże się z ujawnieniem się charakterystycznych dla tego zespołu objawów lub z używaniem alkoholu (czy innej zbliżonej substancji) w celu zmniejszenia lub uniknięcia tych objawów²³⁸.

Porównanie najnowszej wersji DSM z wcześniejszą pokazuje, że dodano cztery kryteria: dotyczące głodu alkoholowego, dotyczące konsekwencji wielokrotnego spożywania alkoholu w postaci niewypełnienia podstawowych obowiązków, jak i w sytuacjach, w których powoduje to fizyczne zagrożenie, oraz kryterium spożywania alkoholu pomimo uporczywych lub nawracających problemów o charakterze interpersonalnym i społecznym. Istotną zmianą w DSM-5 jest także opisanie dwóch faz remisji uzależnienia od alkoholu: wczesnej, która oznacza, że przez co najmniej trzy miesiące w ciągu roku u pacjenta nie występują objawy uzależnienia, oraz długotrwałej, która dotyczy pacjentów niemających żadnych objawów w ciągu roku lub dłużej (przy czym w obu tych typach może się pojawić głód alkoholu lub silne pragnienie, lub potrzeba picia)²³⁹. Wprowadzony tu został również podział na stopnie nasilenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu – w zależności od liczby

²³⁸ Tłumaczenie za: A. Smochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Smochowiec, *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, „Alkoholizm i Narkomania” 2015, nr 28, s. 57.

²³⁹ Ibidem.

stwierdzonych objawów, występujących łącznie w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wyróżniono postać: łagodną (gdy stwierdzono 2-3 objawy), umiarkowaną (gdy zaobserwowano 4-5 objawów) i ciężką (gdy u osoby zdiagnozowano występowanie 6 i więcej objawów).

Zanim jednak utrwalone zostanie to nowe myślenie, oparte na takim ujęciu problemów alkoholowych, i wypracowane zostaną algorytmy pomagania osobom lokującym się na kontinuum tego stopniowalnego nasilania się symptomów zaburzeń używania alkoholu, warto przypomnieć aktualny przez wiele lat w Polsce psychobiospołeczny model uzależnienia²⁴⁰, przydatny w rozumieniu istoty uzależnienia i funkcjonowania osób uzależnionych od alkoholu. Wskazuje się w nim na trzy charakterystyczne patologiczne mechanizmy tworzące to uzależnienie wraz ze zbiorem zjawisk i czynników aktywizujących te mechanizmy. Powstają one na skutek intensywnego psychofarmakologicznego działania alkoholu, wzmacnianego intra- i interpersonalnymi doświadczeniami, aktywizowanymi specyficznymi okolicznościami zewnętrznymi – sytuacyjnymi (sytuacjami stresu i podwyższonego ryzyka, trwałymi uszkodzeniami ważnych relacji społecznych oraz negatywnymi konsekwencjami społecznymi szkodliwego picia w przeszłości) oraz wewnętrznymi źródłami (uszkodzeniami organizmu, chorobami somatycznymi i psychicznymi, deficytem praktycznych umiejętności życiowych oraz destrukcyjną orientacją życiową)²⁴¹.

Intensywne i długotrwałe picie alkoholu pozostawia trwałe ślady w trzech obszarach funkcjonowania psychologicznego: w sferze doświadczania stanów emocjonalnych, w sferze aktywności umysłowej tworzącej system orientacji poznawczej, a także w centrum osobowości określającym tożsamość i poczucie wartości oraz rodzącym decyzje sterujące postępowaniem. W tychże trzech obszarach lokują się trzy kluczowe mechanizmy uzależnienia.

Pierwszym z nich jest mechanizm nałogowego regulowania uczuć, cechujący się automatyzmem przebiegu procesów emocjonalnych i ich wąskim ukierunkowaniem oraz wskazujący na specyficzny system regulacji psychicznej – nałogowe sterowanie uczuciami. Pozytywne dla regulacji uczuć i wrażeń pewnej homeostazy oddziaływanie alkoholu (powodujące potrzebę panicznego poszukiwania ulgi i szybkiego uspokojenia, uśmierzania lub zła-

²⁴⁰ Opis tego modelu oraz trzech omówionych poniżej mechanizmów uzależnienia w oparciu o: J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997 nr 3 (28); J.K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *Psychopatologia zjawisk społecznych*, (w:) J. Strelau (red. nauk.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk 2007, s. 700-708; komentarz za: R. Pomianowski, *Uzależnienia – współczesną wersją...*, op. cit., s. 270-272; I. Kaczmarczyk, *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce, Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć*, Warszawa 2008, s. 46-47.

²⁴¹ J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczna koncepcja...*, op. cit.

godzenia przykrych stanów emocjonalnych) pociąga za sobą dążenie do ponawiania odczuwania tego stanu, gdy samopoczucie się pogorszy, za pomocą alkoholu, który z czasem staje się stałym i jedynym narzędziem regulacji stanów psychicznych. Wskutek tego, że biochemiczne manipulacje zdeformowały życie emocjonalne człowieka, naturalne połączenia ze światem oparte na związkach między stanami emocjonalnymi a realnymi wydarzeniami zostały zneutralizowane lub poprzerywane. Wynikiem tego jest umacnianie się elementarnych oczekiwań alkoholowych, czyli potężnych pragnień alkoholu jako jedynego środka umożliwiającego poprawę bilansu emocjonalnego.

Na kolejnym poziomie – poznawczym – lokuje się mechanizm iluzji i zaprzeczania. Uszkodzeniu ulega zdolność do spostrzegania, myślenia i osądów oraz ich weryfikacji, prowadząc do samooszukiwania i zagubienia w złudzeniach. Nieadekwatne postrzeganie siebie i otaczającej rzeczywistości, wywołane ścieraniem się negatywnych informacji o szkodach spowodowanych pićm z objawami sygnalizującymi rosnące zapotrzebowanie na pozytywne emocjonalne efekty picia, a następnie uruchomieniem mechanizmu redukcji dysonansu poznawczego, wiąże się ze zniekształceniem odbioru i interpretacji świata. Anna Dodziuk nazywa to mechanizmem samozastępowania oraz wbudowanym pewnym rodzajem zasłony dymnej, inaczej przecież tysiące ludzi nie brnęłyby dalej w samozniszczenie²⁴². Celnie komentuje ten mechanizm Roman Pomianowski: „System orientacyjno-poznawczy osoby uzależnionej zostaje częściowo zablokowany oraz dominowany przez myślenie magiczno-życzeniowe oparte na wierze, że operacje na słowach, myślach i wyobrażeniach tworzą zmiany w realnym świecie. Odbywa się to całkowicie poza świadomością. (...) Nawet na pozór naiwne usprawiedliwianie się przed samym sobą jest w istocie intelektualną obroną, początkiem uporczywego tłumienia uczuć przez intelekt. Uzależniony uczy się żyć, wsłuchując się w swój coraz bardziej «zakłamaną umysł». Intelekt pracujący już obecnie wyłącznie na potrzeby uzależnienia – choroby, a nie swojego właściciela, będzie go ślepo bronić przed zdrowym rozsądkiem, przed przyjęciem pomocy, będzie też do samego końca ukrywał zubożenie życia i nieuchronną ruinę. W końcu uzależniony całkowicie straci kontakt z własnymi uczuciami oraz rzeczywistością. (...) Tragedia polega na tym, że w miarę postępu procesu ten mechanizm obronny będzie działał coraz skuteczniej, zdolność do nieświadomej racjonalizacji zostanie wyćwiczona do perfekcji”²⁴³.

Ostatni z omawianych to mechanizm rozdwójonego „ja”. „Znaczna część procesów emocjonalnych i poznawczych związanych z dwoma poprzednimi

²⁴² A. Dodziuk, *Natógowy człowiek w natógowym społeczeństwie*, (w:) A. Dodziuk, L. Kapler, *Natógowy człowiek*, Warszawa 1999, s. 11.

²⁴³ R. Pomianowski, *Uzależnienia – współczesną wersją...*, op. cit., s. 271.

mechanizmami sięga do struktury «ja» stanowiącej centralny element osobowości. Tamte mechanizmy tworzyły patologiczne pragnienie alkoholu i upośledzenie czynności poznawczych. W strukturze «ja» powstaje trzeci mechanizm, który uszkadza zdolność do kierowania postępowaniem i do podejmowania decyzji przez osobę uzależnioną. Mechanizm ten jest odpowiedzialny za istotne uszkodzenia tej struktury psychicznej ważnej dla całego funkcjonowania osobowości. Uszkodzenia te można określić jako rozpraszenie, rozdwanie i wyrażenie «ja». Dotyczą one podstawowych funkcji struktury «ja», którymi są utrzymywanie poczucia tożsamości i indywidualności, poczucia kompetencji i wpływu na własne postępowanie, poczucia wartości osobistej i sensu życia oraz poczucie moralności²⁴⁴. W wyniku huśtawki emocjonalnej w człowieku uzależnionym następuje stopniowa dysocjacja osobowości i zaczynają w nim funkcjonować jakby dwie osoby. Doświadczenia alkoholowe doprowadzają do utworzenia się biegunowych wersji „ja”, z jednej strony reprezentujących „pijane” złudzenia o własnych zaletach, osiągnięciach i możliwościach („potężne «ja»”), z drugiej natomiast negatywne sądy o własnych kłękach i stratach („upadłe «ja»”). Utracone zostaje poczucie wpływu na bieg własnego życia, uszkodzona zostaje zdolność do podejmowania decyzji i kierowania swoim postępowaniem. Tworzą się fundamenty destrukcyjnej orientacji życiowej na bazie doświadczanych negatywnych stanów uczuciowych związanych z poczuciem winy, wstydu, bezsilności, krzywdy, niższości i bezsensu życia. W konsekwencji picie alkoholu rozprasza granice „ja”, które stają się mniej wyraźne i mniej zwarte, przy czym nie tylko bezpośrednio skutki spożycia alkoholu, ale także oczekiwanie na wypicie wynikające z opisanego uprzednio pragnienia, może spowodować dezintegrację i rozproszenie struktury „ja”²⁴⁵.

Opisane tu mechanizmy uzależnienia tworzą całościowy system kontrolujący, związany z piciem alkoholu i funkcjonowaniem osoby uzależnionej, uniemożliwiający sprawowanie skutecznej kontroli nad własnym piciem²⁴⁶.

Z czasem alkohol (jak i inne substancje psychoaktywne) zaostrza problemy, które z początku miał wyeliminować²⁴⁷, i po pewnym czasie zaczyna zbierać swoje żniwo. Bezradność alkoholika podsyca chęć kontroli nad wszystkimi i wszystkim, uniemożliwiając akceptację świata²⁴⁸; w rzeczywistości jednak okazuje się całkowicie bezsilny i podporządkowany alkoholowi²⁴⁹. W efekcie

²⁴⁴ J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczna koncepcja...*, op. cit.

²⁴⁵ Ibidem.

²⁴⁶ J.K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *Psychopatologia zjawisk...*, op. cit., s. 705.

²⁴⁷ W. Osiatyński, *Alkoholizm: i grzech, i choroba, i...*, Warszawa 2007, s. 18.

²⁴⁸ Ibidem, s. 78.

²⁴⁹ Ibidem, s. 79.

nadużywanie alkoholu wcześniej czy później owocuje pojawieniem się i nasileniem się wielorakich zmian fizycznych i psychicznych, powodujących skutki psychospołeczne w postaci różnorodnych zaburzeń przystosowania i ograniczonej zdolności efektywnego funkcjonowania w rolach społecznych.

Jak wskazuje Jerzy Mellibruda, mimo pewnych indywidualnych różnic, u większości osób uzależnionych od alkoholu można obserwować kilka wspólnych cech w ich wewnętrznej konstrukcji psychicznej, ukierunkowujących ich destrukcyjne funkcjonowanie. Charakterystyczne dla nich są: nastawienie autodestrukcyjne (niskie poczucie wartości, dręczenie i poniżanie siebie, myśli samobójcze, negatywne wizje własnej osoby i własnego życia), destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich (nastawienia obronne lub agresywne, gotowość do wycofywania się i izolacji, podejrzliwość i brak zaufania, nastawienia lub tzw. cechy antyspołeczne albo aspołeczne), rozpad systemu wartości i brak konstruktywnej wizji życia (zwiątpienie, nihilizm, brak wiary w pozytywne wartości i w możliwość ich realizacji, manipulowanie destrukcyjnymi wizjami własnego życia) oraz deficyty w zakresie umiejętności interpersonalnych, intrapersonalnych i zadaniowych²⁵⁰. Towarzyszą temu dysfunkcje poznawcze, a zwłaszcza zaburzenia: operacyjnej pamięci przestrzennej, pamięci krótkotrwałej, abstrakcyjnego myślenia, giętkości myślenia, umiejętności planowania, procesów uwagi i zmiany nastawienia psychicznego, a ponadto obserwowane są trudności w rozwiązywaniu problemów, podejmowaniu decyzji i planowaniu działań, zakłócenia w hamowaniu zachowań i mechanizmach samokontroli oraz tendencja do perseweraacji²⁵¹. Ponadto współistnieć mogą zaburzenia tożsamości, mające bezpośredni związek ze stanami intoksykacji, gdy dochodzi do przejściowego rozpadu lub dysocjacji tożsamości bądź zaburzeń niektórych aspektów tożsamości osobowej (np. ciągłości decyzji czy obrazu siebie), co wtórnie pogłębia zaburzenia integracji doświadczenia²⁵². Kompilacja tych wszystkich elementów ma ogromny wpływ na codzienne funkcjonowanie osób uzależnionych od alkoholu.

Zarysowane powyżej następstwa obecności problemu alkoholowego w polskich realiach, związane przede wszystkim z niemożnością zaspokojenia podstawowych potrzeb (np. socjalnych, witalnych, bezpieczeństwa), pielęgnowania cenionych wartości (np. życia rodzinnego) oraz realizowania

²⁵⁰ J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczna koncepcja...*, op. cit.

²⁵¹ Za: B. Bętkowska-Korpała, *Osobowościowe uwarunkowania dynamiki zdrowienia u osób uzależnionych od alkoholu*, Kraków 2013, s. 39.

²⁵² P. Szczukiewicz, *Zaburzenia tożsamości a terapia uzależnień*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 2, s. 14-15.

marzeń, pragnień i aspiracji, wskazują na adekwatność ulokowania refleksji naukowej zogniskowanej wokół problemów alkoholowych w nurcie rozważań dotyczących problemów społecznych.

Analizowanie problemu alkoholowego ujawnia, że dotyczy on także kobiet. Dyktatura alkoholu nie wybiera płci i okrutnie obchodzi się zarówno z kobietami, jak i z mężczyznami. Niektórzy twierdzą nawet, że – z różnych względów – kobiece problemy alkoholowe są zjawiskiem groźniejszym niż te dotyczące mężczyzn.

ROZDZIAŁ II

Zagrożenie problemem alkoholowym w doświadczeniach współczesnych kobiet – konteksty interwencji społecznej

Kwestia nadużywania i uzależnienia od alkoholu kobiet urasta do rangi problemu (społecznego), zwłaszcza że problem ten zdaje się nie omijać żadnej ich grupy społecznej czy zawodowej. Wprawdzie ze statystyk wynika, że kobiety piją mniej i rzadziej niż mężczyźni, jednak bardziej wnikliwa analiza odkrywa obecność ciągle maskujących się kobiecych problemów alkoholowych²⁵³. Warto zatem przedstawić ich panoramę wraz z konsekwencjami uzasadniającymi społeczny niepokój i uwagę pedagogów.

2.1. Kobięcy problem alkoholowy i jego następstwa wymagające interwencji społecznej

W ostatnich latach obserwuje się w Polsce wzrost odsetka kobiet pijących w sposób ryzykowny, szkodliwy lub wskazujący na uzależnienie od alkoholu²⁵⁴. Choć w naszym kraju wśród osób pijących problemowo lub uzależnionych od alkoholu wciąż zdecydowanie przeważają mężczyźni, to w ostatnich latach obserwowany jest jednak niepokojący trend wśród młodych kobiet, zwłaszcza między 18. a 29. rokiem życia: coraz więcej z nich pije alkohol w dużych ilościach, czasem nawet większych w porównaniu z rówieśnikami płci męskiej²⁵⁵. Także dane uzyskane z amerykańskich badań (Substance Abu-

²⁵³ Sukcesywne ujawnianie od kilku dekad tego faktu było zaskoczeniem i dla moralności społecznej, i dla alkoholologii, dotąd uważanej za dotyczącą tylko mężczyzn – za: J. Raduj, M. Pałyska, *Kobięty alkoholiczki w poradni odwykowej i klubie abstynenta. Związki między wybranymi zmiennymi psychologicznymi i socjomedycznymi*, „Problemy Alkoholizmu” 1991, nr 9, s. 56.

²⁵⁴ Wyniki takich badań patrz. podrozdział 3.1.

²⁵⁵ Z wypowiedzi psychiatry prof. M. Wojnara (przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami, zaczerpnięte z: <http://kobieta.onet.pl/zdrowie/psychologia/mlode-kobiety-pija-coraz-wiecej-alkoholu> (dostęp: 12.03.2014).

se and Mental Health Services Administration, 2002) pokazują, że odsetek kobiet w przedziale wiekowym od 18. do 25. roku życia dogania mężczyzn w tzw. *binge drinking* (picie imprezowym cechującym się wypijaniem dużej ilości alkoholu podczas jednej okazji), osiągając wartość 30% kobiet w tym wieku (przy udziale ok. 50% mężczyzn)²⁵⁶.

Wydawać by się mogło, że równouprawnienie płci dotyczy także kwestii picia alkoholu. Niemniej jednak tradycja i obyczajowość związane z pełnieniem ról kobiecych, silniej zakorzenione zwłaszcza u starszej części społeczeństwa polskiego, wywołują sprzeciw i zgorzelenie widokiem dziewcząt i kobiet pozostających pod wpływem alkoholu w miejscach publicznych, a także nietrzeźwych kobiet identyfikowanych jako matki. „Naruszając tę samą normę obyczajową co mężczyzna – niezależnie o której normie mówimy – kobieta jest znacznie bardziej pod pręgierzem, zarówno własnym, jak i opinii społecznej”²⁵⁷. Choć mechanizmy uzależnień są te same dla obu płci, to jednak pijące i pijane kobiety traktowane są z większą pogardą i wyrzutem niż mężczyźni, a kobiece wstyd i poczucie winy oraz obawa przed stigmatyzacją są większe i bardziej paraliżujące. Wówczas znacznie trudniej jest przyznać się przed samą sobą i innymi, że picie alkoholu wymknęło się spod kontroli i trudniej zwrócić się o pomoc. W głównej mierze z powodu silniejszego społecznego potępienia i surowszych ocen otoczenia, na jakie są narażone pijące kobiety (zwłaszcza będące matkami, bo to ciągle jeszcze głównie na ich barki spada odpowiedzialność za jakość życia rodzinnego, dbałość o dom i wychowanie dzieci), oraz z powodu stawiania kobietom innych niż mężczyznom wymagań moralnych²⁵⁸, pijące kobiety wymykają się dokładnej prezentacji statystycznej. Zwykle częściej i staranniej niż mężczyźni ukrywają swoje uzależnienie i często dopiero jego zaawansowane stadium jest okresem, w którym rozpoczynają leczenie, podejmując tę decyzję samodzielnie lub pod wpływem otoczenia²⁵⁹. Wstyd zamyka błędne koło samotności²⁶⁰. Bojąc się odrzucenia, napiętnowane, osamotnione i z niskim poczuciem własnej wartości, uciekają od życia i ludzi w niszczący je świat iluzji²⁶¹. Między innymi Iwona Zalikowska formułuje sąd o tym, że kobiece alkoholizm jest bardziej skryty, emocjonalny, trudniejszy do zdiagnozowania, a ponadto obciążony wieloma

²⁵⁶ Z rozmowy z dr Anną Basińską, (w:) J. Krzewicki, M. Zdziarski, *Rozmowy o uzależnionych kobietach*, Stare Juchy 2007, s. 32.

²⁵⁷ Rozmowa z mgr Magdaleną Ilnicką, (w:) J. Krzewicki, M. Zdziarski, *Rozmowy o...*, op. cit., s. 19.

²⁵⁸ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009, s. 198.

²⁵⁹ T. Kulisiewicz, *Zespół uzależnienia od alkoholu*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986, s. 219.

²⁶⁰ F. Besançon, *Więzienie, które można otworzyć. Porozumienie z osobą uzależnioną od alkoholu*, tłum. M. Stark, A. Mateusiak, Poznań 1999, s. 40.

²⁶¹ M. Dobczyńska, *Nie przyszedł po to, żeby się poprawić*, „Świat Problemów” 1995, nr 5, s. 5.

stereotypami²⁶². Również zdaniem Joanny Raduj i Macieja Pałyski jego ukryciu w znacznym stopniu sprzyjały religia i patriarchalny układ rodziny, nie zdołając zahamować jego szerzenia się²⁶³. Luba Szawdyn dodaje, że współczesne Polki „biorą na siebie wszystkie role, jakie świat wymyślił: profesjonalistka, żona, matka, kochanka, kierowca, sprzątaczką, kucharką i w końcu się pod tym balastem załamują. Szukają w alkoholu paliwa do życia”²⁶⁴.

Kobięcy model picia napojów alkoholowych nie jest już tak monolityczny, jak dotąd twierdzono. Nadal w jakiejś części tworzy je picie słabszych alkoholi, w ukryciu, w domu, samotnie, bez wszczynania awantur, początkowo związane z „wieczornym kieliszkiem wina na poprawę nastroju”. Zawsze grupę wysokiego ryzyka stanowiły żony alkoholików (przekonane, że gdy będą piły z nimi, to mężczyzna wypije mniej alkoholu lub pozostanie w domu). Współcześnie dołączają nowe typy kobiet uzależnionych od alkoholu, nierzadko dobrze ubrane, odnoszące sukcesy, pozostające poza podejrzeniem: „dziewczyny ze złotych klatek, które sprzedały się w jasyr starszym bogatym panom, żony wymieniane na nowszy model, bizneswomen, które po powrocie do domu zrzucają służbowy mundurek i nagradzają się drinkiem za ciężki dzień”²⁶⁵. Ta ostatnia kategoria kobiet zaliczana jest do tzw. grupy HFA (*high-functioning alcoholic*) – wysoko funkcjonujących alcoholiczek, czyli kobiet, które kamuflują swój problem alkoholowy dbałością o swój wygląd, odnoszeniem sukcesów, byciem poważaną. Ich picie przybiera inny kształt niż picie „domowo-wieczorne” – „to już nie jest damskie sączenie winka. Dziś Polki piją dużo, mocno i do oporu. Szklanka w szklankę z facetami. Swoją niezależność finansową, karierę, wolność i wielkomiejski styl życia podlewają coraz większymi dawkami alkoholu. Nie w domu, za szczególnie zasuniętymi firankami, ale w pubach czy restauracjach. Bez strachu przed społecznym potępieniem”²⁶⁶. „Tak jak kiedyś yuppies, którzy po pracy zdejmowali krawaty i pili do upadłego, tak teraz one stukają obcasami i robią to samo”²⁶⁷, stanowiąc część tzw. *ladette culture*²⁶⁸ – pojęcia ukutego w Wielkiej Brytanii na określenie specyficznej „kolesiowej kultury picia” związanej z hałaśliwymi i swobodnymi, podobnymi do męskich, zachowaniami młodych kobiet w miejscach publicznych, będących pod wpływem dużej ilości spoży-

²⁶² I. Zalikowska, *Terapia, resocjalizacja i readaptacja społeczna skazanych kobiet uzależnionych od alkoholu*, (w:) I. Dybalska (red.), *Kobieta w więzieniu – polski system penitencjarny wobec kobiet w latach 1998-2008*, Warszawa 2009, s. 188.

²⁶³ J. Raduj, M. Pałyska, *Kobiety alkoholizacji w poradni...*, op. cit., s. 56.

²⁶⁴ J. Podgórska, D. Makówka (wsp.), *Alkoholizacja*, „Polityka” 2003, nr 30 (2411), s. 4.

²⁶⁵ *Ibidem*, s. 4.

²⁶⁶ D. Kowalska, I. Michalewicz, *Polki pijane*, „Newsweek” 2006, nr 37, s. 87.

²⁶⁷ *Ibidem*, s. 89.

²⁶⁸ Np. w: „The Guardian”, z 19.04. 2000.

tego alkoholu. Z tego zarysu wyłania się zróżnicowany obraz kobiecego picia, obecnego także w Polsce.

W odróżnieniu od mężczyzn uzależnienie od alkoholu rozwija się szybciej u kobiet i zdają się one także doświadczać intensywniej niż mężczyźni, przynajmniej w niektórych dziedzinach (w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym), negatywnych skutków tak jednorazowego, jak i długotrwałego spożywania alkoholu²⁶⁹. Badania kobiet z uzależnieniem alkoholowym w trakcie leczenia wskazują, że często odczuwają one silniejsze niż mężczyźni fizjologiczne zaburzenia we wczesnym okresie picia (pomimo tego, że spożywają dawki alkoholu mniejsze niż mężczyźni), jak również i to, że konsekwencje związane z intensywnym picciem mogą u kobiet być silniejsze i pojawiać się szybciej²⁷⁰. Relacja z alkoholem jest więc bardziej ryzykowna u kobiet. Wiąże się to z tzw. teleskopowym rozwojem uzależnienia u kobiet, oznaczającym szybkie przejście od picia bezproblemowego do zaawansowanego uzależnienia w ciągu kilku miesięcy, jak gdyby z pominięciem fazy wczesnego i średnio zaawansowanego uzależnienia²⁷¹. Czas między pojawieniem się pierwszych symptomów problemów z alkoholem a rozpoczęciem leczenia zdaje się być krótszy w przypadku kobiet²⁷². Według danych podanych przez Jerzego Fiutowskiego u około 75% badanych kobiet wystarczył zaledwie dwuletni okres picia, by wystąpiły u nich objawy uzależnienia²⁷³. Również, zdaniem tego samego autora, u kobiet szybciej następuje psycho-degradacja alkoholowa manifestująca się: zanikiem uczuć wyższych, uczuć estetycznych i moralnych, narastaniem egocentryzmu, postępującym zawężeniem i obniżeniem zainteresowań (w tym zubożeniem wobec spraw domu i dzieci oraz wulgaryzacją życia seksualnego), prostytutką (zarobkową lub towarzyską, której celem jest zdobycie alkoholu), zanikiem krytycy-

²⁶⁹ S. Nolen-Hoeksema, *Gender Differences in Risk Factors and Consequences for Alcohol Use and Problems*, „Clinical Psychology Review” 2004, t. 24, s. 981-1010.

²⁷⁰ M.Y. Morgan, S. Sherlock, *Sex-related Differences Among 100 Patients with Alcoholic Liver Disease*, „British Medical Journal” 1977, nr 1(6066), s. 939-941; S.Y. Hill, *Vulnerability to the Biomedical Consequences of Alcoholism and Alcohol-related Problems Among Women*, (w:) S.C. Wilnsack, L.J. Beckman (red.), *Alcohol Problems in Women. Antecedents, Consequences, and Intervention*, New York 1984, s. 121-154; M. Wojnar, D. Wasilewski, H. Matsumoto, A. Cedro, *Różnice w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych u kobiet i mężczyzn*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 1, s. 21-32.

²⁷¹ E.M. Jellinek, *The Disease Concept of Alcoholism*, New Haven 1960; za: S. Brown, *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, tłum. E. Woydyłło, Warszawa 1992, s. 96.

²⁷² D.S. Hasin, B.F. Grant, J. Weinflash, *Male/Female Differences in Alcohol-Related Problems: Alcohol Rehabilitation Patients*, „International Journal of the Addictions” 1988, nr 23(5), s. 437-448; N.J. Piazza, J.L. Vrbka, R.D. Yeager, *Telescoping of Alcoholism in Women Alcoholics*, „International Journal of the Addictions” 1989, nr 24, s. 19-28.

²⁷³ J. Fiutowski, *Obyczaj, nawyk czy choroba?*, Warszawa 1978, s. 23.

zmu w stosunku do siebie i całej swojej sytuacji życiowej²⁷⁴. Choć rezultaty prac badawczych nad naturą zdolności i deficytów poznawczych powstałych u osób obojga płci długotrwale nadużywających alkoholu wskazują na podobieństwo zaburzeń funkcji neuropsychologicznych bez względu na płeć oraz podobne ubytki tkanki mózgowej u uzależnionych kobiet i mężczyzn, to jednak świadczą one o tym, że kobiety są bardziej niż mężczyźni narażone na zaburzenia poznawcze wskutek długotrwałego nadużywania alkoholu, mimo picia zazwyczaj mniejszych ilości alkoholu i przez czas krótszy niż mężczyźni²⁷⁵. Jak zauważa Katarzyna Geron, „wraz z rozwojem uzależnienia od alkoholu pojawia się coraz większa trudność w wywiązywaniu się z ról społecznych i zawodowych, a szybkość przechodzenia kolejnych faz choroby przez kobiety sprawia, że szybciej wypadają one z ich pełnienia”²⁷⁶.

Ponadto charakterystyczne dla kobiet uzależnionych od alkoholu jest to, że wiele z nich jest dotkniętych politoksykomania²⁷⁷, co dodatkowo pogarsza ich stan, a także utrudnia diagnozowanie i proces terapeutyczny. Wysuwane są tezy o generalnie szybszym uzależnianiu się kobiet nie tylko od alkoholu, ale również innych substancji psychoaktywnych²⁷⁸.

Picie alkoholu przez kobiety niepokoi także w okresie, gdy są one w ciąży. Szkodliwy wpływ alkoholu na płód to zwiększone ryzyko poronienia, niska waga urodzeniowa dziecka, upośledzenia wzrostu wewnątrzmacicznego²⁷⁹, a także sygnalizowane wcześniej skutki obejmujące spektrum zaburzeń FASD.

Oburzenie społeczeństwa budzą doniesienia mediów o matkach, które będąc w stanie upojenia alkoholowego, zaniedbują swoje dzieci, swoje codzienne obowiązki matki lub, co więcej, doprowadziły do tragedii swoich

²⁷⁴ Ibidem, s. 23. Do identycznego wniosku dotyczącego psychodegradacji alkoholowej kobiet doszła także K. Łęczycka, zauważając, że jej stopień (z przewagą występowania jej objawów) zaznaczał się wyraźniej u kobiet – patrz. K. Łęczycka, *Klinika alkoholizmu...*, op. cit., s. 87.

²⁷⁵ Wniosek za: S.Jo Nixon, *Deficyty funkcji poznawczych u kobiet uzależnionych od alkoholu*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa 1997, s. 154-155, 161.

²⁷⁶ K. Geron, *Płeć a uzależnienie od alkoholu*, (w:) A. Kuczyńska, E.K. Dzikowska (red.), *Zrozumieć płeć. Studia interdyscyplinarne*, Wrocław 2004, s. 436.

²⁷⁷ Potwierdzają to np. wyniki badań przywoływanych przez K. Łęczycką już prawie 30 lat temu w: K. Łęczycka, *Specyfika rehabilitacji uzależnionych kobiet*, „Problemy Alkoholizmu” 1989, nr 11, s. 18.

²⁷⁸ W świetle wyników wybranych badań kobiety uzależnione od alkoholu 5-krotnie częściej przyjmowały inne środki uzależniające – patrz. M. Wojnar, D. Wasilewski, H. Matsumoto, A. Cedro, *Różnice w przebiegu...*, op. cit., s. 29.

²⁷⁹ E. Abel, *Maternal Alcohol Consumption and Spontaneous Abortion*, „Alcohol and Alcoholism” 1997, nr 32, s. 211-219; K.A. Bradley, S. Badrinath, K. Bush, J. Boyd-Wickizier, B. Anawalt, *Medical Risks for Women Who Drink Alcohol*, „Journal of General Internal Medicine” 1998, nr 13, s. 627-639; A. Albertsen, A.M. Andersen, J. Olsen, M. Grønbaek, *Alcohol Consumption During Pregnancy and Risk of Preterm Delivery*, „American Journal of Epidemiology” 2004, nr 159, s. 155-161.

dzieci, np. w postaci poważnych schorzeń czy powikłań zdrowotnych. Problem alkoholowy kobiety matki naznacza rozwój jej dzieci, powoduje wielorakie zaniedbania i długotrwałe konsekwencje. Ta, która ma być „ciepłem, źródłem życia, pokarmem, miłością, bezpieczeństwem, domem, z którego wychodzimy, naturą, glebą i oceanem, a jej miłość szczęściem, spokojem, błogosławieństwem, niczym nieuwarunkowaną afirmacją życia dziecka i jego potrzeb”²⁸⁰, popadając w problemy alkoholowe, zawodzi w pełnieniu tej roli, w spełnianiu tych zadań i oczekiwań. Zdaniem Lucyny Golińskiej, picie matki prowadzi głównie do zaburzeń emocjonalnych dziecka (podczas gdy picie ojca do zaburzeń w zachowaniu)²⁸¹. Silnym argumentem przemawiającym za podejmowaniem kwestii uzależnień od alkoholu kobiet jest rozległość konsekwencji socjalizacyjnych dotyczących wychowywane przez nie dzieci.

Obraz problemów alkoholowych dopełniają wyniki ogólnopolskich badań ESPAD²⁸² (ostatnia edycja przeprowadzona została w 2015 roku), z których wynika, że napoje alkoholowe nadal są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej obu płci (podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa). Wynika z nich, że przynajmniej raz w ciągu całego swojego życia piło alkohol 83,8% uczniów z młodszej grupy (gimnazjalistów z klas trzecich) i 95,8% uczniów ze starszej grupy (uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych)²⁸³. Porównanie wyników badania z 2015 roku z wynikami badań zrealizowanych w 2011 roku w zakresie picia alkoholu przez młodzież wykazało kontynuację trendu spadkowego. Studzącym optymizm niech będzie przywołanie faktu, że próby picia w 2015 roku miało za sobą 83,8% gimnazjalistów z klas trzecich i 95,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych oraz że zacierają się różnice we wzorach picia dziewcząt i chłopców.

Nie ulega wątpliwości, że przywołane powyżej argumenty stanowią uzasadnienie dla podejmowania problematyki kobiecego problemu alkoholowego i analizowania jego skutków w wymiarze zarówno indywidualnym, jak i społecznym, a w ich następstwie – do podejmowania skutecznych działań.

²⁸⁰ E. Fromm, *O sztuce miłości*, tłum. A. Bogdański, Warszawa 1997.

²⁸¹ Rozmowa z prof. dr hab. Lucyną Golińską, (w:) J. Krzewicki, M. Zdziarski, *Rozmowy o uzależnionych kobietach*, Stare Juchy 2007, s. 48.

²⁸² Są to badania ankietowe realizowane co cztery lata w Polsce, będące częścią międzynarodowego projektu „European School Survey. Project on Alcohol and Drugs”. W Polsce przeprowadzane są na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (w wieku 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (w wieku 17-18 lat). Wyniki patrz. J. Sierosławski, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Warszawa 2015.

²⁸³ Szczegółowiej o tych wynikach patrz. podrozdział 3.1.

Choć w uzależnieniu od alkoholu – bez względu na płeć – wpisane są te same mechanizmy, to jednak kobiece problemy alkoholowe różnią się częściowo od męskich przyczynami, przebiegiem i następstwami, mając swe źródło w naturze biologicznej, psychologicznej i społeczno-kulturowej²⁸⁴.

2.2. Specyfika kobiecego używania, nadużywania, uzależniania się i uzależnienia od alkoholu – aspekty biologiczne, psychologiczne i społeczno-kulturowe

Zdaniem niektórych w problemach alkoholowych kobiet i mężczyzn jest więcej podobieństw niż różnic (zwłaszcza że obserwacje codzienności zdają się sugerować, iż emancypacja kobiet wtargnęła nawet w tę sferę), inni zaś twierdzą, że kobiece problemy alkoholowe charakteryzują się cechami swoistymi, różniącymi je od mężczyzn. Różnice te – dostrzegalne zarówno w patogenezie, jak i obrazie klinicznym uzależnienia od alkoholu²⁸⁵ oraz jego dynamice – wynikają po części z odmienności psychofizycznej kobiet i mężczyzn oraz uwarunkowań społeczno-kulturowych.

Kobiece używanie, nadużywanie, uzależnianie się i uzależnienie od alkoholu – wymiar biologiczny

Badania nad biologicznymi uwarunkowaniami odmienności problemów alkoholowych kobiet i mężczyzn wskazują na pewne różnice ich aspektów analizowane z uwzględnieniem podziału na płcie²⁸⁶; podobne zróżnicowanie dotyczy częstotliwości i intensywności konsekwencji używania i nadużywania alkoholu przez kobiety.

Pod względem fizjologicznym kobiety są wrażliwsze niż mężczyźni na działanie alkoholu; przeciętny organizm kobiecy silniej odczuwa toksyczny wpływ alkoholu, dysponując mniejszymi zdolnościami do obrony przed jego negatywnymi konsekwencjami. Skoro metabolizm alkoholu u kobiet przebiega wolniej niż u mężczyzn, a do tego inna jest kobieca gospodarka hormonalna, to występowanie szkód zdrowotnych spowodowanych nadużywaniem

²⁸⁴ T. Kulisiewicz, *Zespół uzależnienia...*, op. cit., s. 219.

²⁸⁵ M. Ziółkowski, B. Augustyńska, J. Budzyński, *Płeć a uzależnienie od alkoholu*, (w:) L. Cierpiąłkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Poznań 2006, s. 122.

²⁸⁶ Jak zauważył B. Habrat, badania nad biologicznymi uwarunkowaniami odmienności uzależnienia od alkoholu kobiet cechuje mniejsza podatność na manipulacje związane np. z oczekiwaniami ich sponsorów (B. Habrat, *Alkoholizm mężczyzn i kobiet – biologiczne uwarunkowania różnic*, „Świat Problemów” 2002, nr 10, s. 16).

alkoholu jest w porównaniu z mężczyznami u nich częstsze oraz ujawniają się wcześniej, po krótszym okresie picia i po mniejszych dawkach alkoholu. Nadużywanie alkoholu szybciej więc i bardziej spektakularnie uszkadza ko-
biece organizmy²⁸⁷.

Uważa się, że biodostępność alkoholu jest wyższa u kobiet; tzn. z powodu mniejszej zdolności organizmu kobiety do rozkładania alkoholu w żołądku więcej wnika go do krwiobiegu, co oznacza większe stężenie alkoholu we krwi nawet o 30-40%²⁸⁸. W pewnych warunkach enzym dehydrogenazy alkoholowej (*gastric ADH*, który metabolizuje część alkoholu, zanim zostanie on wchłonięty) zyskuje wyższą aktywność w śluzówce żołądka i może rozkładać alkohol niemal dwa razy skuteczniej u mężczyzn niż u kobiet²⁸⁹, co skutkuje wyższym stężeniem alkoholu we krwi u kobiet.

Na spowolnienie procesów metabolicznych wpływ ma mniejsza objętość płynów ustrojowych, mniejsza zawartość wody w organizmie kobiety oraz wyższy stosunek tkanki tłuszczowej do beztłuszczowej masy ciała (kobiety mają ok. 20% tłuszczu więcej w organizmie i odpowiednio mniejszą ilość wody, która lepiej niż tłuszcz rozpuszcza alkohol)²⁹⁰, w efekcie czego kobieta ważąca tyle samo co mężczyzna, po spożyciu takiej samej ilości alkoholu, osiągnie poziom alkoholu we krwi wyższy od mężczyzny²⁹¹.

Mario Frezza i członkowie jego zespołu wywnioskowali, że w pierwszej fazie metabolizm alkoholu jest w porównaniu z mężczyznami zmniejszony u kobiet oraz że zwiększona biodostępność etanolu wynikająca ze spadku metabolizowania etanolu w żołądku może przyczynić się do zwiększenia podatności kobiet na szkodliwe działanie alkoholu i ich wrażliwości na ostre i przewlekłe powikłania²⁹².

Dodatkowo estrogen – typowo żeński hormon – sprzyja intensywniejszemu wchłanianiu alkoholu z przewodu pokarmowego i zwiększa jego tok-

²⁸⁷ A. Winkler zauważa, że szkody fizyczne spowodowane nadużywaniem alkoholu przez 30-letnią kobietę bywają identyczne jak u 40-letniego mężczyzny nadużywającego alkoholu. Patrz. A. Winkler, *Alkoholizm kobiet. Specyfika picia i specyfika leczenia*, „Świat Problemów” 1995, nr 5, s. 2.

²⁸⁸ J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć...*, op. cit., s. 50; F.S. Greenfield, *Women and Substance Use Disorders*, (w:) M.F. Jensvold, U. Halbreich (ed.), *Psychopharmacology and Women: Sex, Gender, and Hormones*, Washington 1996, za: M. Ziółkowski, B. Augustyńska, J. Budzyński, *Płeć a uzależnienie...*, op. cit., s. 123-124.

²⁸⁹ S.R. Deal, J.S. Gavalier, *Czy kobiety są bardziej niż mężczyźni podatne na marskość wątroby spowodowaną piciem alkoholu*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol...*, op. cit., s. 47.

²⁹⁰ R. Swift, 2003, za: P. Anderson, A. Gual, J. Colom, *Alkohol i podstawowa opieka...*, op. cit., s. 55; J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć...*, op. cit., s. 53; L. Chrostek, B. Cylwik, M. Szmitkowski, *Różnice płciowe w metabolizmie etanolu*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 2004, nr 3, s. 347-353; S.R. Deal, J.S. Gavalier, *Czy kobiety są bardziej...*, op. cit., s. 47.

²⁹¹ J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć...*, op. cit., s. 54.

²⁹² M. Frezza i in., *High Blood Alcohol Levels in Women: The Role of Decreased Gastric Alcohol Dehydrogenase and First-pass Metabolism*, „New England Journal of Medicine” 1990, nr 322(2), s. 95-99.

syczność²⁹³. Jego podwyższony poziom tuż przed owulacją oraz w drugiej połowie cyklu menstruacyjnego to okres, gdy picie kobiet staje się jeszcze bardziej ryzykowne – kobiety szybciej absorbują alkohol, czyli szybciej się upijają²⁹⁴, mając jednocześnie zwolniony metabolizm alkoholu, zatem działa on dłużej²⁹⁵ i objawy zatrucia nim są znaczniejsze. Ponadto stwierdzono, że alkohol podnosi poziom estrogenów oraz zwiększa liczbę i wrażliwość receptorów estrogenowych²⁹⁶.

Również przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych powoduje przyspieszenie wchłaniania etanolu i spowolnienie jego metabolizmu, co sprawia, że podnosi się jego stężenie w płynach ustrojowych i krąży on we krwi znacznie dłużej²⁹⁷.

Patogenne działanie alkoholu ma również wpływ na powstawanie tzw. chorób odalkoholowych oraz na pogorszenie przebiegu i leczenia innych chorób²⁹⁸, lecz generalnie kobiety są bardziej podatne na somatyczne następstwa picia alkoholu²⁹⁹. U kobiet, które spożywają dziennie średnio trzy lub więcej standardowych drinków, po ok. 10 g alkoholu każdy, występują takie straty zdrowotne, jakie stwierdza się u mężczyzn pijących trzykrotnie więcej³⁰⁰. Szacuje się, że szkody zdrowotne występują u kobiet znacznie wcześniej, bo średnio po 14 latach nadużywania alkoholu, podczas gdy podobne zmiany pojawiają się u mężczyzn po 20 latach³⁰¹.

Choć generalnie alkoholicy żyją średnio ok. 12 lat krócej niż niealkoholicy³⁰² i choć alkohol upośledza funkcjonowanie wielu narządów bez względu na płeć, to udowodniono, że niektóre szkody zdrowotne dotyczą częściej i/lub silniej kobiety. Różnica ta dotyczy między innymi marskości wątroby – poalkoholowe uszkodzenia wątroby obciążone są wyższym ryzykiem rozwinięcia się ich u kobiet, przy niższych poziomach zwyczajowego picia alkoholu, pojawiają się u nich wcześniej niż u mężczyzn i przybierają cięższą

²⁹³ Kobiety ryzykują więcej niż mężczyźni – rozmowa J. Krzewickiego i M. Zdziarskiego z A. Basińską, „Świat Problemów” 2009, nr 3, s. 9.

²⁹⁴ J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć...*, op. cit., s. 53.

²⁹⁵ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 196.

²⁹⁶ J. Gill, *The Effects Of Moderate Alcohol Consumption on Female Hormone Levels and Reproductive Function*, „Alcohol and Alcoholism” 2000, nr 35(5), s. 417-423; M.E. Reichman, *Alkohol a rak sutka*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol...*, op. cit., s. 34.

²⁹⁷ J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć...*, op. cit., s. 53.

²⁹⁸ Za: K. Gašior, *Typy alkoholizmu u kobiet. Badania, interpretacja psychologiczna, psychoterapia*, Kielce 2006, s. 63; K.A. Bradley, S. Badrinath, K. Bush, J. Boyd-Wickizier, B. Anawalt, *Medical Risks for...*, op. cit., s. 627-639.

²⁹⁹ M. Frezza i in., *High Blood Alcohol Levels...*, op. cit.

³⁰⁰ Z rozmowy z dr Anną Basińską..., op. cit., s. 35.

³⁰¹ Za: *Rozmowa z drem med. Bohdanem Woronowiczem*, (w:) J. Krzewicki, M. Zdziarski, *Rozmowy o uzależnionych...*, op. cit., s. 8; Z rozmowy z dr Anną Basińską..., op. cit., s. 35-36.

³⁰² Za: K. Gašior, *Typy alkoholizmu u kobiet...*, op. cit., s. 63.

postać, dodatkowo częściej kończąc się śmiercią³⁰³. Również badania nad rakiem piersi wykazały, że istnieją przesłanki świadczące o istnieniu związku pomiędzy średnim i dużym spożyciem alkoholu a zachorowalnością³⁰⁴ i że ryzyko wystąpienia tej choroby jest dwu-, trzykrotnie większe u kobiet nadużywających alkoholu w porównaniu z kobietami niepijącymi³⁰⁵. Ponadto nadużywanie alkoholu zdecydowanie bardziej u kobiet niż u mężczyzn osłabia odporność immunologiczną³⁰⁶. Dzięki technice rezonansu magnetycznego stwierdzono również, że obszary mózgu, którym przypisuje się rolę koordynatora wielu funkcji ośrodkowych (zwłaszcza ciała modzelowatego), były znacznie mniejsze u kobiet uzależnionych od alkoholu niż u kobiet nieuzależnionych i u mężczyzn uzależnionych, a różnice te pozostały statystycznie istotne nawet po uwzględnieniu różnic w rozmiarach głowy, co prowadzi do wskazania na zwiększoną wrażliwość na działanie alkoholu i uszkodzenie mózgu u kobiet uzależnionych od alkoholu w porównaniu z mężczyznami uzależnionymi od alkoholu³⁰⁷. Wyniki badań udowodniły także, że kobiety z organicznym uszkodzeniem mózgu szybciej uzależniały się od alkoholu, szybciej dochodziło u nich do zmian w tolerancji alkoholu oraz nasilenie objawów uzależnienia było większe; współwystępowanie więc uzależnienia alkoholowego i organicznego uszkodzenia mózgu stanowi okoliczność niepomyślną, sprzyjającą cięższemu przebiegowi klinicznemu uzależnienia od alkoholu³⁰⁸. W toku innych badań wśród intensywnie pijących kobiet i mężczyzn wprawdzie stwierdzono podobną częstotliwość występowania spowodowanych alkoholem chorób mięśnia sercowego (np. zapalenie mięśnia sercowego), ale okres picia alkoholu przez kobiety był o 60% krótszy³⁰⁹. Spożywanie alkoholu pociąga za sobą także negatywne

³⁰³ S.R. Deal, J.S. Gavalier, *Czy kobiety są bardziej...*, op. cit.. Patrz. także: J.B. Saunders, M. Davis, R. Williams, *Do Women Develop Alcoholic Liver Disease More Readily than Men?* „British Medical Journal” 1981, nr 282, s. 1140-1143; J.S. Gavalier, A.M. Arria, *Increased Susceptibility of Women to Alcoholic Liver Disease: Artifactual or Real?* (w:) P. Hall (red.), *Alcoholic Liver Disease: Pathology and Pathogenesis*, Londyn 1995, s. 123-133; P.M. Hall, *Factors Influencing Individual Susceptibility to Alcoholic Liver Disease*, (w:) P. Hall (red.), *Alcoholic Liver Disease*, op. cit., s. 299-316.

³⁰⁴ W.C. Willett i in., *Moderate Alcohol Consumption and the Risk of Breast Cancer*, „New England Journal of Medicine” 1987, nr 316(19), s. 1174-1180.

³⁰⁵ M.E. Reichman *Alkohol a rak sutka...*, op. cit.

³⁰⁶ E.J. Kovacs i in. 2002, za: K. Gąsior, *Typy alkoholizmu u kobiet...*, op. cit., s. 64.

³⁰⁷ D. Hommer i in., *Decreased Corpus Callosum Size Among Alcoholic Women*, „Archives of Neurology” 1996, nr 53(4), s. 359-363; D. Hommer i in., *Changes in CSF, Ventricular, Gray and White Matter Volumes in Female Alcoholics Measured by Automated Segmentation of MRI Images*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1996, nr 20.

³⁰⁸ J. Kocur, W. Olszewski, J. Kasprzak, *Osobowość a powstawanie i obraz kliniczny zespołu uzależnienia alkoholowego u kobiet*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 3, s. 6.

³⁰⁹ A. Urbano-Marquez i in., *The Greater Risk of Alcoholic Cardiomyopathy and Myopathy in Women Compared with Men*, „JAMA Neurology” 1995, nr 274(2), s. 149-154.

skutki dla funkcjonowania układu rozrodczego kobiet. Spożywanie go w nadmiernych ilościach w fazie dojrzewania może zaburzyć wydzielenie określonych hormonów, opóźniając pokwitanie i dojrzewanie układu rozrodczego³¹⁰. Nadużywanie alkoholu i uzależnienie od niego generalnie wpływa na rozrodczość, rozregulowując cykl menstruacyjny, poczynając od zaniku miesiączek i cykli bezowulacyjnych, skończywszy na niepłodności i zwiększonym ryzyku poronień³¹¹, powodując także osłabienie popędu płciowego i osłabianie przeżywania orgazmu³¹². Przewlekłe zatrucie się alkoholem może też prowadzić do wczesnego wystąpienia menopauzy³¹³ oraz w widoczny sposób przyspiesza okres przekwitania i starzenie się kobiet, połączone z wirylizacją (tj. upodabnianiem się w wyglądzie do mężczyzn, m.in. poprzez pojawienie się owłosienia na górnej wardze i brodzie, zanik gruczołów mlecznych, zmiany rysów twarzy i obniżenie głosu)³¹⁴.

Nieco różny jest także czas występowania kobiecych zespołów abstynencyjnych. Marcin Wojnar i jego zespół³¹⁵ wykazali, że kobiety, pomimo późniejszego niż mężczyźni rozpoczęcia nadmiernego picia alkoholu, szybciej doświadczają pierwszych zespołów abstynencyjnych, wzmocnionych dodatkowymi zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi oraz że u badanych kobiet znacznie krótszy był okres intensywnego picia przed wystąpieniem pierwszego epizodu alkoholowego zespołu abstynencyjnego.

Ponadto (stosunkowo od niedawna) podejmuje się badania nad wpływem czynników genetycznych na powstawanie kobiecego uzależnienia od alkoholu (wcześniej uwaga badaczy skupiona była głównie na mężczyznach). Jak twierdzili Dace S. Svikis, Martha L. Velez i Roy W. Pickiens, czynniki genetyczne mogą wpływać dwójako na różnice związane z picią, piciem alkoholu i uzależnieniem od niego: po pierwsze, te same czynniki genetyczne oddziałują na przedstawicieli obu płci, a obserwowane różnice spowodowane są

³¹⁰ W.L. Dees, V.K. Srivatsava, J.K. Hiney, *Alcohol and Female Puberty*, „Alcohol Research and Health” 2001, nr 25, s. 271-275.

³¹¹ M.A. Emmanuele, F. Wezeman, N.V. Emmanuele, *Alcohol's Effect on Female Reproductive Function*, „Alcohol Research and Health” 2002, nr 26, s. 274-281; N.K. Mello, J.H. Mendelson, S.K. Teoh, *Overview of the Effects of Alcohol on the Neuroendocrine Function in Women*, (w:) S. Zakhari (red.), *Alcohol and the Endocrine System*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph 1993, Nr 23, s. 139-169; S.C. Wilsnack, A.D. Klassen, R.W. Wilsnack, *Drinking and Reproductive Dysfunction Among Women in a 1981 National Survey*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1984, nr 8, s. 451-458.

³¹² Z. Najda, *Hormony nie lubią alkoholu*, „Świat Problemów” 1995, nr 11, s. 21.

³¹³ J.S. Gavalier, *Effects of Moderate Consumption of Alcoholic Beverages on Endocrine Function in Postmenopausal Women: Bases for Hypotheses*, (w:) M. Galanter (red.), *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 6, New York 1988, s. 229-251.

³¹⁴ Z. Najda, *Hormony nie lubią...*, op. cit., s. 22.

³¹⁵ M. Wojnar, D. Wasilewski, H. Matsumoto, A. Cedro, *Różnice w przebiegu...*, op. cit., s. 28.

całkowicie innymi wpływami środowiskowymi, po drugie, różnice powodowane są innymi (być może nakładającymi się) czynnikami genetycznymi³¹⁶.

W analizie specyfiki rozwoju uzależnienia od alkoholu kobiet pomocne mogą być konstatacje Roberta Cloningera³¹⁷ (łącznie aspekty biologiczne i psychologiczne), dzięki któremu, jak uważa Bogusław Habrat, „uzyskano w miarę spójny i ciągle uzupełniany obraz alkoholizmu, w tym także tzw. kobiecego. W myśl tej teorii kobiety – z częstszym u tej płci typem I alkoholizmu – cechują się uwarunkowaną genetycznie swego rodzaju niedomogą układów neuroprzekaźnikowych: noradrenergicznego i dopaminergicznego. Układy te odgrywają istotną rolę w określaniu temperamentalnych (czyli wrodzonych i w miarę stałych) cech osobowości, takich jak duże uzależnienie od wzmocnień oraz małe zapotrzebowanie na bodźce. Efektem tych cech temperamentalnych mogą być cechy osobowości opisywane w kategoriach: depresyjności, neurotyczności, lękowości, tendencji do wycofywania się, bierno-zależności, introwersji. Cechy te do ok. 25. roku życia wydają się sprzyjać utrzymywaniu postaw abstynenckich. Jednak po osiągnięciu tego wieku część kobiet z wymienionymi cechami osobowości może przy różnych okazjach sięgać po alkohol i zauważać, że przynosi on przynajmniej krótkotrwałą ulgę w przeżywaniu stanów depresyjnych i lękowych. Tworzy to sytuacje sprzyjające nadmiernemu spożywaniu napojów alkoholowych. Mała aktywność układu noradrenergicznego – powodująca większe uzależnienie od wszelkich wzmocnień – ułatwia powstanie psychologicznego uzależnienia od przyjemnych efektów związanych z piciem alkoholu”³¹⁸.

³¹⁶ D.S. Svikis, M.L. Velez, R.W. Pickens, *Aspekty genetyczne nadużywania alkoholu i uzależnienia u kobiet*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol...*, op. cit., s. 54.

³¹⁷ R. Cloninger wyróżnił dwa typy alkoholizmu:

- typ I: alkoholizm uwarunkowany środowiskowo, charakteryzujący się niższym stopniem zależności od alkoholu, związany z rzadką obecnością alkoholizmu w rodzinie pochodzenia oraz z późnym wiekiem, w którym wystąpił początek choroby (tj. po 25. r. ż), cechujący się tendencją do okresowego picia z długimi przerwami oraz występowaniem zaburzeń psychicznych i somatycznych wraz z rozwojem uzależnienia;
- typ II: alkoholizm uwarunkowany genetycznie, którego początek sięga nawet okresu adolescencji, cechujący się przenoszeniem genetycznym z rodzica na dziecko oraz systematycznym piciem bez większych przerw, a także zachowaniami antyspołecznymi oraz brakiem krytycyzmu lub jego powierzchownym charakterem.

Patrz. m.in. C.R. Cloninger, *A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants*, „Archives of General Psychiatry” 1987, t. 44, s. 573-588.

Również S.W. Glenn i wsp. sugerowali, że typologię zaproponowaną przez Cloningera można także analogicznie odnieść do kobiet uzależnionych od alkoholu (S.W. Glenn, S.J. Nixon, *Applications of Cloninger's Subtypes in a Female Alcoholic Sample*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1991, nr 5).

³¹⁸ B. Habrat, *Alkoholizm mężczyzn i kobiet...*, op. cit., s. 16-17.

Biorąc to wszystko pod uwagę, można stwierdzić, że biologiczne wyposażenie kobiet nie dopuszcza równouprawnienia z mężczyznami w kwestii picia alkoholu i jego następstw.

Kobiece używanie, nadużywanie, uzależnianie się i uzależnienie od alkoholu – wymiar psychologiczny

Drugą sferą, w której zaznaczają się różnice kobiecego i męskiego spożycia alkoholu i uzależnienia od niego, jest psychologia.

Kobiety zwykle częściej potrafią wskazać przyczyny nadmiernego spożycia alkoholu, a na ogół są one powiązane ze sferą przeżywania (a nie ze sferą działania – jak ma to miejsce u mężczyzn)³¹⁹. Nieco inne są powody sięgania po alkohol przez obie płcie: w przeciwieństwie do mężczyzn, którzy częściej powodowani są raczej sytuacją zawodową i socjalną, kobiety częściej piją w związku z sytuacją domową, z problemami emocjonalnymi i w ramach kompensacji problemów³²⁰. Mężczyźni częściej piją towarzysko, czasem krzykliwie, agresywnie, sięgają po alkohol jako środek pobudzający lub z powodu niepowodzeń zawodowych, natomiast picie kobiet jest bardziej emocjonalne, głuszy lęki, depresję, samotność³²¹. Jak pokazują wyniki badań, kobiety z problemem alkoholowym często mają problemy małżeńskie³²², są bardziej niepewne w sprawach dotyczących rozwiązywania nieporozumień małżeńskich³²³. Często doświadczały przemocy (fizycznej lub seksualnej) w dzieciństwie³²⁴ lub ze strony małżonka³²⁵, a będąc ofiarami przemocy powodowanej alkoholem, wykazują skłonność do picia większej ilości alkoholu³²⁶. Ich picie miewa też często związek z syndromem opuszczonego gniazda³²⁷, ale także z wydarzeniami krytycznymi w ich życiu będącymi swoistymi urazami (jak np. śmierć bliskiej osoby, rozwód, poronienie)³²⁸. Wśród kobiet

³¹⁹ K. Geron, *Płeć a uzależnienia...*, op. cit., s. 435.

³²⁰ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 197.

³²¹ Wypowiedź terapeutki uzależnień H. Ginowicz, z: J. Podgórska, D. Makówka (wsp.), *Alkoholizmi...*, op. cit., s. 4

³²² Patrz. np. Blankfield i Maritz 1990, za: P. Anderson, A. Gual, J. Colom, *Alkohol i podstawowa...*, op. cit., s. 32.

³²³ Patrz. np. Kelly i wsp. 2000, za: P. Anderson, A. Gual, J. Colom, *Alkohol i podstawowa...*, op. cit., s. 32

³²⁴ Patrz. np. J. C. Coyne, G. Downey, *Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support and Coping Processes*, „Annual Review of Psychology”, 1991, nr 42

³²⁵ Patrz. np. Miller i wsp. 1989; Miller i Downs 1993, za: P. Anderson, A. Gual, J. Colom, *Alkohol i podstawowa...*, op. cit., s. 32.

³²⁶ Patrz. np. Olenick i Chalmers 1991, za: P. Anderson, A. Gual, J. Colom, *Alkohol i podstawowa...*, op. cit., s. 32.

³²⁷ Patrz. E.S. Lisansky Gomberg, *Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol...*, op. cit., s. 142.

³²⁸ Ibidem, s. 135.

pijących problemowo wydają się występować częściej takie mechanizmy radzenia sobie, jak: myślenie życzeniowe, ucieczka-unikanie i zaprzeczanie³²⁹. Ponadto „doświadczane problemy w regulacji emocji – przede wszystkim te związane z aktywnym radzeniem sobie z negatywnym afektem – tworzą swoisty «punkt wyjścia» w ramach głównej ścieżki stanowiącej o zwiększonym ryzyku picia problemowego. (...) Ponadto trudności w regulacji emocji nie przesądzają o zwiększonym ryzyku w sposób bezpośredni, lecz za pośrednictwem pozytywnych treści metapoznawczych na temat alkoholu, które *de facto* stanowią kluczowy czynnik ryzyka w ramach tej ścieżki etiologicznej”³³⁰ – dodaje M. Dragan.

Za jednego z „winowajców” uzależniania się kobiet od alkoholu uważa się zaburzenia nastroju. Jak stwierdzili choćby Twila Fort i Austin L. Porterfield³³¹, tem początków uzależnienia kobiet od alkoholu zwykle są wydarzenia w ich życiu obciążone sporym ładunkiem emocjonalnym. Inne wyniki badań potwierdzają utrwalone miejsce i rolę zaburzeń nastroju w etiologii używania i nadużywania alkoholu przez kobiety. Jak podpowiada Krzysztof Gąsior, już w latach 70. XX wieku alkoholizm u kobiet wiązano z zaburzeniami depresyjnymi³³² i później ten odkryty związek między depresją a nadużywaniem alkoholu (wyraźniejszy u kobiet) potwierdzały liczne badania epidemiologiczne i kliniczne³³³. Także u niektórych kobiet uzależnionych od

³²⁹ Ibidem, s. 134-135.

³³⁰ M. Dragan, *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*, Warszawa 2016, s. 204.

³³¹ T. Fort, A.L. Porterfield, *Some Backgrounds and Types of Alcoholism Among Women*, „Journal of Health and Social Behavior” 1961, nr 2, s. 282-292.

³³² Wraz z przywołaniem przykładów takich badań: K. Gąsior, *Typy alkoholizmu u kobiet...*, op. cit., s. 60.

³³³ Patrz. np. M. Schuckit, *The Alcoholic Women: a Literature Review*, „Psychological Medicine” 1972, nr 3; M. Schuckit, E.R. Morrissey, *Alcoholism in Women: Some Clinical and Social Perspectives with an Emphasis on Possible Subtypes*, (w:) M. Greenblatt, M.A. Scuckit (ed.), *Alcoholism Problems in Women and Children*, New York 1976; L.J. Beckman, *Perceived Antecedents and Effects of Alcohol Consumption in Women*, „Journal of Studies on Alcohol” 1980, nr 41; E.M. Corrigan, *Alcoholic Women on Treatment*, New York 1980; M.N. Hesselbrock, R.E. Meyer, J.J. Keener, *Psychopathology in Hospitalized Alcoholics*, „Archives of General Psychiatry” 1985, nr 42; J.E. Helzer, T.R. Pryzbeck, *The Co-occurrence of Alcoholism with other Psychiatric Disorders in the General Population and its Impact on Treatment*, „Journal of Studies on Alcohol” 1988, nr 49; C. Robbins, *Sex Differences on Psychosocial Consequences of Alcohol and Drug Abuse*, „Journal of Health and Social Behavior” 1989, r. 30; J.E. Helzer i wsp., *Alcohol Abuse and Dependence*, (w:) L.N. Robins, D.A. Regier (ed.), *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*, New York 1991; B.S. Moscato, M. Russell, M. Zielezny, E. Bromet, G. Egri, P. Mudar, J.R. Marshall, *Gender Differences in the Relation Between Depressive Symptoms and Alcohol Problems. A Longitudinal Perspective*, „American Journal Epidemiology” 1997, nr 146; A. Kasperowicz-Dąbrowiecka, *Występowanie zaburzeń psychicznych u mężczyzn i kobiet z uzależnieniem alkoholowym oraz w ich rodzinach*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 4; A. Riali, *Zaburzenia zdrowia psychicznego u alkoholiczek kończących terapię uzależnienia*, „Świat Problemów” 2005, nr 10.

alkoholu (częściej niż u mężczyzn) jeszcze przed pojawieniem się uzależnienia występują pierwotne zaburzenia depresyjne i/lub lękowe, które można uznać za znaczący czynnik ryzyka picia problemowego. Poza tym należy także zwrócić uwagę na to, że u kobiet często występuje pierwotna depresja powikłana piciem alkoholu, które może powodować wtórne depresje³³⁴. Badania Marcina Wojnara i jego zespołu wykazały, że w badanej populacji osób uzależnionych od alkoholu zaburzenia osobowości, psychozy alkoholowe, stany depresyjne i zaburzenia nerwicowe zaobserwowano istotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn³³⁵.

Rozwój picia problemowego u kobiet i w konsekwencji uzależnienia od alkoholu często bywa poprzedzony doświadczeniem stresorów i urazów³³⁶. Okazuje się, że kobiety uzależnione od alkoholu doświadczają więcej zdarzeń awersyjnych i ujawniają większe niż mężczyźni nasilenie objawów depresyjnych i lękowych³³⁷. Cechuje je też wyższe ryzyko wystąpienia w ciągu życia zespołu stresu pourazowego³³⁸. Dodatkowo okazuje się, że osoby uzależnione z depresją (tu również przeważają kobiety) stanowią grupę o bardzo wysokim ryzyku dokonania prób samobójczych³³⁹.

Jednocześnie częściej u kobiet uzależnionych od alkoholu występują zaburzenia i choroby psychiczne pochodzenia alkoholowego, a przy tym są one

³³⁴ W pewnych badaniach, mających na celu oszacowanie częstości i rodzaju zaburzeń psychicznych występujących u uzależnionych kobiet, mężczyzn i w ich rodzinach, stwierdzono, że niemal u wszystkich kobiet z tzw. późnym początkiem uzależnienia (czyli po 25. roku życia) zespół zależności alkoholowej poprzedzała depresja (dla porównania – u mężczyzn wskaźnik ten sięgał ok. 1/3 badanych), zaś depresja wtórna stwierdzona była u około połowy kobiet i mężczyzn (patrz. A. Kasperowicz-Dąbrowiecka, *Występowanie zaburzeń psychicznych...*, op. cit., s. 625). Zdaje się jednak, że jednoznacznie nie można zawyrokować, czy uzależnienie od alkoholu, czy depresja są pierwotnymi, bowiem istnieją wyniki badań udowadniające oba te stanowiska: i to, że uzależnienie alkoholowe jest wtórne wobec depresji, i to, że depresja jest konsekwencją uzależnienia. Patrz. np. G.E. Vaillant, S. Hiller-Sturmhöfel, *Naturalna historia alkoholizmu*, (w:) A. Bartosik (red.), *Picie alkoholu w różnych...*, op. cit., s. 30-31; L. Sagadyn, *Uzależnienia a depresja*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 3.

³³⁵ M. Wojnar, D. Wasilewski, H. Matsumoto, A. Cedro, *Różnice w przebiegu alkoholowych...*, op. cit., s. 25.

³³⁶ E. S. Lisansky Gomberg, *Czynniki ryzyka picia...*, op. cit., s. 136-138.

³³⁷ T.J. Peters, L.M. Millward, J. Foster, *Quality of Life in Alcohol Misuse: Comparison of Men and Women*, „Arch Womens Ment Health” 2003, nr 6.

³³⁸ Np. w jednym z badań wyniki pokazały dominację kobiet w tej kwestii – 26,2% vs. 10,3% – mężczyźni – źródło: R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson, *Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*, „Archives General of Psychiatry” 1995, nr 52, za: M. Ziółkowski, B. Augustyńska, J. Budzyński, *Płec a uzależnienie...*, op. cit., 2006, s. 123. W badaniu M. Polak z 60 objętych nim kobiet 98% przeżyło jakieś traumatyczne zdarzenie – wyniki patrz. M. Polak, *Alkoholizmi po traumie*, „Świat Problemów” 2002, nr 10.

³³⁹ M. Ziółkowski, *Depresja u osób uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2003, nr 15(4), s. XV-XVI.

długotrwałe, głębokie i o ciężkim przebiegu³⁴⁰. W stosunku do mężczyzn, u kobiet częstsze są zaburzenia emocjonalne i psychiczne – głównie depresyjne i lękowe, a także obniżona samoocena, uczucie wyobcowania lub samotności, częściej także zdarzają się u nich nasilone lęki i ataki paniki, samookaleczenia oraz częściej też nadużywają środków psychotropowych³⁴¹. Odwołując się do wybranych wyników badań diagnozujących związek uzależnienia alkoholowego i różnych wymiarów oraz zaburzeń osobowości, można stwierdzić, że uzależnieniu kobiet częściej towarzyszyły zaburzenia osobowości o charakterze obsesyjno-kompulsywnym, histrionicznym, schizoidalnym i antyspołecznym³⁴².

Ponadto kobiety są obciążone większym ryzykiem nadużywania alkoholu w sytuacji, gdy występują u nich problemy lub zaburzenia seksualne³⁴³. Z drugiej strony nadużywanie alkoholu dodatkowo te problemy i zaburzenia wywołuje i/lub wzmacnia. Możliwy jest (i rzeczywiście diagnozowany przez specjalistów) także wariant, że picie alkoholu staje się zarówno przyczyną, jak i skutkiem zaburzeń seksualnych.

Wyniki badań i obserwacje praktyków wskazują również, że kobiety nadużywające alkoholu częściej doświadczają przemocy ze strony partnera niż kobiety nienadużywające go; mowa tu zarówno o aktach agresji fizycznej, słownej, jak i przemocy seksualnej³⁴⁴. „Picie alkoholu może wiązać się z występowaniem przemocy seksualnej z kilku powodów: istnienia obiegowych sądów dopuszczających przemoc wobec pijącej kobiety, mniejszej zdolności do rozpoznania sygnałów zagrożenia, a także mniejszej zdolności obrony siebie przez ofiarę”³⁴⁵. Joanna Mięka stwierdza również, że kobiety uzależnione wolniej reagują na stosowaną wobec nich przemoc i tak wyjaśnia przyczyny tego: „Obniżenie poczucia własnej wartości sprzyja słabszej reakcji obronnej

³⁴⁰ J. Fiutowski, *Obyczaj, nawyk...*, op. cit., s. 23; L.J. Beckman, *Specyfika terapii kobiet z problemami alkoholowymi*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol...*, op. cit., s. 97.

³⁴¹ M. Kucińska, *Jakie one są?*, „Świat Problemów” 1991, nr 3, s. 20; http://poradnia.pl/podstrony/czytelnia/alk_kobiet.html.

³⁴² F.B. Grant, S.F. Stinson, A.D. Dawson, P. Chou, W.J. Ruan, P.R. Pickering, *Cooccurrence of 12-month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States: Results from National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, „Archives General of Psychiatry” 2004, nr 61, za: M. Ziółkowski, B. Augustyńska, J. Budzyński, *Płec a uzależnienie...*, op. cit., s. 123.

³⁴³ J. Norris, *Alkohol a zachowania seksualne kobiet. Oczekiwania i zagrożenia*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol...*, op. cit.; L.J. Beckman, *Specyfika terapii kobiet...*, op. cit., s. 94-96; B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 197; Z. Najda, *Hormony nie lubią...*, op. cit., s. 21-22. Więcej na temat wpływu picia alkoholu na seksualność kobiet patrz. M. Jakubiak-Głowacka, *Alkohol a seksualność kobiet i mężczyzn, społecznych stereotypów i docierania do większej grupy osób pijących szkodliwie*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 2, s. 11-15.

³⁴⁴ Potwierdzenie wraz z przykładami badań np. w: J. Mięka, *Przemoc wobec pijących kobiet*, „Świat Problemów” 2009, nr 5.

³⁴⁵ Ibidem, s. 29.

na przemoc. Za tę słabszą reakcję odpowiedzialne są często poczucie winy i wstydu, które sprawiają, że kobiety – pijące ofiary przemocy, później niż niepijące ofiary przemocy szukają pomocy, traktując podświadomie przemoc jak specyficzną «karę» za niewłaściwe postępowanie lub w każdym razie konsekwencję tego postępowania. Zresztą często taka interpretacja zdarzeń przekazywana jest przez sprawcę. Minimalizowanie lub zaprzeczanie problemowi przemocy często może być związane z niechęcią do przyznania się nawet przed sobą do jej doznawania z powodu wstydu i obawy przed dalszym obniżeniem poczucia własnej wartości. W potocznej świadomości bycie ofiarą przemocy często łączy się z byciem żalonym, godnym politowania. Takie przekonania blokują dostęp do wyraźnego dostrzeżenia swojej sytuacji. Ponadto z badań nad ofiarami przemocy wiadomo, iż w trakcie procesu wiktymizacji ofiary mają tendencję przyjmowania na siebie odpowiedzialności za doznawaną przemoc, aby w jakiś sposób «zrozumieć» jej występowanie. Kobietom pijącym być może trudniej również zgodzić się na dostrzeżenie negatywnych cech związku z powodu większej zależności od partnera. Wyraźne dostrzeżenie przemocy może oznaczać konieczność podjęcia decyzji o zerwaniu związku, co bywa zagrażające z różnych powodów, w tym ekonomicznych i psychologicznych. (...) Współzależnienie również powoduje mniejszą czytelność sytuacji, pojawianie się bardziej rozbudowanego mechanizmu racjonalizacji czynów sprawcy. Zerwanie związku i pozostanie bez partnera także dla części kobiet jest doświadczeniem zagrażającym poczuciu własnej wartości, co może być źródłem pomniejszania problemów w istniejącym aktualnie związku. Posiadanie partnera w wielu stereotypach środowiskowych było, a często jest nadal, spostrzegane jako potwierdzenie wartości kobiety. U kobiet uzależnionych od alkoholu spostrzega się słabsze niż u innych mechanizmy radzenia sobie ze stresem i silną tendencję do radzenia z problemami poprzez zaprzeczanie im i minimalizację³⁴⁶.

Na jeszcze nieco inne, wzajemnie warunkujące się powody wskazuje Wojciech Kurzępa: „Kobiety obawiają się o swoją atrakcyjność i seksualność. Czasem potrzebują potwierdzenia swojej kobiecości, czego nie dają im partnerzy. Wtedy alkohol pomaga zapomnieć o emocjonalnych brakach w życiu. Alkohol nie jest oczywiście substytutem partnera, ale łagodzi pewne niezaspokojone oczekiwania – bliskości, wsparcia, ciepła i zaopiekowania. W którymś momencie kobiety zauważają, że picie przynosi im ulgę, pomaga na chwilę zapomnieć o problemach, więc piją więcej³⁴⁷”.

³⁴⁶ Ibidem, s. 29-30.

³⁴⁷ Za: K. Pruszkowska, *Żona, matka, alkoholiczka*, źródło: strona internetowa warszawskiego Stowarzyszenia Integracji Społecznej „Poznańska 38” - <http://poznanska38.pl/program/7-ona-matka-alkoholiczka> (dostęp: 09.02.2015).

Dla współczesnych kobiet bolesne jest rozdarcie pomiędzy uległością a siłą, których w jednaki sposób oczekuje od nich otoczenie, więc aby uśmierzyc ten ból, między innymi sięgają po alkohol; niestety stopniowo tworząca się zależność od niego pozbawia je resztek możliwości i szans na rozwiązanie tego wewnętrznego rozdarcia³⁴⁸.

Przeanalizowane przez Ryszarda Poprawę badania nad treścią oczekiwań alkoholowych (*alcohol expectancies*) także wykazały różnice: kobiety spodziewają się bardziej intensywnego picia w kontekście emocjonalnego bólu (a nie społecznej facylitacji – jak mężczyźni) oraz oczekują osłabienia w funkcjonowaniu poznawczym i motorycznym (silniejszego niż mężczyźni, którzy raczej nastawiają się na przyjemność i relaksację)³⁴⁹.

Podsumowując, pomimo mozaiki i wielości cech kobiet uzależnionych od alkoholu łączy je kilka wspólnych właściwości: wyraźny neurotyzm, wysoki poziom lęku przed otwieraniem się, posługiwanie się sobą do zadowalania innych, używanie innych do określania swojej wartości, liczne ślady traum doświadczonych w dzieciństwie i młodości, rywalizacyjne kontakty z innymi kobietami³⁵⁰. Ponadto wzorzec picia charakterystyczny dla znacznej grupy kobiet cechuje się piciem w samotności, zwłaszcza wina, a następnie trunków wysokoprocentowych, stosowaniem alkoholu do „samoleczenia” problemów emocjonalnych i psychicznych, do wypełniania pustki egzystencjalnej³⁵¹.

Omówione powyżej tendencje i własności o charakterze biologicznym oraz psychologicznym wzajemnie się wzmacniają oraz dynamizują rolę czynników społeczno-kulturowych w omawianym polu kobiecych problemów alkoholowych.

Kobiece używanie, nadużywanie, uzależnianie się i uzależnienie od alkoholu – wymiar społeczno-kulturowy

Jak zauważa Pia M. Mäkelä, czynniki biologiczne nie wystarczają do wyjaśnienia całej odmienności zwyczajów picia mężczyzn i kobiet, bowiem oprócz biologii (oraz psychologii – przyp. EW), na związane z piciem zachowania kobiet i mężczyzn istotny wpływ wywiera środowisko społeczne i kulturowe³⁵².

³⁴⁸ E. Woydyłło, *Leczenie kobiet chorych na alkoholizm*, „Problemy Alkoholizmu” 1990, nr 9-10, s. 1.

³⁴⁹ R. Poprawa, *Kobiety i mężczyźni wobec ryzyka problemów alkoholowych*, (w:) B. Bartosz (red.), *Wymiary kobiecości i męskości: od psychobiologii do kultury*, Warszawa 2011, s. 347.

³⁵⁰ I. Zalikowska, *Terapia, resocjalizacja i readaptacja...*, op. cit., s. 189-190.

³⁵¹ K. Gąsior, *Typy alkoholizmu u kobiet...*, op. cit., s. 8.

³⁵² P. Mäkelä, *Przegląd podejść do badań nad różnicami zwyczajów picia i problemów alkoholowych w różnych grupach socjodemograficznych*, „Alkoholizm i Narkomania” 1999, nr 2, s. 292-293.

Polska tradycja przewiduje miejsce dla alkoholu w codzienności Polaków i jego obecność w życiu Polek i Polaków jest dość silna³⁵³. Picie alkoholu, w tym także przez kobiety, jest aprobowane społecznie. Wiąże się to ze zmianami obyczajowymi, jakie zaszły w ciągu ostatnich dwóch-trzech dekad. Wcześniej w większości kobiety piły alkohol raczej okazjonalnie, w gronie rodzinnym lub towarzyskim, w domach; obecnie spotkaniom w mieszanym lub tylko kobiecym gronie (zarówno w domu, jak i poza nim) często towarzyszy picie alkoholu. Jest też krąg kobiet aktywnych zawodowo, inicjujących podczas spotkań biznesowych swój kontakt z alkoholem, który dodaje im animuszu, operatywności i przebojowości – spostrzega Wojciech Kurzępa³⁵⁴. Alkohol niepostrzeżenie zaczyna zagnieżdżać się w ich życiu, najpierw stając się elementem życia towarzyskiego, potem również zawodowego, a w końcu codziennego. Ponadto picie kobiet sprzyja moda na tzw. lekkie alkohole.

Wielu wskazuje na związek emancypacji kobiet i rozwój obserwowanych u nich problemów alkoholowych. Dążenie kobiet do równouprawnienia w wielu sferach życia stopniowo, wraz z biegiem lat, poszerzyło wachlarz ich ról społecznych podejmowanych i perspektywicznych, zarówno tych tradycyjnie pełnionych, jak i pojawiających się jako efekt emancypacji, jak również spowodowało ich większą niezależność (nie tylko finansową) oraz transformacje w obrębie podejmowanych ról społecznych. Większa autonomia kobiet prawdopodobnie idzie jednak w parze z większym stresem i emocjonalną niestabilnością³⁵⁵. W konsekwencji przyniosło to pokłóście między innymi w postaci ponoszenia kosztów wzrostu pozycji kobiet w świecie mężczyzn. Dla części kobiet są to sytuacje przewyższające ich zdolności adaptacyjne, stąd „ratują” się, sięgając po „znieczulacz” w postaci alkoholu.

Kolejnym powodem wzrastającej liczby kobiecych problemów alkoholowych mogą być aspiracje kobiet związane z pracą zawodową. Wiąże się to z dwiema kwestiami. Pierwsza to istnienie od pewnego czasu, także w polskim pejzażu społecznym, wspomnianych już wcześniej tzw. wysoko funkcjonujących alkoholiczek. Druga kwestia dotyczy trudności w łączeniu obowiązków rodzinnych i zawodowych. Stres zapijają więc i kobiety sukcesu, robiące karierę kosztem życia osobistego, i kobiety rozdarte pomiędzy domem a pracą.

Choć nie jest już rzadkością widok kobiety pijącej alkohol, to nadal nieakceptowane (w zróżnicowanych środowiskach) wydają się być sytuacje, w których kobieta upija się, tracąc kontrolę nad swoim zachowaniem bądź gdy zaniedbuje obowiązki macierzyńskie. W myśleniu społecznym kobieta staje przed wymaganiami moralnymi i etycznymi innymi niż męskie oraz

³⁵³ Szerzej jest o tym mowa w podrozdziale 4.2.

³⁵⁴ W: K. Pruszkowska, *Żona, matka, alkoholiczka...*, op. cit.

³⁵⁵ P. Szczukiewicz, *Problemy alkoholowe kobiet*, „Świat Problemów” 2009, nr 3, s. 6.

inne są względem niej oczekiwania społeczne. Pijący mężczyźni często są traktowani bardziej pobłaźliwie niż kobiety będące pod wpływem alkoholu lub nadużywające go. Ponieważ w naszym społeczeństwie kobieta ciągle jest osobą odpowiedzialną za dom, wychowanie dzieci i jakość życia rodzinnego, pijące matki są oceniane surowo, spotykając się z oburzeniem i pogardą. Z brakiem szacunku spotykają się także te kobiety, które nie ukrywają swego picia, dołączają do środowiska mężczyzn, przejmując jego obyczaje, a ich picie upodabnia się do męskiego.

Na picie alkoholu, upijanie się i rozwój uzależnienia od alkoholu wpływa także „życie w środowisku, które popiera zarówno inicjację, jak i kontynuację picia. (...) Wiele czynników w naszym codziennym życiu i środowisku społecznym zachęca do picia alkoholu. Co więcej, dla wielu ludzi społeczny kontekst picia jest często wystarczającym powodem do jego kontynuacji”³⁵⁶. To środowiskowe tło picia potwierdzają wyniki badań, w których wykazano znaczenie grupy rówieśniczej, konsekwencje socjalizacji w rodzinie z problemem alkoholowym oraz wpływ wiązania się z pijącym partnerem życiowym.

Ze względu na silny wpływ grupy rówieśniczej przyspieszona zostaje inicjacja alkoholowa³⁵⁷ oraz wzmocniona obecność alkoholu w codzienności nastolatków, prowadząc niekiedy do jego nadużywania. Rówieśnicy często potęgują pozytywne oczekiwania i postawy wobec alkoholu i jego używania, a także sami są negatywnym przykładem, stosując strategie radzenia sobie z sytuacjami życiowymi i frustracjami za pomocą alkoholu. Przykładowo rezultaty wyników badań Ryszarda Poprawy ujawniły, że niezależnie od płci najistotniejszymi determinantami problematycznego angażowania się w używanie alkoholu przez dorastających jest motywacja picia, aby radzić sobie, oraz społeczna zachęta do picia wraz z dostępnością okazji³⁵⁸. I choć dotąd twierdzono, że kobiety raczej w późniejszym niż mężczyźni wieku zaczynają nadużywać alkoholu, to jednak wyniki badań pokazują, że styl picia współczesnych dziewcząt zaczyna stopniowo upodabniać się do tego, który dotąd reprezentowali raczej chłopcy; perspektywne, longitudinalne badania wskazują, że wśród młodszych pokoleń w ostatniej dekadzie zaznacza się tendencja do międzypłciowej unifikacji wzorców używania alkoholu i zmniejszenia rozbieżności między dziewczętami i chłopcami przede wszystkim w częstości oraz, w mniejszym stopniu, w intensywności picia³⁵⁹. Prze-

³⁵⁶ R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, cz. 1, tłum. W. Dietrich i in., Gdańsk 2003, s. 568.

³⁵⁷ Patrz. np. wyniki kolejnych edycji badania ESPAD.

³⁵⁸ R. Poprawa, *Kobiety i mężczyźni wobec...*, op. cit., s. 357.

³⁵⁹ Za: ibidem, s. 344. Tenże autor zauważa przy tym następującą prawidłowość: „Obserwowane zmniejszanie się różnic międzypłciowych, dotyczące głównie częstości picia, jak się wydaje, częściowo jest skutkiem stosowanych w wielu badaniach miar częstości picia, opartych na używaniu alkoholu w ściśle określonym czasie, od «kiedykolwiek w życiu», poprzez

analizowane przez Ryszarda Poprawę wybrane wyniki badań potwierdziły odmienną motywację używania alkoholu przez dorastających: „dziewczęta piją alkohol znacznie częściej niż chłopcy po to, aby poradzić sobie z problemami natury emocjonalnej, pod wpływem załamań i ciężkich przeżyć emocjonalnych. Chłopcy, sięgając po alkohol, znacznie częściej niż dziewczęta kierują się przede wszystkim potrzebą utrzymania i pielęgnowania kontaktów z rówieśnikami, szukania silniejszych doznań i zwalczania nudy”³⁶⁰. Podobne wyniki Ryszard Poprawa uzyskał także w toku własnych badań: dziewczęta wykazały szczególnie wysoką skłonność do używania alkoholu jako środka ucieczki przed negatywnymi emocjami, nastrojami, problemami i stresem, choć jednocześnie mocno kształtowały się u nich oczekiwania negatywnych efektów picia, mające wyraźnie hamujący wpływ na ich angażowanie się w używanie alkoholu, co z kolei jakby w ogóle nie miało większego znaczenia dla młodych mężczyzn³⁶¹. W dużej części motywacje te pozostają aktualne również w przypadku dorosłych kobiet i mężczyzn. Co ciekawe, model inicjacji w grupie rówieśniczej ustąpił inicjacji w domu rodzinnym, i to za przyzwoleniem rodziców (!), najczęściej na rodzinnych uroczystościach. Bez względu na płeć, alkohol spożywany przez osoby niepełnoletnie stanowi dla nich dużo większe zagrożenie niż dla osób dorosłych, upośledzając ich rozwój w każdej sferze.

Czynnikiem środowiskowym, który może zwiększyć ryzyko powstania uzależnienia alkoholowego, jest wychowywanie się w rodzinie z problemem alkoholowym. Szeroko prowadzone badania potwierdzają, że różne cechy środowiska rodzinnego nie są obojętne socjalizacyjnie i od nich zależy, w jakim kierunku będzie podążać ta socjalizacja. „Jak gąbka wchłania wilgoć zawartą w powietrzu, tak człowiek nasiąka wartościami, normami i zwyczajami, uznawanymi w jego rodzinnym środowisku”³⁶². Wpływ ten ma związek również z piciem alkoholu, najpierw przez rodziców, a potem potencjalnie przez ich dzieci. Wiążąc dzieci z rodzicami, styl wychowania i powiązane z nim postawy rodzicielskie, w tym komunikacja wewnątrzrodzinna, kontrola i monitorowanie zachowań, wsparcie dawane i odczuwane, stawianie wymagań, akceptacja, autonomia, postawy przyzwalające/aprobujące lub

«w ostatnim roku», po najczęściej stosowane «w ostatnim miesiącu». (...) W wynikach tak prowadzonych badań zarysowuje się wyraźna prawidłowość: różnice międzypłciowe, po pierwsze, maleją wraz z długością branego pod uwagę czasu, w którym szacuje się okazje picia, jak również wraz z wiekiem badanych, to znaczy, im jest on dłuższy, a badani młodszy, tym różnice są mniejsze. Po drugie, kiedy bierze się pod uwagę miarę intensywności picia (przekraczanie granic trzeźwości), różnice międzypłciowe są prawie niezmiennie, a tendencja do unifikacji wzorów picia już nie tak wyraźna” – ibidem, s. 361-362.

³⁶⁰ Ibidem, s. 346.

³⁶¹ Ibidem.

³⁶² L. Dyczewski, *Rodzina polska i kierunki jej przemian*, Warszawa, 1981, s. 207-208.

obojętne, przyjęte zasady i normy, konsekwencja lub jej brak, postawy rodziców wobec picia alkoholu przez ich dziecko – to tylko niektóre obszary badań nad czynnikami rodzinnymi determinującymi picie alkoholu przez młodych (coraz młodszych) ludzi³⁶³.

Ponadto w wielu badaniach udowodniono, że kobiety nadużywające bądź już uzależnione od alkoholu częściej niż mężczyźni mają w swoim otoczeniu osobę pijącą problemowo: partnera lub inną osobę znaczącą w ich życiu³⁶⁴. Wskazuje to na potencjalne przejmowanie przez kobiety wzorca picia ważnych dla nich osób. Zdarza się, że piją one w związku z zachowaniami partnera (niejednokrotnie picie z partnerem spowodowane jest uległością, chęcią niedopuszczenia, żeby się upił, itp.).

Czynniki socjokulturowe mają istotny wpływ nie tylko na rozwój uzależnienia u kobiet, ale także szukanie przez nie pomocy dla siebie. W efekcie wspomnianego już wystawienia na bardziej surowe oceny środowiska, mniejszego przyzwolenia społecznego na picie kobiet oraz braku akceptacji społecznej dla kobiet nazywanych alkoholiczkami, preferują one raczej samotny styl picia alkoholu, staranniej je ukrywają, silniej zaprzeczają istnieniu swojego problemu i odraczają decyzje dotyczące podjęcia leczenia.

Omówione tu czynniki o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym (tak pogrupowane dla uzyskania efektu przejrzystości) w rzeczywistości przenikają się ze sobą i sprzęgają. Wpływ niektórych z nich może być prosty i bezpośredni, ale zwykle są to wpływy skumulowane. Splot tych determinantów o zróżnicowanym charakterze pociąga za sobą konsekwencje w postaci rosnącej liczby kobiet niebezpiecznie nadużywających alkoholu oraz kwalifikowanych jako uzależnione od niego. Nazwać je można, za Edith S. Lisansky Gomberg, czynnikami ryzyka picia problemowego, będącymi „markerami” zwiększonej podatności na problemy alkoholowe, które niekiedy wyraźnie poprzedzają rozwinięcie się picia problemowego bądź równolegle występują wraz z nasilaniem się takiego sposobu picia (lecz wówczas nie mogą być zakwalifikowane jako pewne czynniki ryzyka)³⁶⁵. Oczywiście zdaje się być wniosek, że im więcej współwystępuje czynników ryzyka na

³⁶³ Przegląd tych badań patrz. np: M. Nadworna-Cieślak, *Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży*, (w:) N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*, Łódź 2010, s. 47-49; J. Jarczyńska, *Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym*, Warszawa 2009, s. 25-29.

³⁶⁴ Wiele takich badań przywołuje m.in. E.S. Lisansky Gomberg (patrz. E.S. Lisansky Gomberg, *Czynniki ryzyka picia...*, op. cit., s. 133); D.J. Armor i współ. 1976; R.Z. Margulies i współ. 1977; E.M. Corrigan 1980; M.N. Hesselbrock i współ. 1984; S.C. Wilsnack i współ. 1984; T. Hammer i P. Vaglum 1989; J. Schulenberg i wsp. 1993.

³⁶⁵ E.S. Lisansky Gomberg, *Czynniki ryzyka picia...*, op. cit., s. 131, 132.

danym etapie życia, tym większe prawdopodobieństwo rozwinięcia się picia problemowego³⁶⁶.

Część z tych czynników mogących zwiększać ryzyko rozwoju szkodliwych wzorców picia alkoholu przez kobiety towarzyszy im w ciągu całego życia lub pojawia się tylko w jego pewnych okresach³⁶⁷.

Czynniki ryzyka uwikłania się we własny problem alkoholowy pojawiające się w poszczególnych etapach cyklu życia kobiet

Jako pierwsze wymienić należy, za Edith S. Lisansky Gomberg, czynniki ryzyka towarzyszące kobietom w ciągu całego życia. Niezależnie od etapu życia, na którym się znajdują, kobiety nadają istotne znaczenie kontekstowi społecznemu, w jakim piją alkohol, tj. bez względu na wiek, istotny jest dla nich wpływ osób znaczących, tj. głównie rówieśników i partnerów lub innych ważnych osób w ich życiu³⁶⁸. Również w każdym okresie życia picie problemowe kobiet łączy się z depresją (co potwierdza szereg badań epidemiologicznych i klinicznych)³⁶⁹. Kolejnym czynnikiem ryzyka towarzyszącym kobietom przez całe ich życie jest sposób reagowania na stresujące wydarzenia i zdolność radzenia sobie w takich okolicznościach, dlatego stresy, załamania i brak umiejętności radzenia sobie można uznać za główne czynniki ryzyka picia problemowego³⁷⁰.

Kolejne czynniki ryzyka są typowe dla poszczególnych etapów w cyklu życia kobiety³⁷¹ (część z nich można odnieść także do mężczyzn).

Z pewnością okresem podwyższonego ryzyka jest etap dorastania. Wpisane są w niego: poszukiwanie i gromadzenie nowych doświadczeń (fizycznych, społecznych i intelektualnych), poddawanie licznym próbom i eksperymentom mającym na celu upewnienie się co do słuszności podjętych wyborów, budowanie poczucia własnej wartości³⁷². Towarzyszy temu proces formowania własnej tożsamości, odbywający się na płaszczyźnie osobowej i społecznej, a podejmowane tu próby „wiążą się często z ryzykiem popełnienia błędów. Tym bardziej że formowanie tożsamości nie odbywa się w izolacji, ale jest osadzone w kontekście społecznym i kulturowym. Wiąże się to więc dla dorastającego z koniecznością zmierzenia się ze wzorcami i naciska-

³⁶⁶ Ibidem, s. 147.

³⁶⁷ Ibidem, s. 131.

³⁶⁸ Ibidem, s. 133.

³⁶⁹ Ibidem, s. 133-134.

³⁷⁰ Ibidem, s. 134-136.

³⁷¹ E.S. Lisansky Gomberg posilkuje się wynikami badań, których źródła zostały pominięte. Zainteresowanych odsyłam do jej tekstu – *Czynniki ryzyka picia...*, op. cit.

³⁷² M. Bardziejewska, *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk 2005, s. 346, 349.

mi – płynącymi od dorosłych i rówieśników oraz ze strony mass mediów – określającymi, jaki powinien być przyszły dorosły. Niejednokrotnie wielość, różnorodność i siła oddziaływania tych wzorców zmuszają do dokonywania wyborów pod dużą presją³⁷³. Ta presja dotyczy zarówno inicjacji alkoholowej, jak i spożywania alkoholu. Sytuacja jest tym trudniejsza, im więcej z ową presją współwystępuje czynników ryzyka. Za takie, najistotniejsze w okresie dorastania, uznaje się: zachowania społeczne, agresywne lub dewiacyjne (przejawiające się agresywnością, impulsywnością, odrzucaniem autorytetów i łamaniem norm społecznych), problemy szkolne (związane z wagarowaniem, niskimi aspiracjami, słabymi wynikami w nauce, konfliktami z dyrektcją, zawieszaniem czy wydaleniem ze szkoły), czynniki rodzinne (zwłaszcza brak odpowiedniej opieki rodzicielskiej, intensywne konflikty między rodzicami, brak poczucia bliskości z rodzicami, nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu rodziców), epizody upijania się, oczekiwania pozytywnych skutków picia alkoholu (dotyczących szczególnie poprawy własnego samopoczucia, usuwania zahamowań i dodania odwagi), a także czynniki wpisane w specyfikę okresu dorastania, związane między innymi z niedojrzałością mechanizmów radzenia sobie, poczuciem wyobcowania, niedostateczną kontrolą nad impulsami czy brakiem stałości związanym z poszukiwaniem własnej tożsamości³⁷⁴. Jak więc można wywnioskować z powyższego, sposób zachowania się młodych ludzi (dotyczy to nie tylko dziewcząt) w tym burzliwym okresie dorastania (w tym także w sytuacjach, w których decyduje o wypiciu alkoholu) jest determinowany przez wiele czynników społeczno-kulturowych i psychologicznych, które mogą stanowić źródła czynników ryzyka.

Następna faza życia to okres wczesnej dorosłości. Wraz z wejściem w nią „zostają nałożone na jednostkę nowe role społeczne. Dodatkową trudność i wyzwanie stanowi fakt, że odtąd wypełniać je ona będzie całkowicie samodzielnie i z pełną odpowiedzialnością za ich konsekwencje”³⁷⁵. Ponadto każdy młody dorosły, pozostając „uczestnikiem sieci społecznej, niezależnie od kultury, w jakiej wzrasta, podlega naciskom związanym z podejmowaniem określonych ról”³⁷⁶. Do podstawowych zadań rozwojowych przypadających na ten okres, za Robertem J. Havighurstem, zalicza się: wybór małżonka i uczenie się współżycia z nim, założenie rodziny, wychowywanie dzieci, prowadzenie domu, rozpoczęcie pracy, podjęcie obowiązków obywatelskich oraz znalezienie swojej grupy społecznej³⁷⁷. Zatem predykatory zachowań

³⁷³ Ibidem, s. 347.

³⁷⁴ Za: E.S. Lisansky Gomberg, *Czynniki ryzyka picia...*, op. cit., s. 136-139, 147.

³⁷⁵ B. Ziółkowska, *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne...*, op. cit., s. 435.

³⁷⁶ Ibidem, s. 436.

³⁷⁷ R.J. Havighurst, *Developmental Tasks and Education*, New York 1981.

związanych z piciem alkoholu w okresie wczesnej młodości (tj. w przedziale od 20. do 40. roku życia) wiążą się ze specyficznymi dla tego okresu zadaniami i kobiecymi rolami społecznymi: kończeniem nauki, podejmowaniem pracy i zakładaniem rodziny. Budowanie trwałej relacji, wchodzenie w związki małżeńskie/partnerskie i podejmowanie roli zawodowej – to role, w których kobiety dopiero debiutują (i to niekiedy podejmując je jednocześnie lub w małym odstępie czasowym) i próbują swoich sił jako nowicjuszek, zatem niektóre z tych wydarzeń/rol mogą determinować pojawienie się ich picia problemowego. Także poprzedzający podejmowanie nowych zobowiązań okres studiów zdaje się sprzyjać picciu częściej i większych ilości alkoholu³⁷⁸ niż po ukończeniu nauki i wstąpieniu w związek małżeński lub podjęciu pracy. Kluczowe znaczenie dla wzorca picia alkoholu okazuje się też mieć stan cywilny kobiet: więcej i częściej niż mężatki piją kobiety niezamężne, rozwiedzione, żyjące z dala od partnera lub żyjące w związkach nieformalnych³⁷⁹. Na wysokie ryzyko picia problemowego narażone są kobiety aktywne zawodowo, pracujące w tradycyjnie męskich zawodach, w zawodach o niskim statusie społecznym, a także zatrudnione w niepełnym wymiarze godzin oraz kobiety bezrobotne³⁸⁰. Również kobiety, u których stwierdzono zaburzenia płodności, doświadczenie poronienia i operacje usunięcia kobiecych narządów, narażone są na większe ryzyko nadmiernego lub zbyt częstego picia alkoholu (choć w takich wypadkach niekiedy trudno jest określić, czy picie dużych ilości alkoholu jest pierwotne czy wtórne wobec zaburzeń płodności)³⁸¹. Udowodniono również, że pijące problemowo kobiety znamienne częściej sięgają po leki psychoaktywne, narkotyki i papierosy³⁸². Zdaniem Edith S. Lisansky Gomberg specjalne badanie trzeba mieć na kobiety po 30. roku życia³⁸³, gdyż jest to czas szczególnego przeżywania największych konfliktów, emocjonalnych

³⁷⁸ Przykłady badań dotyczących spożywania alkoholu przez studentów obu płci patrz. np. J. Wojciechowska, *Picie napojów alkoholowych przez studentów*, „Kultura i Edukacja” 1999, nr 1; A. Barczykowska, M. Muskała, *Studentki jako konsumentki napojów alkoholowych*, (w:) D. Apanel (red.), *Opieka i wychowanie – tradycja i problemy współczesne*, Kraków 2009.

M. Dragan, autorka monografii poświęconej problemowemu picciu alkoholu przez młode kobiety, sygnalizuje, że kobiety w tym wieku są wyjątkowo narażone na negatywne konsekwencje związane z piciem alkoholu z powodu wysokiego odsetka ogólnej konsumpcji alkoholu w tej grupie wiekowej, przejawiającego się w postaci epizodów intensywnego picia, tj. wypijania jednorazowo, co najmniej raz w miesiącu, dużych dawek alkoholu (6 lub więcej standardowych dawek) przy jednej okazji – M. Dragan, *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*, Warszawa 2016, s. 19, 22.

³⁷⁹ E. S. Lisansky Gomberg, *Czynniki ryzyka picia...*, op. cit., s. 140.

³⁸⁰ Ibidem, s. 140. Zdaje się, że w związku z realizowaniem roli zawodowej czynnikiem ryzyka picia problemowego może być zarówno bezrobocie, jak przeciążenie pracą czy wypalenie zawodowe.

³⁸¹ Ibidem, s. 140-141.

³⁸² Ibidem, s. 141.

³⁸³ Ibidem, s. 141-142.

załamań i kryzysów, czas podsumowania sukcesów i porażek pierwszej dekady dorosłego życia.

W wiek średni, nazywany także środkową dorosłością (okres pomiędzy 41. a 60. rokiem życia), wpisane są zmiany biologiczne związane ze starzeniem się (co rodzi konieczność zaakceptowania i przystosowania się do zmian zachodzących w funkcjonowaniu i wyglądzie swojego ciała), zmiany w funkcjonowaniu poznawczym (wraz z koniecznością pogodzenia się ze stopniowym osłabianiem się sprawności intelektualnej oraz mniejszą gotowością i elastycznością uczenia się) oraz zmiany w relacjach społecznych, szczególnie zmiany w obszarach: pełnienia ról rodzica (w tym akceptacja dorastania i usamodzielniania się własnych dzieci, ustalenie nowej jakości relacji z nimi, obserwowanie ich wyborów życiowych), pełnienia roli dziecka starzejących się rodziców bądź radzenia sobie z ich stratą, relacji małżeńskich/partnerskich (w sytuacji wyprowadzenia się dzieci z domu rodzinnego i/lub śmierci małżonka/partnera), a także podejmowania roli dziadka lub babci³⁸⁴. Beata Ziółkowska dodaje kolejne niepokojące symptomy: poczucie nieszczęścia, ogólny stan niezadowolenia, osamotnienie, utrata poczucia bezpieczeństwa (obawy o utrzymanie pozycji zawodowej i lęk o trwałość związku małżeńskiego), depresja spowodowana dotychczasowymi osiągnięciami, które pozostawiają już niewiele miejsca dla przyszłych dokonań lub niejasna perspektywa przyszłości w związku z brakiem namacalnych sukcesów i realnych szans, niezdecydowanie (sprzężone z obawami przed nieodwracalnymi konsekwencjami własnych decyzji), niepokój i wypierany lęk przed śmiercią, konflikt między oczekiwaną a realną wizją samego siebie, konflikt między potrzebą wolności i prawem do podejmowania własnych decyzji a ograniczeniami wynikającymi z sytuacji życiowej i pełnionych ról, poczucie zatracania własnej indywidualności w pracy, obniżenie satysfakcji z wykonywanego zawodu oraz obsesja śmierci, choroby, starości³⁸⁵. Wszystkie te czynniki, a zwłaszcza stopniowa utrata pełnionych dotąd ról, odczuwanie obniżenia własnej atrakcyjności oraz utrata poczucia bezpieczeństwa i stałości mogą mieć (i jak wskazują badania – mają) związek z piciem problemowym kobiet w tej grupie wiekowej. Według Edith S. Lisansky Gomberg pośród sytuacji życiowych, które wprawdzie mogą zdarzyć się na wszystkich etapach życia, lecz zdaje się, że mają największe znaczenie dla picia problemowego kobiet w wieku średnim, należy uznać: niewielkie prawdopodobieństwo wejścia w nowe role życiowe, zawodowe czy zyskania nowych zainteresowań (co sygnalizuje i pogłębia brak adapta-

³⁸⁴ K. Appelt, *Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety...*, op. cit., s. 506-525.

³⁸⁵ B. Ziółkowska, *Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety...*, op. cit., s. 506-557-558.

cji do procesu starzenia się), zespół „opuszczonego gniazda” i towarzyszące mu uczucie osamotnienia, nadużywanie alkoholu przez męża i rozpad małżeństwa, samotne picie alkoholu w domu, nadużywanie leków psychoaktywnych oraz współwystępowanie innych chorób, w tym wcześniej lub obecnie rozpoznanej depresji, zaburzeń odżywiania, fobii i stanów lękowych³⁸⁶. W tej fazie pojawić się może tzw. kryzys wieku średniego, czyli okres w życiu (przypadający zwykle między 40. a 50. rokiem życia), w którym „ludzie uświadamiają sobie realność własnej śmierci, zmienia się ich subiektywna perspektywa czasu. Czas przyszłości zaczyna być odczuwany jako krótszy w porównaniu z czasem minionym”³⁸⁷. Osoby znajdujące się w tej fazie życia ujawniają skłonności do tworzenia bilansu dotychczasowych dokonań. „Dla części osób bilans wypada pozytywnie, mają poczucie, że zrealizowali własne aspiracje, są na właściwej drodze, którą pragną kontynuować. Inni dochodzą do wniosku, że osiągnięte przez nich cele nie dostarczają im satysfakcji, gdyż nie spełniły pokładanych w nich nadziei. Taka negatywna ocena własnej sytuacji życiowej może prowadzić do załamania lub depresji”³⁸⁸, jak i do poszukiwania pocieszenia w alkoholu. Okres środkowej dorosłości trwa dwie dekady i obfituje w liczne doświadczenia, zadania, zmiany i krytyczne wydarzenia życiowe, które mogą stać się potencjalnymi czynnikami ryzyka problemowego picia kobiet, mogącego przejść w fazę uzależnienia do alkoholu.

Ostatnia faza cyklu życia człowieka – późna dorosłość – również nie jest wolna od problemów nadużywania alkoholu przez kobiety. Cechujące ten okres biologiczne zmiany związane ze starzeniem się poszczególnych układów oraz osłabianiem funkcjonowania zmysłów wpływają zarówno na psychiczne i społeczne funkcjonowanie jednostki, jak i zmiany trybu jej życia³⁸⁹. Ograniczeniu ulega przestrzeń fizyczna, psychiczna i społeczna³⁹⁰. „Pod koniec życia ludzie doświadczają licznych zmian, które dotyczą właściwie każdej sfery życia. Czas ten wymaga powtórnego przystosowania się do nowych warunków, a ponieważ jest to przystosowanie się w obliczu strat, chodzi głównie o utrzymanie własnej tożsamości i obrazu siebie mimo nieuchronnych zmian. Proces ten rozpoczyna się zmianą obrazu samego siebie, związaną z przejściem na emeryturę i zmianą pozycji społecznej, za-

³⁸⁶ Za: E. S. Lisansky Gomberg, *Czynniki ryzyka picia...*, op. cit., s. 142-143.

³⁸⁷ K. Appelt, *Środkowy okres dorosłości...*, op. cit., 533.

³⁸⁸ Ibidem, s. 533.

³⁸⁹ Szczegółowiej mowa jest o tym w: J. Janiszewska-Rain, *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w podeszłym wieku?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety...*, op. cit.

³⁹⁰ A.I. Brzezińska, Sz. Hermanowski, *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety...*, op. cit., s. 624-625.

wodowej oraz ekonomicznej”³⁹¹. Ten okres życia to czas podsumowań przeszłych zdarzeń i bilansu życiowych dokonań, oceny jakości, wartości i sensu dotychczasowego życia. Związane z tym konfrontowanie się z konsekwencjami decyzji życiowych, zmian i strat w swoim życiu oraz świadomości nieodwracalnego wypadania z dotychczasowych ról społecznych może pociągać za sobą chęć poszukiwania uśmierzenia rozczarowań w alkoholu i bardziej pozytywną percepcję rzeczywistości. Edith S. Lisansky Gomberg uważa, że najważniejsze w tej fazie życia czynniki predykcyjne problemów alkoholowych kobiet to: zakończenie aktywności zawodowej (własnej lub małżonka), nadużywanie leków psychoaktywnych, uspokajających i nasennych, rozpacz i poczucie beznadziejności po śmierci małżonka oraz szeroko rozumiane poczucie osamotnienia związane z utratą więzi społecznych³⁹². Bohdan T. Woronowicz dodaje, że – bez względu na płeć – większe predyspozycje do sięgania po alkohol mają seniorzy o słabym stanie zdrowia (spożywanie alkoholu poprawia im samopoczucie bądź łagodzi dolegliwości bólowe), doświadczający nagłej zmiany sytuacji społecznej i materialnej oraz nieradzący sobie z nadmiarem wolnego czasu i nudą³⁹³. Należy tu jeszcze wspomnieć, że wśród kobiet w okresie późnej dorosłości uwikłanych we własny problem alkoholowy znajdują się zarówno te, które nadużywały alkoholu bądź były od niego uzależnione we wcześniejszych fazach życia (to ok. 2/3 ludzi w podeszłym wieku z problemami alkoholowymi³⁹⁴), jak i te, których problem alkoholowy pojawił się fазie starości. Szacuje się, że odsetek kobiet w wieku powyżej 65. roku życia, u których występują problemy alkoholowe, wynosi 3-5%³⁹⁵.

Każdy okres życia ma swoją własną dynamikę i wpisane w niego zadania, przez psychologów nazywane zadaniami rozwojowymi, a przez socjologów – rolami społecznymi. Część z nich stanowi dla niektórych kobiet zbyt duże obciążenie, przewyższające ich możliwości poradzenia sobie z nimi w konstruktywny sposób, zwłaszcza jeśli kumulują się inne czynniki ryzyka oraz niesprzyjające są uwarunkowania środowiskowe. Niezbędne jest wówczas uruchomienie systemu wsparcia społecznego, zarówno profilaktycznie, jak i w formie specjalistycznej pomocy. O ile obszar profilaktyki w przypadku problemów alkoholowych jest w Polsce nieco chaotyczny i zaniedbany, o tyle w przypadku osób uzależnionych od alkoholu można mówić o pewnym zorganizowaniu adresowanej do nich pomocy.

³⁹¹ J. Janiszewska-Rain, *Okres później dorosłości...*, op. cit., s. 612.

³⁹² Za: E. S. Lisansky Gomberg, *Czynniki ryzyka picia...*, op. cit., s. 144-147.

³⁹³ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 204-207.

³⁹⁴ Dane za: *ibidem*, s. 206.

³⁹⁵ *Ibidem*, s. 206.

2.3. Państwo i jego instytucje wobec problemu alkoholowego kobiet

Wspomniano już wcześniej, że rozwój problemów społecznych następuje etapowo. Zdaniem Richarda Fullera i Richarda Myersa problemy społeczne przechodzą ewolucję, w ramach której wyróżnili pewne fazy³⁹⁶. W pierwszej – *awareness* – dochodzi do wstępnej identyfikacji przez społeczność jakiegoś stanu ocenianego jako zagrażający dla realizacji istotnych społecznie wartości wraz z rodzącą się silną dyspozycją do działania, jednak bez określenia konkretnego planu. W fazie drugiej – *policy determination* – dyskusje koncentrują się nie wokół tego, „co zrobić”, lecz „jak zrobić”, rozważana jest przydatność poszczególnych konkretnych wariantów radzenia sobie z konkretnymi problemami, przy ujawniających się różnicach interesów poszczególnych członków społeczności, wraz z oceną adekwatności środków do zamierzonych celów. W fazie trzeciej – *reform* – zachodzą procesy instytucjonalizacji problemu społecznego, tworzą się mechanizmy przekazywania go w ręce ekspertów różnych dziedzin oraz delegacja uprawnień odpowiednim podmiotom. Można przyjąć, że w Polsce w przypadku problemu alkoholowego mamy do czynienia z fazą trzecią. Świadczy o tym obecny kształt siatki wsparcia społecznego dla osób noszących się z zamiarem podjęcia leczenia lub już je podejmujących.

Zdaniem Jacka Moskalewicza za początek historii powojennego ustawodawstwa alkoholowego³⁹⁷ można uznać 1944 rok, gdyż w grudniu tegoż roku, w następstwie reaktywacji Polskiego Monopolu Spirytusowego, Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego ogłosił *Dekret o zwalczaniu potajemnego gorzelnictwa*³⁹⁸, będący ilustracją ambiwalentnego stosunku nowych władz do kwestii alkoholu (wynikającego z próby pogodzenia interesów gospodarczych, zdrowotnych i społecznych)³⁹⁹. Dokonując przeglądu kilku prac powstałych w powojennej Polsce, a dotyczących polityki państwa wobec alkoholu, moż-

³⁹⁶ R. Fuller, R. Myers, *The Natural History...*, op. cit. Przywołanie i opis faz za: R. Markowski, *Problemy analizy „dolegliwości” społecznych*, (w:) B. Rysz-Kowalczyk (wybr. i oprac.), *Studia o kwestiach...*, op. cit., s. 25.

³⁹⁷ Pierwsze wzmianki na temat rozumienia problemu alkoholowego sięgają nawet wcześniej, tj. początku XIX wieku (takiego przeglądu prac dokonał B.T. Woronowicz; patrz. idem, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., rozdz. 19). Okres zaborów cechował rozwój ruchu bractw trzeźwościowych, związany z hasłami niepodległościowymi (trzeźwość stała się symbolem patriotyzmu w rozczłonkowanym między zaborców państwie polskim, a ideologia trzeźwościowa odgrywała też rolę w walce o zachowanie tożsamości narodowej); za: J. Moskalewicz, *Polityka społeczna wobec alkoholu...*, op. cit., s. 33.

³⁹⁸ *Dekret o zwalczaniu potajemnego gorzelnictwa* (Dz.U. z 1944 r. Nr 15 poz. 85).

³⁹⁹ J. Moskalewicz, *Polityka społeczna wobec alkoholu...*, op. cit., s. 9.

na prześledzić zmiany w leczeniu odwykowym⁴⁰⁰ oraz zmiany stanowiska ówczesnych władz wobec tej kwestii⁴⁰¹.

Początki leczenia w Polsce powojennej Maria Grabowska (znana jako inspiratorka założenia pierwszej w Polsce grupy AA, związana z Poradnią Przeciwalkoholową w Poznaniu) wspomina jako nieskuteczne: rutynowe leczenie obejmujące podawanie anticolu, środki odtruwające, bezcelowe wywiady środowiskowe oraz rozmowy z rodzinami chorych i samymi chorymi, przykre zwłaszcza dla tych, którzy byli zmuszani do leczenia lub zostali doprowadzeni przez milicję⁴⁰². Lecznictwo odwykowe było wtedy w powiatakach, dominował przymus i farmakoterapia⁴⁰³. Również Bohdan T. Woronowicz, wracając pamięcią do lat 70. minionego wieku (mimo że związany był wtedy zawodowo ze znanym, wówczas i obecnie, prężnie działającym Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie), stwierdza, że leczenie alkoholików w Polsce sprowadzało się w tamtym okresie do przerywania ciągów alkoholowych, doraźnego zaradzania objawom psychozy alkoholowej i zalecenia przyjmowania anticolu, co w konsekwencji nie przynosiło żadnego trwałego efektu zmiany⁴⁰⁴. Wprawdzie w latach 60. i 70. nastąpił szybki wzrost liczby placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych, tworząc rozbudowaną sieć, ale jakość świadczonych usług była nisko oceniana, co wynikało z kadrowych i materialnych niedostatków⁴⁰⁵. Dopiero wzbogacenie leczenia alkoholików psychoterapią w połowie lat 70. XX wieku (np. w ramach nowo utworzonego w warszawskim Instytucie Psychiatrii i Neurologii dziennego oddziału odwykowego, pierwszego w Polsce i w tej części Europy oddziału leczenia alkoholików, wykorzystującego psychoterapię jako metodę leczenia⁴⁰⁶), zaczęło przynosić pewne efekty⁴⁰⁷. Na przełomie lat 70. i 80. po raz pierwszy opublikowano prawdziwe dane na temat skali problemów alkoholowych w Polsce i fatalnej kondycji leczenia odwykowego⁴⁰⁸. To wszystko, jak wspomina Bohdan Woronowicz⁴⁰⁹, spowodowało uruchomienie koordynowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii rządowego

⁴⁰⁰ Oglądu takiego dokonały m.in. E. Miturska i K. Dąbrowska – w publikacji pt. *Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982-2005*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, nr 4.

⁴⁰¹ Takiej analizy i interpretacji dokonali np.: J. Moskalewicz, *Polityka społeczna wobec alkoholu...*, op. cit., s. 15 i nast.; K. Kosiński, *Polityka alkoholowa w czasach PRL*, (w:) G. Miernik, S. Piątkowski (red.), *Życie codzienne w PRL (1956-1989)*, Radom-Starachowice 2006, s. 35-61.

⁴⁰² M. Grabowska, *Światło nadziei*, (w:) W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Poznań 2004, s. 25.

⁴⁰³ M. Matuszewska, *Pole do zaorania...*, op. cit., s. 29.

⁴⁰⁴ B. Woronowicz, *Dorośle Dziecko Anonimowych Alkoholików*, (w:) W. Braniecki (red.), *Cud przemiany...*, op. cit., s. 136.

⁴⁰⁵ J. Moskalewicz, *Polityka społeczna wobec alkoholu...*, op. cit., s. 71.

⁴⁰⁶ Za: B.T. Woronowicz, *Kierunki rozwoju leczenia...*, op. cit., s. 12.

⁴⁰⁷ B. T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., zwłaszcza rozdz. 19.

⁴⁰⁸ Za: B.T. Woronowicz, *Kierunki rozwoju leczenia...*, op. cit., s. 12.

⁴⁰⁹ Ibidem.

programu „Zdrowotne i społeczne problemy związane z alkoholem i innymi substancjami uzależniającymi” oraz sfinalizowanie prac nad *Ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁴¹⁰, zastępując dotąd funkcjonującą *Ustawę z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu*⁴¹¹.

Zarzuty rozpijania społeczeństwa formułowały w tamtym okresie nie tylko środowiska związane z „Solidarnością”, ale także działacze dotychczas ściśle kontrolowanego Społecznego Komitetu Przeciwalkoholowego⁴¹². Znaczącym wydarzeniem, już w III RP, było utworzenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (1993 rok). Na mocy *Ustawy z dnia 12 września 1996 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁴¹³ zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych powierzono gminom. Od 1998 roku w organizacji systemu leczenia odwykowego pojawiły się wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia, pełniące funkcje koordynatorów pozostałych placówek na terenie województwa. Kolejne nowelizacje ustawy, w połączeniu z odpowiednimi rozporządzeniami, uszczegóławiały standardy udzielanej pomocy w ramach tzw. leczenia odwykowego.

Ponieważ polityka społeczna jest „nauką odpowiedzialną za diagnozowanie obszarów społecznych niedostatków i wskazywanie dróg optymalnego wykorzystywania kapitału społecznego”⁴¹⁴, w zakresie jej zainteresowań mieści się też problem alkoholowy. Zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności poprzez: 1) tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymanie się od spożywania alkoholu; 2) działalność wychowawczą i informacyjną; 3) ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju; 4) ograniczanie dostępności alkoholu; 5) leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu; 6) zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie; 8) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej⁴¹⁵. Zadania, o których tu mowa, uwzględniono w założeniach polityki społeczno-gospodarczej w postaci *Narodowego Progra-*

⁴¹⁰ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴¹¹ *Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu* (Dz.U. z 1959 r. Nr 69 poz. 434).

⁴¹² J. Moskalewicz, *Polityka społeczna wobec alkoholu...*, op. cit., s. 77.

⁴¹³ *Ustawa z dnia 12 września 1996 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz.U. z 1996 r. Nr 127 poz. 593).

⁴¹⁴ E. Trafiałek, *Polityka społeczna dla pedagogów i służb społecznych*, Tarnobrzeg 2007, s. 26.

⁴¹⁵ Art. 2 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

*mu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015*⁴¹⁶ opracowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), przyjętego uchwałą Rady Ministrów. Opisany w nim system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oparty był na trzech wzajemnie komplementarnych programach działań, realizowanych na trzech poziomach administracji: centralnym, wojewódzkim i gminnym⁴¹⁷. PARPA koordynowała realizację Programu, a także integrowała obszary działań na trzech wspomnianych poziomach, formułując spójne dla nich kategorie zagadnień i cele strategiczne. Zachowując odrębne formy zarządzania i finansowania działań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na poszczególnych poziomach administracji, Program tworzył bazę do realizacji integralnej polityki wobec alkoholu i przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom jego używania.

W *Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015* wyróżniono osiem priorytetowych problemów:
Problem I: szkody zdrowotne wynikające ze spożywania alkoholu,
Problem II: nadmierna dostępność alkoholu,
Problem III: zaburzenia życia rodzinnego w związku z alkoholem, w tym szkody zdrowotne i rozwojowe dzieci z rodzin alkoholowych,
Problem IV: picie alkoholu przez dzieci i młodzież,
Problem V: zjawisko przemocy w rodzinie w związku z używaniem alkoholu,
Problem VI: pogarszająca się jakość działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz wydatkowanie środków z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych na zadania niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych,

⁴¹⁶ Poniższe informacje zaczerpnięte są z tekstu tegoż programu, opracowanego na lata 2011-2015, ponieważ w tym okresie realizowany był mój projekt badawczy.

⁴¹⁷ „Środki na finansowanie zadań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ujmują się w budżecie Ministra Zdrowia jako rozdz. 85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi, a środki na finansowanie zadań przez poszczególne centralne organy administracji rządowej oraz Krajową Radę Radiofonii i Telewizji ujmują się w ich budżetach. Środki na finansowanie wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ujmowane są w budżetach poszczególnych województw.

Na realizację zadań określonych we wspomnianych programach oprócz środków własnych samorządy województw przeznaczają środki pochodzące z opłat za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy napojami o zawartości do 4,5% alkoholu oraz piwem, a także napojów zawierających powyżej 4,5% do 18% alkoholu oraz za wydanie decyzji wprowadzających w zezwoleniach dodatkowe miejsca działalności gospodarczej.

Gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są finansowane: ze środków własnych gmin, z dodatkowych środków pozyskanych przez gminy z pobieranych opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych” (*Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015*, s. 11).

Problem VII: naruszenia prawa związane z alkoholem,

Problem VIII: brak naukowych danych na temat strat ekonomicznych związanych z alkoholem.

W ramach każdego z tych problemów wyróżnione zostały cele strategiczne i cele cząstkowe, planowane działania, proponowani realizatorzy oraz wskaźniki⁴¹⁸.

Już w art. 1 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁴¹⁹ mowa jest o zobowiązaniu organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego do: podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, wspierania w tym zakresie działalności organizacji społecznych i zakładów pracy, jak również popierania tworzenia i rozwoju organizacji społecznych, których celem jest krzewienie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom, a także zapewniania warunków sprzyjającym działaniom tych organizacji oraz współdziałania z Kościołem katolickim i innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.

Zadania, o których tu mowa, zawarte są w wojewódzkich programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiących część strategii wojewódzkich w zakresie polityki społecznej, realizowanych przez regionalne ośrodki polityki społecznej⁴²⁰, oraz gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiących część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanych corocznie przez rady gmin⁴²¹. Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu włączono do zadań własnych gmin, a w szczególności zadania te obejmują: zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu; udzielanie rodzinom, w któ-

⁴¹⁸ Ze względu na obszerność tegoż dokumentu zainteresowanych szczegółowymi zapisami odsyłam do pełnego tekstu omawianego programu.

⁴¹⁹ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴²⁰ Więcej w art. 4 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴²¹ Art. 4¹ *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

rych występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a zwłaszcza ochrony przed przemocą w rodzinie; prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych; podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego; wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej; powoływanie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych⁴²².

W przywoływanej tu ustawie uregulowane zostały również kwestie obrotu hurtowego i sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych o zróżnicowanej zawartości alkoholu (art. 9-9⁶, 12, 13, 14, 15, 18-18⁶, 19) oraz reklamy i promocji napojów alkoholowych (art. 13¹, 13²), a także przepisy karne dotyczące osób popełniających przestępstwa określone w ustawie (zwłaszcza art. 43-45³).

System leczenia odwykowego w Polsce funkcjonuje w oparciu o następujące akty prawne: *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*, *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* oraz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego*⁴²³.

⁴²² Art. 4¹ *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴²³ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487); *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, z załącznikami* (Dz.U. z 2013 r. poz. 1386), *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (Dz.U. z 2012 r. poz. 734) oraz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r.*

W Polsce leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej⁴²⁴. Zadaniem zarządu województwa jest organizowanie na obszarze województwa podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w zakresie leczenia odwykowego oraz wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia i współuzależnienia⁴²⁵.

Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach lecznictwa odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu są udzielane ubezpieczonemu bez skierowania lekarza i ubezpieczenia zdrowotnego, co wynika z art. 57.2 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁴²⁶. Świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz osób określonych w *Ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁴²⁷, a nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, finansowane są z budżetu państwa na zasadach i w trybie określonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na mocy art. 13 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁴²⁸.

Od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego, co gwarantuje art. 21.3 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁴²⁹.

Poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne, o czym mówi zapis w art. 21.2 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości*

w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2014 r. poz. 1850).

⁴²⁴ Art. 21.1. *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487), szczegółowiej omówione w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (Dz.U. z 2012 r. poz. 734) – zwłaszcza art. 3-9.

⁴²⁵ Art. 22.1. *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴²⁶ *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.).

⁴²⁷ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴²⁸ Art. 13 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.).

⁴²⁹ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

*i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁴³⁰. Wyjątki od tej zasady określono w art. 24-35 tejże ustawy, w których dokonano omówienia procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu pewnej części osób uzależnionych od alkoholu⁴³¹.

W Polsce, w ramach leczenia uzależnień, świadczenia gwarantowane realizowane są w warunkach trojakiemu typu: stacjonarnych (w tym: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin), dziennych (w tym: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie i działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin) i ambulatoryjnych (w tym: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki niezbędne w stanach nagłych i działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin)⁴³².

Świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu realizowane są przez podmioty lecznicze w następujących formach: 1) działania diagnostyczne w zakresie diagnozy nozologicznej i problemowej; 2) programy korekcyjne dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie lub używających substancji psychoaktywnych oraz osób z zaburzeniami nawyków i popędów; 3) programy psychoterapii uzależnień; 4) programy psychoterapii zaburzeń funkcjonowania członków rodziny, które wynikają ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych przez osoby bliskie, zwane dalej „programami psychoterapii członków rodzin”; 5) indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin; 6) indywidualne świadczenia rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin; 7) działania konsul-

⁴³⁰ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴³¹ Nie ustają polemiki dotyczące tego, czy osoba uzależniona od alkoholu powinna mieć pozostawioną możliwość decydowania o tym, czy podejmie leczenie czy raczej – ze względu na to, że konsekwencje jej uzależnienia dotyczą inne osoby – powinna być poddana przymusowemu leczeniu, a jeśli tak, to, czy godzi to w jej prawo do wolności osobistej. Ponadto osoby przymuszone do podjęcia terapii, bez wewnętrznej motywacji, są trudniejszymi pacjentami i gorzej rokują, jeśli chodzi o efekty leczenia.

Zainteresowanych tą kwestią odsyłam do zapoznania się z wnioskami kontroli NIK dotyczącej procedury zobowiązania do leczenia odwykowego, zawartymi w: K. Łukowska, *Zobowiązanie do leczenia odwykowego – kontrola NIK. Praktyczne wskazówki dla samorządów gminnych, „Świat Problemów”* 2016, nr 9.

⁴³² § 3.1., 6, 7, 8 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz.U. z 2013 r. poz. 1386).

tacyjno-edukacyjne dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu⁴³³. Ich charakterystyka zawarta jest w § 2 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi*⁴³⁴.

Działania diagnostyczne polegają na rozpoznaniu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych, rozpoznaniu zaburzeń nawyków i popędów oraz zaburzeń występujących u członków rodziny w następstwie spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych bądź zaburzeń nawyków i popędów u osób bliskich oraz na rozpoznaniu niezbędnych do skonstruowania planu terapii aktualnych problemów pacjenta, a także przyczyn i mechanizmów będących ich podłożem.

Programy korekcyjne obejmują indywidualne lub grupowe oddziaływania psychologiczne zmierzające do ograniczenia szkód wynikających ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych u osób nieuzależnionych, bądź do ograniczenia szkód wynikających z zachowań impulsywnych u osób z zaburzeniami nawyków i popędów.

Programy psychoterapii uzależnień obejmują indywidualne i grupowe oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na poprawę stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu poprzez redukcję objawów i mechanizmów uzależnień oraz uczenie umiejętności potrzebnych do podtrzymania pozytywnej zmiany.

Programy psychoterapii członków rodzin obejmują oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na usunięcie lub złagodzenie zaburzeń powstałych w wyniku przewlekłego stresu u członków rodziny, spowodowanego spożyciem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych przez osobę bliską.

⁴³³ § 1 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (Dz.U. z 2012 r. poz. 734).

⁴³⁴ *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (Dz.U. z 2012 r. poz. 734).

Indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze obejmują: 1) leczenie stanów występujących w przebiegu uzależnienia od alkoholu, w szczególności leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych; 2) leczenie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu u osób przystępujących do psychoterapii uzależnienia od alkoholu; 3) psychofarmakoterapię ułatwiającą osiągnięcie celów terapii uzależnienia od alkoholu; 4) psychofarmakoterapię współwystępujących zaburzeń psychicznych.

Indywidualne świadczenia rehabilitacyjne obejmują oddziaływania psychospołeczne i pomocnicze medyczne, ukierunkowane na przywrócenie zdolności funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin.

Działania konsultacyjno-edukacyjne obejmują grupowe lub indywidualne poradnictwo ukierunkowane na zwiększenie rozumienia uzależnienia, problemów rodziny osób uzależnionych od alkoholu oraz poznanie ofert leczenia osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin.

Wspomniane podmioty lecznicze, wykonujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu, prowadzą placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, którymi są:

- 1) poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia;
- 2) poradnie leczenia uzależnień;
- 3) całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu;
- 4) całodobowy oddział leczenia uzależnień;
- 5) dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu;
- 6) dzienne oddziały leczenia uzależnień;
- 7) oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych;
- 8) hostele dla osób uzależnionych od alkoholu⁴³⁵.

Placówki te mogą działać jako ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu, jeżeli zapewniają wykonywanie stacjonarnych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin albo tylko ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, a w skład ośrodka wchodzi: a) dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienny oddział leczenia uzależ-

⁴³⁵ § 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz.U. z 2012 r. poz. 734). Uszczegółowienie ich zadań znajduje się w zapisach tejże ustawy - art. 4-8.

nień oraz b) poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia lub poradnia leczenia uzależnień⁴³⁶.

Dodatkowo dla osób uzależnionych może być realizowany turnus rehabilitacyjny, z którego można skorzystać nie częściej niż raz na 12 miesięcy⁴³⁷.

Nieco inną w swym charakterze formą pomocy jest pobyt na oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Trzy grupy realizowanych tu zadań to: 1) diagnozowanie zaburzeń spowodowanych spożywaniem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych; 2) leczenie alkoholowego lub polekowego zespołu abstynencyjnego; 3) motywowanie pacjentów do podjęcia psychoterapii uzależnień⁴³⁸.

Organy samorządu terytorialnego w miastach liczących ponad 50 000 mieszkańców i organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień (przy czym jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć taką placówkę lub zlecić wykonywanie zadań izby wytrzeźwień innej placówce). Zadaniom i zasadom funkcjonowania tego typu placówek poświęcone zostały art. od 39 do 42³. 2 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* oraz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego*⁴³⁹.

W niektórych miastach działają również punkty konsultacyjne, organizowane przez samorządy gminne, ośrodki pomocy społecznej, stowarzyszenia abstynenckie czy kościoły i związki wyznaniowe. Powinny być one miejscem pierwszego kontaktu, łatwo dostępnym dla osób z problemem alkoholowym potrzebujących pomocy, z którego odpowiednio motywowani i właściwie pokierowani trafią do instytucji świadczących wyspecjalizowaną pomoc⁴⁴⁰.

⁴³⁶ § 3.2. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całonocne oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (Dz.U. z 2012 r. poz. 734).

⁴³⁷ Więcej patrz. § 9 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz.U. z 2013 r. poz. 1386).

⁴³⁸ § 7 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całonocne oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (Dz.U. z 2012 r. poz. 734).

⁴³⁹ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487) oraz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego* (Dz.U. z 2014 r. poz. 1850).

⁴⁴⁰ W Polsce działa ich ok. 2 tys. Za: J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska, *Uzależnienie od alkoholu...*, op. cit., s. 77.

Również w części naszego kraju do dyspozycji osób borykających się z własnym i cudzym problemem alkoholowym są telefony zaufania. Podczas rozmowy można uzyskać: porady i wsparcie psychologiczne, informacje o dostępnych, konkretnych możliwościach leczenia, wzmocnienie motywacji do podjęcia działania⁴⁴¹.

Na pomoc mogą liczyć także członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, doświadczający następstw nadużywania alkoholu przez osobę uzależnioną⁴⁴², którzy uzyskują świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki. Za świadczenia te nie pobiera się opłat. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu mogą uzyskać bezpłatną pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną udzielaną przez podmioty określone w art. 22.1. i poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych. Pomoc niesiona tej kategorii dzieci może być udzielona wbrew woli rodziców lub opiekunów będących w stanie nietrzeźwym.

Na wydatki związane z realizacją *Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych* przeznaczona jest corocznie z budżetu państwa suma środków w wysokości 1% podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych. Dodatkowe środki na finansowanie zadań określonych w art. 4¹.1 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁴⁴³ pozyskiwane są z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych pobieranych przez gminy⁴⁴⁴.

Partnerami rządowej polityki alkoholowej mogą być organizacje sytuowane w sektorze pozarządowym. Ich rola może tu dotyczyć takich obszarów, jak: monitorowanie wdrażania istniejących praw, kodeksów i praktyk postępowania w sektorze publicznym i prywatnym; przekładanie bazy dowodowej na łatwo zrozumiałe praktyki i działania polityczne, zmierzające do zmniejszania szkód wywołanych przez alkohol; obrona i reprezentowanie społeczeństwa obywatelskiego w procesie wprowadzania w życie takich działań i praktyk; zbieranie i rozpowszechnianie wiedzy mobilizującej społeczeństwo obywatelskie do wspierania praktycznych działań opartych na konkretnych dowodach w obszarze polityki alkoholowej⁴⁴⁵. Niedocenio-

⁴⁴¹ Ibidem, s. 78-79.

⁴⁴² Na mocy art. 23 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴⁴³ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴⁴⁴ Mowa o tym w art. 11¹.1 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁴⁴⁵ P. Anderson, B. Baumberg, *Wnioski i zalecenia. Alkohol w Europie*, tłum. K. Mazurek, Warszawa 2007, s. 22.

ne w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych zdają się być stowarzyszenia abstynenckie, które prowadzą działania na rzecz swoich członków i ich rodzin oraz społeczności lokalnych, a aktywność ta może dotyczyć takich obszarów, jak: „trzeźwościowy (w tym rehabilitacyjny); pomocowy (w tym interwencyjny); na rzecz promowania abstynencji i zdrowego stylu życia; kulturalno-towarzyski; ukierunkowany na dzieci i młodzież; współpracy, współdziałania na rzecz i ze społecznością lokalną; współpracy z innymi organizacjami i instytucjami; promocji działań. Stowarzyszenia abstynenckie podejmują aktywności ukierunkowane na: wspieranie abstynencji i trzeźwienia, pomoc w rozwiązywaniu różnorodnych problemów, nawiązywanie kontaktu z osobami uzależnionymi, motywowanie ich do leczenia odwykowego, podejmują interwencje wobec osób z problemem alkoholowym. Organizują różnego rodzaju zajęcia rehabilitacyjne skierowane do osób uzależnionych i członków ich rodzin, uczące umiejętności zarówno psychologicznych, jak i praktycznych. Oddziaływania te są niezwykle istotne w procesie zdrowienia, zapobiegają wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną osobom z problemem alkoholowym. (...) Stowarzyszenia prowadzą również niezwykle cenne działania z zakresu zdrowego i trzeźwego stylu życia dla osób dorosłych, ale także młodzieży i dzieci. Najczęściej spotykane formy to sport, turystyka, wspólne wyjazdy, organizowanie «dni trzeźwości», festynów czy wspólnych wieczorów tematycznych. Różnorodne aktywności mają na celu nie tylko propagowanie trzeźwości, ale również spełniają ważną funkcję promocji działań samych stowarzyszeń. Kolejnym ważnym nurtem w pracy stowarzyszeń powinna być ich rola w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych. Po pierwsze, poprzez włączenie się stowarzyszeń abstynenckich w prace związane z opracowywaniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Konsultacja programu ze środowiskiem abstynenckim może wiele wnieść w zakresie jego dostosowania do lokalnych potrzeb i właściwego zdefiniowania priorytetów planowanych działań. Po drugie, poprzez nawiązanie i utrzymywanie stałej współpracy m.in. z samorządami, lecznictwem odwykowym, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych oraz innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi”⁴⁴⁶. Jednak jak pokazują doświadczenia, co zauważa Agnieszka Czerkawska, jest wiele problemów na gruncie współpracy, sygnalizowanych przez obie strony: tak organizacje abstynenckie, jak i samorzą-

⁴⁴⁶ A. Czerkawska, *Miejsce organizacji abstynenckich w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Świat Problemów” 2011, nr 8, s. 7.

dy. Najważniejszymi przeszkodami są: „współpraca opierająca się głównie na zlecaniu zadań, a nie na różnorodnych formach, jakimi są wymiana informacji i doświadczeń, konsultacje, wsparcie merytoryczne; niezajomość przez organizacje pozarządowe niezbędnych przepisów prawnych i innych dokumentów, jak chociażby samego gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; niewystarczająca znajomość mechanizmów działania obu grup podmiotów; niedocenywanie wagi współpracy w osiągnięciu wspólnego celu. Często dzieje się tak, iż samorządy i organizacje pozarządowe stają po dwóch przeciwległych stronach, sprawiając wrażenie, jakby realizowały działania przeciwstawne. Zapominając, że cel jest wspólny, wspólny jest również adresat działań. Warto mieć na względzie to, że przedstawiciele instytucji czy organizacji pozarządowych winni być dla siebie partnerami, co oznacza prawa, ale i obowiązki dla obu stron – jest to równoznaczne z poszanowaniem autonomiczności każdego z nich”⁴⁴⁷.

Aby dopełnić obrazu możliwości poszukiwania pomocy przez osoby uzależnione od alkoholu, należy dodać, że w Polsce funkcjonuje także wiele grup o charakterze samopomocowym. Mowa tu o ruchu Anonimowych Alkoholików, klubach abstynenta oraz organizacjach pozarządowych nastawionych w swych celach statutowych na działania w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemu alkoholowego oraz jego konsekwencji. Choć leczenie osób uzależnionych odbywa się pod kierunkiem specjalistów, to inicjatywy samopomocowe mogą odegrać znaczącą rolę, stanowiąc istotne uzupełnienie profesjonalnej pomocy. „Praca specjalistów zazwyczaj nie może być zastąpiona oddziaływaniem grup samopomocowych, ponieważ ich wyłączne wsparcie może okazać się dla wielu niewystarczającym. Grupy samopomocowe nie zastąpią więc fachowej opieki medycznej czy psychoterapeutycznej, ale mogą je efektywnie uzupełnić lub wesprzeć”⁴⁴⁸.

Formą reakcji społecznej na problem alkoholowy są również inicjatywy Kościoła katolickiego. Są nimi m.in.: duszpasterstwa parafialne, bractwa trzeźwości, Ruch Światło-Życie czy Krucjata Wyzwolenia Człowieka⁴⁴⁹.

Wspomnieć tu należy także o roli Internetu, a zwłaszcza blogów i forów kobiet przypuszczających lub pewnych swojego uzależnienia od alkoholu. Barbara Wojewódzka, analizująca te sposoby kontaktu z innymi podobny-

⁴⁴⁷ Ibidem, s. 5.

⁴⁴⁸ E. Włodarczyk, *Grupy samopomocowe w doświadczaniu abstynencji alkoholowej*, (w:) M. Piornunek (red. nauk.), *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Poznań, 2010, s. 564.

⁴⁴⁹ Więcej w: ks. H. Rak, *A jednak może być pokonany. Ruch Anonimowych Alkoholików a człowiek uzależniony*, Kraków 1993, s. 52 i nast.

mi sobie osobami (a w omawianym zakresie – z kobietami borykającymi się z własnym problemem alkoholowym), zauważa, że niektóre kobiety poszukują ich i „w sposób naturalny tworzą grupy społeczne poprzez ustalenie norm, samookreślanie się jako uczestniczki grupy oraz potwierdzanie uczestnictwa innych. Przez interakcje tworzą swoją tożsamość, która nie oznacza tylko poczucia ciągłości własnego istnienia, ale dotyczy też pełnienia określonych ról społecznych. Rola alkoholiczki staje się w tym wypadku motywacją do poszukania grupy, dzięki której kobiety mogły nauczyć się radzenia sobie z chorobą”⁴⁵⁰. Zarówno blogi, jak i fora, zwłaszcza gdy komunikacja jest dynamiczna, a użytkowników charakteryzuje duża otwartość, przynoszą korzyści dla wszystkich angażujących się w nie osób, ponieważ mają tu szansę zaistnieć takimi, jakie są, nawet w nieakceptowanej społecznie roli alkoholiczki, otwarcie mówić o sobie i swojej destrukcji alkoholowej, przeżyć swoiste *katharsis*, nauczyć się pozytywnego radzenia sobie z uzależnieniem, zidentyfikować się z kobietami z podobnymi problemami, zweryfikować wyobrażenia na swój temat, otrzymać wyrazy sympatii, wsparcia, nawet podziwu, a także mieć okazję, by pomóc sobie, ale i zatroszczyć się o innych⁴⁵¹.

W związku z tym, że Internet staje się nieodłączną częścią życia współczesnego człowieka (w najmniejszym stopniu dotyczy to seniorów), terapeuci również coraz częściej spotykają się z pytaniami o możliwość konsultacji udzielanych tą drogą (np. przez osoby wyjeżdżające za granicę lub niepotrafiące przełamać wstydu przed przyjściem do poradni)⁴⁵². Będąc świadomymi zalet i wad terapii online⁴⁵³, eksperci wypowiadają się na ten temat w różnoraki sposób: bądź entuzjastycznie, bądź sceptycznie, bądź ambiwalentnie, warunkując swoje bycie zwolennikiem tej formy kontaktu od wielu czynników⁴⁵⁴. Analiza dostępnych obecnie portali rodzi refleksję nad korzyściami, szansami, ograniczeniami i zagrożeniami udzielania pomocy drogą on line⁴⁵⁵.

⁴⁵⁰ B. Wojewódzka, *Babiniec. Jak wspierają się uzależnione kobiety*, „Świat Problemów” 2014, nr 3, s. 16.

⁴⁵¹ Ibidem, s. 16-17.

⁴⁵² *Terapia przez Internet – czy to nasza przyszłość? (sonda redakcyjna)*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2014, nr 6, s. 32.

⁴⁵³ Więcej o tym patrz np. R. Modrzyński, J. Malinowska, *Nowe wyzwanie dla systemu leczenia uzależnień. Zastosowanie Internetu do pomocy osobom z problemem alkoholowym*, „Alkoholizm i Narkomania” 2014, nr 27.

⁴⁵⁴ *Terapia przez Internet...*, op. cit., s. 32-33.

⁴⁵⁵ Więcej o tym patrz np. R. Modrzyński, J. Kotowska, „Potrzebuję pomocy, ale chcę spróbować sam” – rola Internetu w łamaniu społecznych stereotypów i docierania do większej grupy osób pijących szkodliwie, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2015 nr 1, s. 20-22.

Wszystkie zarysowane powyżej uregulowania prawne i wynikające z nich działania są zasadne i potrzebne, zwłaszcza jeśli wieloaspektowo regulują kwestie alkoholowe⁴⁵⁶, niemniej trudno nie zgodzić się z Arnoldem Gubińskim, który zauważył, że „przepisy prawa, choć konieczne – w pewnym zakresie, mają jedynie drugorzędne znaczenie, a decydujące leży w ekonomice, kulturze i obyczajowości ludzi”⁴⁵⁷. Ponadto pojawia się problem błędnego koła: państwo korzysta z zysków, jakie przynosi produkcja alkoholu; jak więc walczyć z problemami alkoholowymi i nie zrezygnować z dochodów⁴⁵⁸? Niestety ciągle w wielu państwach, w tym w Polsce, priorytetowe są doraźne interesy o charakterze ekonomicznym, przedkładane nad długookresowy interes społeczny. Brakuje przeświadczenia, że alkohol nie jest towarem jak każdy inny, więc jego dystrybucją winny rządzić nie tylko prawa rynku, lecz inne wartości. Potrzeba także w tym zakresie zmian świadomości społecznej, postaw i zachowań konsumenckich⁴⁵⁹. W tym miejscu należy też zauważyć, że o ile mamy w Polsce wiele wypracowanych rozwiązań w zakresie pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu, o tyle grupa osób pijących ryzykownie i szkodliwie jest pomijanym przedmiotem zainteresowania polityki zdrowotnej i społecznej⁴⁶⁰ i nie ma dla tych osób odpowiedniej propozycji wsparcia⁴⁶¹. Tymczasem „efektywne rozwiązywanie problemów alkoholowych zarówno w wymiarze ogólnospołecznym, jak i lokalnym wymaga stworzenia systemu pomocy dla osób, które spożywają alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy, zanim dojdzie do kumulacji szkód, w tym do uzależnienia”⁴⁶². Można się spodziewać, że te braki zostaną uzupełnione wskutek reorganizacji form pomocy osobom diagnozowanym w oparciu o stosunkowo od niedawna obowiązujące kryteria diagnostyczne, ujęte w DSM-5 (była o nich mowa w podrozdziale 1.3).

Zdaje się także, że polityka społeczna zmierzająca do przeciwdziałania problemom alkoholowym jest z gruntu chybiona, ponieważ niektóre zapisy

⁴⁵⁶ K. Łukowska zaznacza: „należy spodziewać się, że prawo będzie skuteczne tylko wtedy, kiedy będzie zmieniało sytuację sprzyjającą powstawaniu problemów alkoholowych i zmniejszało skalę dolegliwości związanych z alkoholem, a nie tylko wtedy, gdy będzie ustanawiało, jakie zachowania są dozwolone, a jakie zabronione” – K. Łukowska, *Polityka wobec alkoholu – między prohibicją a wolnym rynkiem*, „Świat Problemów” 2009, nr 12, s. 8.

⁴⁵⁷ A. Gubiński, *Jak głęboko sięgać powinno prawo?*, „Problemy Alkoholizmu” 1991, nr 5, s. 7.

⁴⁵⁸ Takie pytanie postawił M. Rudnik w swoim artykule pt. *Błędne koło walki z alkoholizmem*, zamieszczonym w czasopiśmie „Problemy Alkoholizmu” 1989, nr 2, s. 9.

⁴⁵⁹ Zaczepnięte z *II Raportu o polityce wobec alkoholu*, opublikowanego w: „Problemy Alkoholizmu” 1992, nr 1, s. 5.

⁴⁶⁰ J. Fudała, *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Warszawa 2008, s. 6.

⁴⁶¹ M. Staniaszek, *Lecznictwo odwykowe w Polsce – sukcesy i wyzwania*, (w:) K. Gašior, J. Chodkiewicz (red. nauk.), *Leczenie alkoholików i członków...*, op. cit., s. 139-140.

⁴⁶² J. Fudała, *Jak pomagać...*, op. cit., s. 6.

(np. zadania w tym zakresie ujmowane w *Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*) zapisane są na dużym poziomie ogólności (np. cóż znaczy „ustalenie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w kraju“?), a podejmowane działania są niepełne, rozdzielne i mają charakter resortowy. Zarówno w inicjatywach ustawodawczych, jak i praktyce ich realizacji brakuje objęcia wszystkich aspektów i przejawów problemu alkoholowego oraz tworzenia warunków ich systemowego, a więc zintegrowanego rozwiązania.

Niestety, jednak nawet najlepszy system wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu na nic się zda, jeśli w nich samych nie będzie chęci zmiany, wewnętrznej motywacji i determinacji.

ROZDZIAŁ III

Rozstrzygnięcia metodologiczne autorskiego projektu badań nad próbami podmiotowego i instytucjonalnego rozwiązywania kobiecego problemu alkoholowego w Poznaniu

Przez całe dekady kobiety były pomijane w epidemiologicznych i klinicznych badaniach nad alkoholizmem, co powoli ulegało zmianie, począwszy od lat 70. XX wieku, stopniowo zyskując coraz większe zainteresowanie badaczy reprezentujących różne dyscypliny naukowe. Pole badawcze, jakie zakreślają kobiety jako konsumentki napojów alkoholowych, jak i ich problemy alkoholowe, stanowi więc ważne i uzasadnione wyzwanie badawcze, wzmocnione potrzebami wynikającym z odnotowywanego w Polsce wzrostu liczby kobiet pijących alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy oraz uzależnionych od alkoholu.

3.1. Problem alkoholowy kobiet w interdyscyplinarnym polu badawczym

Kwestie problemu alkoholowego kobiet w Polsce analizowane są w badaniach wielorakiego rodzaju: w sondowaniach zmierzających do ukazania rozmiarów spożycia alkoholu i dynamiki rozwoju problemu alkoholowego (osób obu płci i w różnym wieku), w szacowaniach mieszczących się w nurcie badań opinii publicznej prowadzonych wśród respondentów obu płci oraz w studiach badawczych, w których próby badawcze stanowią kobiety uzależnione od alkoholu (bądź dotyczące tylko kobiet, bądź kobiet i mężczyzn, uchwycionych zwykle w procesie terapii).

Wyniki badań z innych krajów dowodzą, że mężczyźni piją częściej i więcej niż kobiety⁴⁶³ oraz że całkowite spożycie alkoholu deklarowane przez

⁴⁶³ Np. K.M. Fillmore i in., *A Meta-Analysis of Life Course Variation in Drinking*, „British Journal of Addiction” 1991, nr 86(10), s. 1221-1268; R.W. Wilsnack, N.G. Vogentanz, S.C. Wilsnack, *Gender Differences in Alcohol Consumption and Adverse Drinking Consequences*, „Addiction” 2000, nr 95(2), s. 251-265; R.C. Kessler i wsp., *Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric*

mężczyzn w Europie jest dwu-, trzykrotnie większe od kobiecego⁴⁶⁴. W Polsce kobiety również stanowią kategorię konsumentów alkoholu spożywających go rzadziej i w mniejszych ilościach niż mężczyźni, choć jednocześnie obserwowany jest wzrost liczby kobiet pijących alkohol w sposób ryzykowny oraz diagnozowanych jako uzależnione od alkoholu. Udowadniają to wyniki badań, które zostaną przywołane w niniejszym rozdziale.

Ze stosunkowo wczesnych badań wynika, że już w latach 60. XX wieku w Polsce stopniowo wzrastał odsetek kobiet spożywających alkohol w trakcie spotkań rodzinnych i towarzyskich⁴⁶⁵. Dotyczyło to przede wszystkim kobiet żyjących w miastach, zwłaszcza w środowiskach urzędniczych i studenckich, które konsumowały alkohol nie tylko w domach, ale i lokalach gastronomicznych; wkrótce dołączyły do nich reprezentantki środowisk robotniczych, pijące alkohol nawet w miejscu pracy i upodabniające wzory swojego picia do męskiego, z wyraźną preferencją wódki; z czasem problem alkoholowy nie ominął także i mieszkanki wsi⁴⁶⁶. Tradycyjna obyczajowość wymagająca od kobiet powściągliwości w konsumpcji alkoholu stopniowo zaczęła ustępować wzrostowi przyzwolenia na jego picie przez kobiety oraz ogólnemu zobojętnieniu na powszechność picia⁴⁶⁷.

W efekcie w latach 70. i 80. szacowano, że wśród osób nadużywających alkoholu (prawdopodobnie 5 mln) ok. 8-10% stanowiły kobiety⁴⁶⁸. I choć w latach 80. kobiety wypijały pięć razy mniej alkoholu niż mężczyźni (i to głównie tzw. damskie alkohole, czyli zwłaszcza wina, likiery i domowe nalewki), to i tak trzykrotnie więcej niż kobiety żyjące 30 lat wcześniej⁴⁶⁹. Ponieważ w kolejnych dekadach coraz więcej kobiet używało i nadużywało alkoholu, zmieniały się proporcje alkoholików i alkoholiczek: na początku lat 60. wynosiła ona 7:1⁴⁷⁰,

Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, „Archives of General Psychiatry” 1994, nr 51, s. 12; I.S. Obot, R. Room (ed.), *Alcohol, Gender and Drinking Problems. Perspectives from Low and Middle Income Countries*, Geneva 2005.

⁴⁶⁴ H. Leifman, *Estimations of Unrecorded Alcohol Consumption Levels and Trends in 14 European Countries*, „Nordic Studies on Alcohol and Drugs” 2001, nr 18 (English Supplement), s. 54-70; P. Mäkelä i in., *Drinking and Gender Differences in Drinking in Europe: a Comparison of Drinking Patterns in European Countries*, (w:) K. Bloomfield (ed.), *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study*, Berlin 2005; P. Mäkelä i in., *Drinking Patterns and their Gender Differences in Europe*, „Alcohol & Alcoholism”, vol. 41 (Supplement); R.W. Wilnsack i in., *Gender and Alcohol Consumption: Patterns from the Multinational Genacis Project*, „Addiction” 2009, nr 104(9).

⁴⁶⁵ J.K. Falewicz, *Jak pijemy? Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych z roku 1968*, Warszawa 1972.

⁴⁶⁶ K. Kosiński, *Historia pijaństwa w czasach...*, op. cit., s. 225-226.

⁴⁶⁷ Ibidem, s. 221, 223.

⁴⁶⁸ Wskazują na to dane zebrane w wyniku analizy roczników statystycznych z tamtych dekad.

⁴⁶⁹ Za: K. Kosiński, *Historia pijaństwa...*, op. cit., s. 221.

⁴⁷⁰ Za: M. Jarosz, *Pijaństwo w Polsce – tradycje, motywy, skutki*, (w:) M. Jarosz (red.), *Alkohol w zakładzie pracy. Problemy ekonomiczne i społeczne*, Warszawa 1990, s. 37.

natomiast na końcu lat 80. proporcja ta zmieniła się już na 4:1⁴⁷¹. Bardziej szczegółowe porównanie wyników badań z lat 80. (tj. z 1984 i 1989 roku), przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, wykazało, że „choć poziom średniego spożycia liczonego dla kobiet-konsumentek alkoholu nie uległ większej zmianie, to średnie spożycie alkoholu przez mężczyzn lekko spadło, a tym samym różnica związana z płcią uległa dalszemu, chociaż niewielkiemu, zmniejszeniu. Głębsza analiza wykazała, że proces ten ograniczał się do osób zamieszkałych w mieście. W 1984 roku w miastach mężczyźni wypijali średnio prawie pięć razy więcej niż kobiety, w 1989 roku – już tylko cztery razy więcej. Na wsi średnia dla mężczyzn w obu badaniach była sześć razy wyższa niż dla kobiet”⁴⁷².

Kolejne badanie, przeprowadzone w 1995 roku (zrealizowane także przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, na zlecenie PARPA), pokazało, że średnie spożycie przypadające wówczas na statystyczną konsumentkę alkoholu nie różniło się znacząco dla oszacowanego spożycia w 1989 roku; zaobserwowano jednak silny wzrost spożycia napojów alkoholowych wśród nastolatek – dziewczęta zaczęły tu dorównywać chłopcom⁴⁷³. Analizy te wykazały ponadto pogłębienie się różnic w poziomie spożycia alkoholu wśród kobiet zróżnicowanych pod względem wykształcenia: w 1995 roku – w porównaniu do 1989 roku – mniej piły kobiety z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym, nie odnotowano zmian w przypadku kobiet ze średnim wykształceniem, zaś te z wykształceniem wyższym zwiększyły swoje spożycie alkoholu (w sumie osiągając ponaddwukrotnie wyższe spożycie niż kobiety z wykształceniem podstawowym)⁴⁷⁴. Zróżnicowanie to zdeterminowało także miejsce zamieszkania: o ile w miastach w 1989 i 1995 roku nie odnotowano większych różnic, o tyle w 1995 roku kobiety na wsi piły mniej niż sześć lat wcześniej, osiągając wartość dwukrotnie niższą niż kobiety z miast (charakteryzujące się większą emancypacją i podatnością na innowacje kulturowe)⁴⁷⁵.

Od kilkunastu lat, na zlecenie PARPA, przeprowadzane są badania diagnostujące rozmiary i wzory konsumpcji alkoholu obejmujące ogólnopolskie losowe próby reprezentatywne dla dorosłych mieszkańców (niestety, różniące się nieco stosowanymi metodami, stąd niekiedy trudno dokonywać porównań, zestawiając te wyniki). Poniżej omówione zostaną wybrane dane, uzyskane z tych badań, stosunkowo świeże i najistotniejsze w kontekście omawianego problemu, ukazujące (na miarę dostępności do tych danych) kobiece spożywanie alkoholu, nadużywanie go i uzależnienie od niego.

⁴⁷¹ Ibidem.

⁴⁷² J. Sierosławski, *Czy dogonią mężczyzn...*, op. cit., s. 9.

⁴⁷³ Ibidem, s. 9.

⁴⁷⁴ Ibidem, s. 10.

⁴⁷⁵ Ibidem, s. 10.

Ogólnopolskie badania ankietowe, zrealizowane w 2002 roku pod nazwą „Substancje psychoaktywne”, wykazały, że wśród konsumentów napojów alkoholowych w Polsce ok. 2,5 mln stanowiły osoby pijące w sposób ryzykowny dla zdrowia oraz że osoby pijące w ilościach stwarzających szczególnie wysokie ryzyko powstania szkód zdrowotnych to prawie pięć razy częściej mężczyźni niż kobiety⁴⁷⁶.

Wyniki kolejnych ogólnopolskich badań ankietowych, zrealizowanych w 2005 roku⁴⁷⁷, pokazały radykalny – w stosunku do poprzedzającej je dekad – wzrost spożycia napojów alkoholowych w Polsce. W latach 2002-2005 średnie spożycie 100% alkoholu wzrosło prawie o 1/3 (30%), średnie spożycie wódki zwiększyło się o ponad 40%, a spożycie piwa o 10%. Ten ogromny wzrost spożycia napojów spirytusowych w latach 2002-2004 potwierdzają również oficjalne statystyki GUS dotyczące spożycia alkoholu w litrach na jednego mieszkańca; tu wzrost był jeszcze większy i wynosił prawie 53%. Ponadto odsetek osób ryzykownie pijących (tj. rocznie powyżej 10 litrów 100-procentowego alkoholu wśród mężczyzn i ponad 7,5 litra wśród kobiet) w latach 2002-2005 wzrósł o 30%. Aż 16% populacji dorosłych Polaków zaliczonych zostało do grupy pijących ryzykownie. Największy wzrost w tym zakresie odnotowano wśród kobiet w przedziale wiekowym 18-29 lat; co dziesiąta kobieta w tej frakcji wiekowej (10,2%) piła w sposób ryzykowny (destrukcyjny dla zdrowia).

Z danych uzyskanych w badaniu „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce”⁴⁷⁸ z 2008 roku wynika, że największe spożycie alkoholu występowało w grupie kobiet będących w przedziałach wiekowych 18-29 i 30-39 lat, stanu wolnego, mających wyższe wykształcenie, będących mieszkankami miast powyżej 50 tys. mieszkańców, uczących się, będących gospodyniami domowymi bądź zatrudnionych jako pracownice umysłowe bez wyższego wykształcenia lub zajmujących stanowiska samodzielne, deklarujących się jako niewierzące i niepraktykujące, oceniających swoją sytuację materialną jako korzystną. Grupę ryzyka (czyli kobiet pijących 7,5 litra czystego alkoholu rocznie) oszacowano na poziomie 2-4%.

Dane z Europejskiego Ankietaowego Badania Zdrowia (EHIS)⁴⁷⁹, przeprowadzonego w Polsce rok później, wskazują natomiast, że odsetek kobiet pi-

⁴⁷⁶ Dane zaczerpnięte ze strony internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: http://parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=248&Itemid=186 (dostęp: 24.11.2011).

⁴⁷⁷ Ibidem.

⁴⁷⁸ Badanie zrealizowane na zlecenie PARPA na ogólnopolskiej, losowej próbie adresowej liczącej 1075 osób, reprezentatywnej dla dorosłych mieszkańców Polski w wieku 18 lat i więcej. Wyniki patrz. strona internetowa <http://parpa.pl> (dostęp: 24.11.2011).

⁴⁷⁹ Badanie to przeprowadzono w 2009 roku, a zrealizowane zostało zgodnie z zaleceniami Eurostatu, na próbie wylosowanych 24,5 tys. gospodarstw domowych. Przebadano prawie

jących alkohol zmniejszył się z ok. 67% w 2004 roku do 65% w 2009 roku; oznacza to, że 34% kobiet (przy 1% braku danych) określiło się jako abstynentki. W ciągu ostatniego roku, liczonego od dnia badania, kobiet pijących alkohol raz w miesiącu lub rzadziej było 46,5%, 2-4 razy w miesiącu – 15,9%, 2-3 razy w tygodniu – 2%, 4-6 razy w tygodniu – 0,5%, a codziennie – 0,4%. Jeśli za normę uzna się spożycie alkoholu w ilości mniejszej niż 60 g czystego alkoholu przy jednej okazji, to takiej dawki nigdy nie przekroczyła co trzecia kobieta pijąca alkohol, raz na miesiąc lub rzadziej zdarzyło się to blisko co drugiej kobiecie często pijącej, zaś co najmniej jeden raz w tygodniu – rzadziej niż co dziesiątej kobiecie. Generalnie kobiety o wiele rzadziej niż mężczyźni deklarowały picie alkoholu. Do jego spożywania częściej niż raz w tygodniu przyznała się co 22. pijąca kobieta, zatem populację kobiet pijących z taką częstotliwością oszacowano na poziomie 0,5 mln (i ok. 2,1 mln mężczyzn), a stanowiły ją najczęściej mieszkanki miast w wieku 20-39 lat, dobrze wykształcone i żyjące w związkach. Jak jednak zaznaczono: ponieważ blok pytań dotyczący spożycia alkoholu zamieszczono w odrębnej części kwestionariusza i był on wypełniany samodzielnie przez respondentów (bez udziału ankietera), to niestety wielu z nich nie odpowiedziało na tak szczegółowe pytanie, bądź mimo instrukcji wypełniło je niewłaściwie; w efekcie założony cel nie został w pełni osiągnięty – uzyskano w miarę poprawne informacje na temat częstości picia alkoholu i spożycia ryzykownego, natomiast informacje pozyskane na temat wielkości spożycia oraz struktury konsumpcji powinny być interpretowane bardzo ostrożnie⁴⁸⁰.

Z kolei z rezultatów badania EZOP⁴⁸¹ z przełomu 2010 i 2011 roku wynika, że: ponad 80% populacji w wieku 18-64 lat można było zaliczyć do kategorii konsumentów alkoholu (tzn. osób, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy piły alkohol), 11,9% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym – do ogólnej kategorii nadużywających alkoholu, w tym 2,4% osób spełniających kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu. Postawy abstynenckie były częstsze wśród kobiet (25,5%) niż wśród mężczyzn (10,9%). Ogółem jedna czwarta populacji polskiej w wieku 18-64 lata sięgała po alkohol co najmniej

42 tys. osób (w tym ok. 35 tys. to osoby dorosłe). Pozyskane wyniki uznaje się za reprezentatywne na poziomie województwa i kraju. Wyniki patrz. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, Warszawa 2011, s. 67 i nast.

⁴⁸⁰ Ibidem, s. 67.

⁴⁸¹ Badanie to zrealizowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, Akademię Medyczną we Wrocławiu oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, w okresie od listopada 2010 roku do marca 2011 roku na próbie losowej ponad 10 tys. Polaków w wieku 18-65 lat, zgodnie z metodologią WHO, miało na celu poznanie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych i dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wyniki patrz: J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Warszawa 2012, s. 256-262.

raz w tygodniu; wśród mężczyzn odsetek ten wynosił 38%, a wśród kobiet ponad 10%. Wyniki sugerują, że tradycyjny wzór picia (czyli mała częstotliwość picia i relatywnie wysokie dawki jednorazowe), jaki był powszechny w Polsce jeszcze w latach 80. XX wieku, ulega stopniowej transformacji, choć tradycyjny wzór dominuje szczególnie wśród kobiet, których wyraźna większość sięga po alkohol nie częściej niż 1 do 3 razy w miesiącu. Ekstrapolacja wyników badania kwestionariuszem CIDI na populację Polski w wieku produkcyjnym pozwalała szacować liczbę osób nadużywających alkoholu na ponad 3 mln. Wśród nich ponad 600 tys. stanowiły osoby z zespołem uzależnienia – w tej grupie dominowali mężczyźni, wśród których zidentyfikowano 20,5% nadużywających alkoholu i 4,4% uzależnionych, co oznacza, że co piąty mężczyzna w wieku produkcyjnym nadużywał alkoholu. Wśród kobiet proporcja nadużywających go była znacznie mniejsza i wynosiła 3,4%. Rozpowszechnienie zaburzeń alkoholowych okazało się być zróżnicowane w kategoriach wiekowych, przy czym w przypadku kobiet najwyższy odsetek nadużywających alkoholu – 5,7% – lokował się w przedziale wiekowym 30-39 lat (inaczej niż u mężczyzn – między 40. a 49. rokiem życia). Dane dotyczące kobiet w pozostałych przedziałach wiekowych wskazywały na następujące wartości: 18-29 lat – 3,3%, 40-49 lat – 2,7%, 50-64 lata – 2,5%, przy czym we wszystkich kategoriach wiekowych problemy alkoholowe dotyczyły kobiet zdecydowanie rzadziej niż mężczyzn. Również stan cywilny okazał się zmienną różnicującą poziom nadużywania alkoholu przez kobiety – wartości te rozłożyły się następująco: zamężne – 1,8%, w stałym związku – 10,6%, rozwiedzione lub w separacji – 6,6%, wdowy – 3,5% oraz panny – 4% (mężczyźni doświadczali problemów alkoholowych istotnie częściej niż kobiety we wszystkich kategoriach stanu cywilnego). Kolejna zmienna – wykształcenie – także różnicowała zachowania alkoholowe kobiet: najwyższy odsetek nadużywających alkoholu dotyczył kobiet z wyższym wykształceniem (4,6%), zaś w przypadku uzależnienia – legitymujących się wykształceniem na poziomie gimnazjum i niższym (0,7%). Analiza kolejnej zmiennej – aktywności zawodowej – sugeruje, że wyłączenie z rynku pracy zwiększało ryzyko nadużywania alkoholu u kobiet, ponieważ relatywnie często problemy te dotyczyły kobiet bezrobotnych (8,2%) oraz emerytek (2,8%) i rencistek (5,2%). Gdyby natomiast przyjrzeć się wynikom tych badań z uwzględnieniem miejsca zamieszkania, to zdecydowanie proporcja kobiet z problemami alkoholowymi rosła wraz z jego wielkością – od 2,1% na wsi, przez 3,7% – w miastach do 50 tys. mieszkańców, 4,3% – w miastach w przedziale od 50 do 100 tys. mieszkańców, po 3,4% w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców (przy tym tylko różnica między kobietami ze wsi i z największych miast była istotna statystycznie).

Szczegółowe dane uzyskane w tym badaniu ilustruje poniższe zestawienie.

Zestawienie 2. Wyniki badania EZOP (Polska 2010/2011) – częstość picia (w odsetkach) według płci i wieku

Częstość picia	Kategoria wieku							
	18-29 r.ż.		30-39 r.ż.		40-49 r.ż.		50-64 r.ż.	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Codziennie/prawie codziennie	2,8	0,2	7,6	0,8	8,7	1,0	8,6	0,6
3-4 dni w tygodniu	7,1	1,4	7,9	2,3	10,1	0,9	7,2	2,3
1-2 dni w tygodniu	25,2	11,1	27,1	10,2	25,5	7,7	17,8	5,0
1-3 dni w miesiącu	30,2	24,9	30,4	23,0	21,5	23,9	24,0	17,8
Rzadziej niż raz w miesiącu	20,5	31,1	16,8	40,7	19,6	40,2	22,2	38,5
Ani razu w okresie 12 miesięcy	0,8	3,7	1,7	3,6	4,7	7,4	10,1	14,7
Nigdy w życiu	9,7	21,3	6,1	15,7	5,3	15,5	4,1	17,1

Źródło: J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Warszawa 2012, s. 256-262.

Kolejne badanie – zrealizowane pod nazwą „Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 roku”⁴⁸² – pokazało, że alkohol piło 85,5% dorosłych Polaków, przy czym wśród konsumentów alkoholu było więcej mężczyzn (91%) niż kobiet (81%). Najwięcej Polaków spożywających alkohol było w grupie osób w wieku między 18. a 24. rokiem życia – 98% (w kolejnych przedziałach wiekowych procent osób spożywających alkohol stopniowo malał, osiągając poziom 74% dla grupy wiekowej powyżej 60. roku życia) oraz wśród mieszkańców największych miast – 89%. Osoby, które piły alkohol w tygodniu poprzedzającym realizację wywiadu, stanowiły 35,5% badanych, przeważnie robiąc to w domu (70%), u znajomych (25%), rzadziej w pubie (9%), restauracji (5%) bądź klubie, dyskotecie (4%) i na świeżym powietrzu (4%). Osoby te spożywały alkohol najczęściej dla relaksu, odstresowania się (68%), były zachęcane przez znajomych, przyjaciół (18%), a także piły go z okazji urodzin lub imienin (16%). Przeważnie konsumpcja alkoholu odbywała się w towarzystwie znajomych, przyjaciół (52%), małżonków bądź partnerów (29%) oraz innych członków rodziny (26%), lecz co czwarta osoba przyznała się, że piła sama. 75% badanych orzekło, że pije mniej alkoholu niż inni, 3% oceniło swoją konsumpcję alkoholu jako większą od innych, a 14% – jako podobną do innych (8% nie dokonało takiego porównania). Oszacowano, że ryzykowna

⁴⁸² Było to badanie zrealizowane przez TNS OBOP, na zlecenie Związku Pracodawców Polskiej Przemysł Spirytusowy, na ogólnopolskiej, losowej, reprezentatywnej próbie 1000 mieszkańców Polski w wieku 18 lat i więcej. Wyniki patrz.: <http://zppps.waw.pl/raport2012> (dostęp: 07.04.2014).

konsumpcja alkoholu dotyczyła 13% mężczyzn i 1% kobiet w Polsce. Należy jednak podkreślić, że wyniki badań (tych, jak i wielu innych) uzyskano wyłącznie na podstawie deklaracji respondentów.

Następna edycja Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) z 2014 roku – „Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski”⁴⁸³ – pozwoliła na porównanie wyników uzyskanych pięć lat wcześniej w pierwszej edycji. Stwierdzono, że: odsetek osób dorosłych pijących napoje alkoholowe uległ niewielkiej zmianie (spadł z 74% do 72%), najliczniejszą grupę pijących alkohol stanowiły osoby w wieku 30-49 lat, zaś w strukturze konsumpcji alkoholu dominowało picie piwa – blisko 70% konsumpcji, wysokoprocentowe trunki stanowiły 20%, a wino – 10%. Z danych dotyczących kobiet wynika, że odsetek kobiet pijących alkohol zmniejszył się z ok. 66% w 2009 roku do 63% w 2014 roku (dla porównania: wśród mężczyzn również spadł z 85% do 83%). Kobiety o wiele rzadziej niż mężczyźni deklarowały częstsze picie alkoholu, choć dysproporcje te są stopniowo coraz mniejsze. Do picia alkoholu co najmniej raz w tygodniu przyznał się co trzeci pijący mężczyzna i co siódma pijąca alkohol kobieta. Ponadto typowy wzorzec konsumpcji alkoholu osób pijących co najmniej raz w tygodniu okazał się być zależnym od płci: mężczyźni deklarowali picie wyłącznie piwa (64%) lub piwa w połączeniu z wódką (14%), natomiast kobiety najczęściej wymieniały picie wyłącznie piwa (co trzecia pijąca w tygodniu alkohol) lub wyłącznie wina (także co trzecia), względnie te dwa rodzaje alkoholu; picie w tygodniu chociaż jednej małej porcji wódki zadeklarował co czwarty mężczyzna i co piąta kobieta.

Od kilku lat w Polsce realizowany jest projekt badawczy „Diagnoza społeczna”. W kolejnych jego edycjach zawierano pytania dotyczące spożywania alkoholu⁴⁸⁴.

Jedno z pytań dotyczyło strategii radzenia sobie z problemami i trudnościami, a wśród nich jedną stanowiło picie większej ilości alkoholu. Począwszy od edycji z 1995 roku opcja ta wskazywana była przez respondentów w kolejnych latach w następującym nasileniu: w 1995 roku – 4,3%; w 1996 roku – 3,9%; w 1997 roku – 3,9%; w 2000 roku – 4,0%; w 2003 roku – 3,5%; w 2005 roku – 4,0%; w 2007 roku – 3,4%; w 2009 roku – 4,4%; w 2011 roku – 3,4%; w 2013 roku – 3,8%, w 2015 roku – 3,5%. Jak widać, wskazania utrzymywały się w przedziale od 3,4 do 4,4%. Trzeba jednak zaznaczyć, że to deklarowanie ucieczki w alkohol w obliczu trudnych sytuacji życiowych dotyczy sięgania po niego w ilościach większych niż wcześniej, a nie spożywania go w ogóle. Z badań nie wynika też, czy były to sporadyczne sytuacje czy utrwalony sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

⁴⁸³ *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 roku (notatka informacyjna)*, Warszawa 2015.

⁴⁸⁴ Wszystkie wyniki poniżej z: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2016, s. 268, 294-297.

Drugie z pytań wprost wymagało samooceny respondenta w kwestii nadużywania alkoholu (w ankiecie określonej jako „picie za dużo”) w minionym roku. Odsetek osób deklarujących nadużywanie alkoholu był największy w pierwszej edycji badania – w roku 1991 wyniósł 6,6%, w kolejnych latach raz nieco się zmniejszając, a raz rosnąc: w 1993 roku – 6,4%; w 1995 roku – 6,3%; w 1997 roku – 5,4%; w 2000 roku – 5,3%; w 2003 roku – 4,4%; w 2005 roku – 6%; w 2007 roku – 5,8%; w 2009 roku – 6,5%; w 2011 roku – 6,8%; w 2013 roku – 6,7%; w 2015 roku – 6,2%. W próbie panelowej z lat 2003-2013 wzrastał odsetek osób oceniających się jako nadużywające alkoholu; wśród mężczyzn wzrósł do 11,4%, zaś wśród kobiet – do 2,6%; w 2015 roku nieco zmalał w przypadku obu płci. Mężczyźni w każdej z edycji tego badania przyznawali, że w minionym roku pili za dużo alkoholu, kilka razy częściej niż kobiety (w 2005 roku prawie sześciokrotnie częściej; w 2009 roku – pięciokrotnie częściej, a w 2015 roku – czterokrotnie częściej). Z ostatniej edycji z 2015 roku wynika, że zdecydowanie częściej nadużywali alkoholi mieszkańcy dużych miast, osoby w średnim wieku częściej od starszych i młodszych, bogaci i biedni częściej niż średniozamożni. Aby sprawdzić, które z cech społeczno-demograficznych istotnie wiążą się z nadużywaniem alkoholu, wykonano analizę regresji logistycznej. Z edycji z 2015 roku wynika, że prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu było czterokrotnie mniejsze wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

Odmianą wspomnianych wyżej badań o charakterze diagnostycznym są te, w których próbuje się oszacować rozmiary spożycia alkoholu w specyficznej próbie badawczej, tj. kobiet w ciąży. Przykładem są badania prowadzone przez TNS OBOP od 2008 roku⁴⁸⁵ w związku z diagnozowaniem efektywności kampanii „Lepszy start dla Twojego dziecka”⁴⁸⁶. Przykładowo z danych zebranych w edycji z 2012 roku wynika, że 5% kobiet deklarowało, iż piło alkohol w czasie ciąży (przy czym 13% stwierdziło, że nie pamięta tego, a kolejnych 13% określiło siebie jako abstygentki). Okazało się też, że wyraźnie częściej do picia alkoholu w czasie ciąży przyznawały się kobiety ze średnich miast (14%). Wykształcenie i wiek nie wpływały w sposób istotny na to, czy kobiety spożywały alkohol podczas ciąży. Nieco częściej do spożywania alkoholu w okresie ciąży przyznawały się Polki, które nie miały kontaktu z kampanią „Lepszy start dla Twojego dziecka” (7%), a te, które ją kojarzyły, przyznawały się nieco rzadziej (5%). Alkoholem najczęściej spożywanym przez

⁴⁸⁵ Wyniki badań z kolejnych lat dostępne pod adresem: http://old.pijodpowiedzialnie.pl/jestes-w-ciazy-nie-pij,2,21,raporty_z_badan.html (dostęp: 14.05.2014).

⁴⁸⁶ Ogólnopolska kampania edukacyjna „Lepszy start dla Twojego dziecka” ma na celu uświadomienie kobietom, że nawet najmniejsza ilość alkoholu wypita w czasie ciąży może mieć bardzo szkodliwy wpływ na rozwój dziecka. Kampania jest prowadzona cyklicznie od 2008 roku w ramach społecznej odpowiedzialności biznesu branży spirytusowej, a jej organizatorem jest Związek Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy.

kobiety w ciąży było wino. Zdecydowana większość (88%) była zdania, że kobiety powinny zachować abstynencję w czasie ciąży, choć 10% uważało, że kobieta w ciąży może od czasu do czasu wypić lampkę czerwonego wina. Kobiety sądziły, że ciężarne sięgają po napoje alkoholowe dla relaksu (26%), a także w towarzystwie innych osób (24%), zaś niewielka grupa (2%) uważała, że czynią tak z zalecenia lekarza. Rodzina (43%), a także przyjaciele (36%) to osoby najczęściej częstujące alkoholem kobiety w ciąży. Blisko 12% kobiet przyznało, że spotkały się z informacjami dotyczącymi pozytywnego wpływu spożywania alkoholu w czasie ciąży na zdrowie, przy czym źródłem tych informacji były przeważnie bliskie osoby, a także media, sporadycznie lekarz lub położna. Dwie trzecie kobiet spodziewających się dziecka (65%) podczas wizyty u lekarza nie zostało poinformowanych o szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży, 28% kobiet usłyszało o negatywnym wpływie alkoholu na rozwój dziecka, niewielkiej grupie (2%) lekarz zalecił spożywanie alkoholu w ciąży dla zdrowia.

Ze stosunkowo świeżych danych zebranych przez GUS w 2014 roku wynika, że osoby pijące alkohol stanowiły 72,2% (spadek o 2,3% w stosunku do roku 2009), ze wskazaniem w kolejnych przedziałach wiekowych: w od 15. do 29. r.ż – 69,1%, od 30. do 44. r.ż – 83,3%, od 45. do 59. r.ż. – 79,4% i powyżej 60. r.ż – 57,2% (tylko w tej ostatniej grupie wiekowej zanotowano wzrost spożycia – o 1% w stosunku do danych z 2009 roku)⁴⁸⁷.

Także młodzież i spożywanie przez nią alkoholu stanowi przedmiot zainteresowania badaczy. Przykładem są prowadzone w wielu krajach badania pod nazwą ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*), przyjmujące formę wieloletniego programu badawczego, prowadzone co cztery lata według tych samych wystandaryzowanych technik, co ułatwia ich porównywanie oraz śledzenie rozmiarów zjawiska, trendów rozwojowych i różnicowań terytorialnych. Badaniem obejmowane są dwie kohorty młodzieży: w wieku 15-16 lat i 17-18 lat, przy czym zdefiniowanie kohorty następuje przez wyznaczenie roku urodzenia dla zapewnienia porównywalności badanych populacji, co jest przydatne przy silnym zróżnicowaniu systemów szkolnych w różnych krajach Europy. Polska, włączając się do tego projektu, uzyskała możliwość śledzenia zarówno rozmiarów zjawiska, jak i jego trendów rozwojowych na szerokim tle sytuacji w Europie i w poszczególnych jej krajach. ESPAD jest pierwszym ogólnopolskim badaniem spełniającym warunki międzynarodowej porównywalności i jednocześnie podjętym z intencją śledzenia trendu w zakresie używania substancji przez młodzież szkolną, zrealizowanym w Polsce sześciokrotnie – w latach 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 i 2015. Celem tych badań jest przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska

⁴⁸⁷ *Mały rocznik statystyczny*, Warszawa 2016, s. 224.

używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, a także ocena czynników wpływających na jego rozpowszechnienie, ulokowanych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży⁴⁸⁸. Jakie są najważniejsze wyniki uzyskane z ostatniej edycji⁴⁸⁹ dotyczące spożywania alkoholu? Wartości wskaźnika picia alkoholu kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy nie różniły się istotnie między sobą dla chłopców i dziewcząt (prawidłowość ta dotyczyła zarówno 15-16-latków jak i 17-18-latków), natomiast znaczące różnice między nimi pojawiły się, gdy rozpatrywano picie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, lecz tylko w młodszej grupie, a wyniki odnoszące się do częstego picia pokazały różnice między płciami przekraczające trzy punkty procentowe. Oznacza to więc, że różnica w rozpowszechnianiu picia między chłopcami i dziewczętami, wzrastająca do 2011 roku, uległa zatarciu w 2015 roku, a uzyskane wyniki zdają się wskazywać na kontynuację procesu wyrównywania różnic we wzorach picia między dziewczętami i chłopcami. Płeć wprowadziła pewne różnice w obrazie popularności poszczególnych trunków, chociaż nie zmieniła ich rankingu: w obu grupach wiekowych, zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt, na pierwszym miejscu jest piwo, potem wódka i wino, przy czym w przypadku wina dziewczęta wyraźnie częściej niż chłopcy zaliczają się do pijących je w ciągu ostatnich 30 dni (dotyczy to obu badanych kohort, chociaż w starszej kohorcie różnice między dziewczętami i chłopcami są większe). Ponadto silne upijanie się zdarzało się częściej w grupie chłopców niż dziewcząt (widoczne w obu grupach wiekowych). Porównanie wyników uzyskanych w 2015 roku z wynikami z 2011 roku ujawnia odmienne zmiany w obu badanych kohortach. Wszystkie wskaźniki rozpowszechnienia upijania się wśród gimnazjalistów spadły, podczas gdy wśród gimnazjalistek zmniejszyło się rozpowszechnienie upijania się kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy, zaś odsetki dziewcząt, które upiły się w czasie ostatnich 30 dni, nie uległy zmia-

⁴⁸⁸ W 2015 roku przebadano dwie kohorty młodzieży: urodzonej w 1997 i 1999 roku. Badaniem objęto próbę ogólnopolską, dziewięć prób wojewódzkich i cztery próby miejskie, a zrealizowano je w 729 klasach gimnazjalnych oraz w 724 klasach szkół ponadgimnazjalnych. W gimnazjach zebrano 12 764 ankiety, zaś w szkołach ponadgimnazjalnych – 13 218 ankiet. Ankiety z prób wojewódzkich i miejskich weszły do próby ogólnopolskiej z odpowiednimi wagami wyrównującymi dysproporcje wynikające z doreprezentowania jednostek terytorialnych, w których prowadzono badania (zastosowana w badaniu wielkość próby, przy doborze dwustopniowym, pozwoliła na uzyskanie reprezentatywności statystycznej na poziomie badanych kohort, a także osobno dla dziewcząt i chłopców w ramach każdej kohorty). Ważona próba ogólnopolska liczyła 3526 uczniów trzecich klas gimnazjów oraz 2770 uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Wśród gimnazjalistów dziewczęta stanowiły 50,6%, zaś w grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych – 52,6%.

⁴⁸⁹ Wszystkie przywołane tu informacje i dane z: J. Sierosławski, *Używanie alkoholu i narkotyków...*, op. cit.

nie. W starszej kohorcie także zaobserwowano tendencje spadkowe wśród chłopców, natomiast wśród dziewcząt zaznaczył się wzrost. Jedynie pod względem upijania się w ciągu ostatnich 30 dni zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt nie nastąpiła zmiana.

Choć mężczyźni stanowią liczebnie dominującą część pacjentów w polskim leczeniu odwykowym, to swoje miejsce znajdują w nim również kobiety uzależnione od alkoholu, tworząc coraz liczniejszą reprezentację. Na podstawie fragmentarycznych wyników badań można podjąć próbę zarysowania statystycznego obrazu kobiet uwikłanych w problem alkoholowy i poszukujących pomocy, zmieniającego się na przestrzeni lat.

Wzrost spożycia alkoholu przez kobiety, o czym była już mowa wcześniej, zaznaczył się także w statystykach leczenia odwykowego: na przestrzeni lat wyraźnie widoczny jest wzrost liczby kobiet leczonych po raz pierwszy w poradniach odwykowych czy hospitalizowanych pierwszy raz z powodu uzależnienia od alkoholu lub psychozy alkoholowej (zwłaszcza uderzający był prawie dwukrotny wzrost odsetka kobiet wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu psychozy alkoholowej w latach 1960-1995)⁴⁹⁰. Z porównania danych z 1989 i 1995 roku wynika, że podwojeniu uległa liczba kobiet będących pierwszorazowymi pacjentkami poradni odwykowych⁴⁹¹. Z danych zebranych w toku realizacji programu badawczego APETA („Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików”), obejmującego ponad 20-tysięczną społeczność osób uzależnionych, która w latach 1994-1998 rozpoczęła leczenie w wiodących placówkach sieci leczenia odwykowego w kraju, wynika, że odsetek kobiet wynosił wówczas 19%, przy czym najwięcej kobiet leczyło się na oddziałach dziennych i w poradniach, a najmniej na oddziałach całodobowych⁴⁹². Dane gromadzone w kolejnych latach wskazują, że liczby kobiet uzależnionych od alkoholu, jak i kobiet podejmujących terapię, oscylują wokół podobnych wartości. Przykładowo w 2011 roku blisko co piąta osoba, która podjęła leczenie z powodu alkoholu, była kobietą; kobiety zdecydowanie częściej korzystały z pomocy oddziałów dziennych (stanowiły 28% pacjentów) i poradni (22% pacjentów) niż całodobowych oddziałów terapii (17%) i oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (9%)⁴⁹³. Stosunkowo świeże dane z 2013 roku, dotyczące placówek leczenia uzależnienia od alkoholu i ich pacjentów, pokazują trwałość tej tendencji: w leczeniu zaburzeń wynikających z używania alkoholu 20% pacjentów stanowiły kobiety, które najchętniej korzystały z pomocy oddziałów dziennych i porad-

⁴⁹⁰ Ibidem, s. 10-11.

⁴⁹¹ Ibidem, s. 11.

⁴⁹² S. Nikodemka, *Demograficzny portret...*, op. cit.

⁴⁹³ J. Fudała, *Polskie leczenie odwykowe...*, op. cit.

ni; ponadto 16% z liczby osób skierowanych do leczenia odwykowego przez sąd stanowiły kobiety⁴⁹⁴. Z przywołanych tu danych widać zatem wzrost w Polsce liczby kobiet podejmujących leczenie odwykowe⁴⁹⁵, co z jednej strony może wskazywać na natężenie problemów alkoholowych, z drugiej – na większą odwagę w podejmowaniu leczenia przez kobiety⁴⁹⁶. Niestety, wiele poradni leczenia uzależnień w całym kraju bądź nie prowadzi szczegółowych zestawień, bądź nie raportuje ich, stąd dane są cząstkowe, niekompletne, co obniża ich wiarygodność.

Ostatnia grupa badań to prace badawcze wokół kobiecego problemu alkoholowego prowadzone indywidualnie lub zespołowo przez reprezentantów różnych dyscyplin naukowych, realizowane wśród pacjentek ośrodków terapii uzależnień w całej Polsce, obejmujące zróżnicowane wielkościami próby badawcze i weryfikujące rozmaite hipotezy badawcze. Uzyskiwane wyniki badań dotyczą albo wyłącznie kobiet, albo zestawiane są i porównywane z wynikami badań mężczyzn. Badacze podejmują zarówno jednorazowo przedsięwzięcia badawcze, jak i śledzą daną cechę w trakcie badań longitudinalnych (próby badawcze stanowią wówczas kobiety obserwowane w toku leczenia). Część spośród tych projektów badawczych ukierunkowana jest na naszkicowanie obrazu kobiecego stylu picia alkoholu oraz uzależnienia od niego i obejmuje zakresem między innymi cechy (i ich ewolucje)⁴⁹⁷

⁴⁹⁴ J. Fudała, *Leczenie uzależnienia od alkoholu w Polsce w 2013 roku...*, op. cit., s. 20.

⁴⁹⁵ K. Gąsior przywołuje dane z 1986 roku, w którym kobiety stanowiły 9,3% pacjentów poradni odwykowych, podczas gdy w 2000 roku liczba ta wzrosła aż do 19% – K. Gąsior, *Typy alkoholizmu u kobiet. Badania...*, op. cit., s. 56.

⁴⁹⁶ K. Gąsior, *Typy alkoholizmu u kobiet*, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, nr 1-2, s. 40-41.

⁴⁹⁷ Np. R. Krzysztofciak, J. Kocur, *Picie kompensacyjne jako jedna z przyczyn zespołu zależności alkoholowej u kobiet*, „Problemy Alkoholizmu” 1990, nr 3. W oparciu o materiał badawczy zebrany w wyniku analizy badań dotyczących 47 kobiet leczących się w trybie ambulatoryjnym lub szpitalnym wyróżniono cztery grupy kobiet, w zależności od mechanizmów picia i przebiegu wstępnej fazy uzależnienia: kobiety pijące „objawowo” wskutek współwystępujących anomalii lub zaburzeń psychicznych, kobiety pijące kompensacyjnie, traktujące picie jako sposób na łagodzenie niezaspokojonych potrzeb i nierozwiązanych problemów, kobiety z obciążeniem genetycznym i środowiskowo-rodzinnym oraz kobiety preferujące „alkoholowy” model rozrywki i tryb życia odbiegający od pozytywnych wzorców kulturowych.

Np. K. Łęczycka, T. Steffen-Kusz, *Zmiana stylu picia kobiet w ostatnich dwudziestu latach*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 5. Porównanie dotyczyło grup badanych kobiet z lat 1966-1967 oraz 1986-1987, z podobnych sobie rejonów. Wnioski były następujące: w istotny sposób obniżył się wiek inicjacji alkoholowej pacjentek oraz ich wiek w okresie hospitalizacji (spadek z 43 do 34 lat); zwiększył się procent kobiet z wyższym i średnim wykształceniem, kobiet pracujących, a także kobiet rozwiedzionych, zaś zmniejszyła liczba kobiet bezdzietnych; wzrosła liczba kobiet pijących w lokalach i miejscu pracy, a także liczba kobiet, które popadały w konflikty z prawem i zaniedbywały swoje obowiązki domowe.

Np. J. Raduj, M. Pałyska, *Zmiany w charakterystyce pacjentek poradni odwykowych w latach 1953-1980*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 5. Tutaj stwierdzono, że wraz z upływem czasu zwiększył się odsetek kobiet pijących wyłącznie wódkę, obniżyła się średnia wieku w momencie zgło-

oraz wybrane przyczyny uzależniania się i jego skutki⁴⁹⁸. Kolejnym wartym zasygnalizowania obszarem są badania nad różnorodnymi biopsychospołecznymi cechami kobiet uzależnionych od alkoholu (wyróżnianymi odrębnie lub na tle cech mężczyzn uzależnionych od alkoholu). Doniesienia badawcze dotyczyły m.in. takich zagadnień, jak: samoocena wraz z przyjmowanym stereotypem alkoholika i poziomem samoświadomości⁴⁹⁹, zadowolenie z życia i jego uwarunkowania⁵⁰⁰, osobowość i jej związek z powstawaniem

szenia do poradni, wzrósł poziom wykształcenia badanych kobiet, zwiększył się odsetek osób pracujących zawodowo, w tym wykonujących pracę umysłową. Autorzy zmiany te interpretowali częściowo jako efekty przemian obyczajowych, a częściowo jako efekt wzrostu świadomości społecznej na temat problemu alkoholowego, jego istoty i konsekwencji.

⁴⁹⁸ Np. T. Świt, W. Brodniak, *Siedmioletnia katamneza pacjentek poradni odwykowych*, „Problemy Alkoholizmu” 1989, nr 3. W latach 1979-1980 przeprowadzono badania ankietowe na dość licznej próbie obejmującej 305 kobiet, z 10 warszawskich poradni odwykowych, których celem była próba oceny kulturowych i społecznych uwarunkowań alkoholizmu kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem roli środowiska rodzinnego, grup rówieśniczych i zawodowych oraz ocena sytuacji materialnej, zdrowotnej i zawodowej.

Np. Z. Mielecka-Kubień, E. Wędzicha, *Ocena skutków picia alkoholu przez osoby uzależnione (na podstawie badań ankietowych)*, „Alkoholizm i Narkomania” 2008, nr 1. Źródłem danych były badania ankietowe nad wybranymi aspektami picia alkoholu i jego skutkami z punktu widzenia osób uzależnionych od alkoholu, przeprowadzone w Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Szklarskiej Porębie. Dokonano w nich porównań wzorów picia alkoholu i wybranych konsekwencji picia z podziałem na płeć respondentów.

Np. I. Budrewicz, T. Sołtysiak, *Środowisko rodzinne a nadużywanie alkoholu przez kobiety (wstępne doniesienia z badań)*, „Problemy Alkoholizmu” 1994, nr 8-9. Przedmiotem badań uczyniono ogół rodzin pochodzenia i rodzin założonych przez 47 pacjentek placówek leczenia odwykowego typu ambulatoryjnego i zamkniętego z terenu dawnego województwa bydgoskiego i toruńskiego.

Np. T. Sołtysiak, *Młoda kobieta pije, dlaczego?*, „Problemy Alkoholizmu” 1997, nr 8-9. Doniesienie z tych badań rozpoczętych w 1996 roku skoncentrowane było na 50 kobietach, a szczególnie na wypełnianych przez nie rolach społecznych i utrudnieniach w ich pełnieniu jako czynnikach sprawczych picia przez nie alkoholu.

Np. J. Sudar-Malukiewicz, W. Bukowski, *Alkoholizm kobiet – niektóre przyczyny i skutki*, (w:) T. Sołtysiak (red.), *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania*, Bydgoszcz 2005. W celu zdiagnozowania przyczyn i skutków kobiecego alkoholizmu w 2002 roku zbadanych zostało 27 kobiet w wieku od 22 do 70 lat – pacjentek Poradni Terapii Uzależnienia od Alkohol i Współuzależnienia w Bydgoszczy oraz z Klubu Abstynenta w Bydgoszczy.

⁴⁹⁹ Np. J. Raduj, M. Pałyska, *Kobiety alkoholiczki w poradni odwykowej...*, op. cit.. W toku badań ustalano istnienie zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi psychologicznymi i czynnikami socjomedycznymi, dokonując przy tym porównań 49 kobiet i 51 mężczyzn, z rozróżnieniem na rodzaj placówki.

⁵⁰⁰ Np. A. Jurczyński, *Uwarunkowania zadowolenia z życia kobiet uzależnionych od alkoholu*, (w:) K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Kielce 2010. Celem badania (przeprowadzonego na próbie 55 kobiet leczących się w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi w latach 2008-2009, przy wykorzystaniu piąciu narzędzi badawczych) było ustalenie poziomu zadowolenia z życia kobiet uzależnionych od alkoholu oraz zidentyfikowanie czynników wyznaczających poziom tego

i obrazem klinicznym zespołu alkoholowego⁵⁰¹, dynamika zmian osobowości w kontekście procesu zdrowienia⁵⁰², kondycja fizyczna i psychiczna pacjentek⁵⁰³, porównawcza ocena psychologiczna i socjomedyczna pacjentek korzystających ze zróżnicowanej oferty pomocowej⁵⁰⁴, losy życiowe kobiet uzależnionych od alkoholu⁵⁰⁵ oraz oczekiwania kobiet wobec alko-

zadowolenia, gdzie zmienną zależną był ogólny wskaźnik zadowolenia z życia w jego 10 wymiarach.

Np. J. Kocur, R. Krysztofiak, *Psychozy alkoholowe u kobiet z zespołem zależności alkoholowej*, „Problemy Alkoholizmu” 1991, nr 2. Grupa 50 kobiet ze zdiagnozowanym zespołem zależności alkoholowej, leczonych na oddziale psychiatrycznym w Belchatowie, poddana została rutynowym badaniom ogólnolekarskim, laboratoryjnym, psychiatrycznym i psychologicznym, dokonując przy tym oceny uwarunkowań mogących mieć wpływ na wystąpienie i obraz kliniczny psychoz alkoholowych.

⁵⁰¹ Np. J. Kocur, W. Olszewski, J. Kasprzak, *Osobowość a powstawanie...*, op. cit.. Badania te, obejmujące 31 kobiet leczonych na oddziale psychiatrycznym w szpitalu rejonowym w Belchatowie, miały na celu zidentyfikowanie zaburzeń osobowości charakterystycznych dla kobiet uzależnionych od alkoholu i związku uzależnienia alkoholowego ze zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym.

⁵⁰² Np. B. Bętkowska-Korpała, *Osobowościowe uwarunkowania...*, op. cit. Celem tych badań (obejmujących w I etapie 977 pacjentów, a w II – 189 pacjentów, w tym ok. 1/4 stanowiły kobiety, z 12 placówek z terenu Polski – poradni, COTUA I DOTUA) było opisanie dynamiki zmian osobowości (cech i funkcji wolicjonalnych) w związku z podjętym leczeniem i trzeźwieniem alkoholików oraz ustalenie predyktorów i mechanizmów wspomagających roczną abstynencję, z uwzględnieniem osobowości (cech i funkcji wolicjonalnych), nasilenia uzależnienia od alkoholu, historii leczenia i wybranych zmiennych socjodemograficznych.

⁵⁰³ Np. J. Lechicki, *Analiza epidemiologiczna kobiet z uzależnieniem alkoholowym*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 5, s. 11. Badanie dotyczyło 52 kobiet hospitalizowanych z powodu uzależnienia od alkoholu na trzech oddziałach psychiatrycznych w szpitalu w Morawicy w 1986 roku. Np. W.A. Brodniak, *Socjomedyczna ocena pacjentek poradni odwykowych. Badania katamnesticzne*, „Problemy Alkoholizmu” 1990, nr 2. Opis wyników badań katamnesticznych obejmował charakterystykę społeczno-demograficzną, rodzinną, zawodową, materialną i zdrowotną 243 kobiet. Badania potwierdziły występowanie wśród pacjentek poradni odwykowych znacznego stopnia dezintegracji rodzinnej, małego wsparcia społecznego, względnie dobrego funkcjonowania zawodowego i materialnego oraz znacznej dodatniej korelacji między stanem zdrowia i umieralnością a nadużywaniem alkoholu.

Np. T. Korwin-Piotrowska, D. Nocoń, B. Żyłuk, *Encefalopatia Wernickiego i Korsakowa u kobiet*, „Problemy Alkoholizmu” 1994, nr 6. Artykuł poświęcony jest wynikom badań dotyczących kobiet uzależnionych od alkoholu ze zdiagnozowaną encefalopatią Wernickiego, hospitalizowanych w Pomorskiej Akademii Medycznej.

⁵⁰⁴ Np. W.A. Brodniak, *Psychologiczny i socjomedyczny profil dwóch grup kobiet: pacjentek poradni odwykowych i pacjentek przychodni rejonowych*, „Alkoholizm i Narkomania” 1991, nr 5. Mowa tu o badaniach katamnesticznych (podstawową grupę stanowiło 305 kobiet, która ulegała stopniowemu zmniejszaniu), które pozwoliły dokonać charakterystyki pacjentek poradni odwykowych i pacjentek przychodni rejonowych w wymiarze medycznym, socjologicznym i psychologicznym.

⁵⁰⁵ Np. T. Świt, W. Brodniak, *Siedmioletnia katamneza...*, op. cit.. Były to dwufazowe badania pacjentek warszawskich poradni odwykowych: najpierw z lat 1979-1980 na próbie 305 kobiet, a następnie spośród nich na próbie 126 kobiet, po upływie siedmiu lat.

holu⁵⁰⁶. Niektórzy badacze koncentrują uwagę na kobietach uzależnionych od alkoholu i jednocześnie pełniących rolę macierzyńską⁵⁰⁷. Wiele innych badań dotyczy różnych aspektów kobiecego trzeźwienia, m.in.: przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych u kobiet⁵⁰⁸, motywów podjęcia, kontynuowania i ukończenia terapii kobiet uzależnionych od alkoholu (ich samych⁵⁰⁹ oraz w porównaniu ich do mężczyzn⁵¹⁰), sytuacji rodzinnej jako czynnika motywującego dla kobiet podejmujących leczenie⁵¹¹, predyktorów utrzymania abstynencji oraz oceny efektywności leczenia wśród kobiet uzależnionych od alkoholu w zależności od jego trybu⁵¹² czy oceny sytuacji

⁵⁰⁶ Np. K. Okulicz-Kozaryn, *Picie alkoholu i oczekiwania z tym związane u kobiet i mężczyzn w związkach małżeńskich*, „Alkoholizm i Narkomania” 2002, nr 1-2. W toku badań ankietowych (N = 339) analizie poddano związki między piciem alkoholu a oczekiwaniami wobec niego kobiet i mężczyzn pozostających w związkach małżeńskich oraz analizowano podobieństwa i różnice w kobiecych i męskich oczekiwaniach wobec alkoholu.

⁵⁰⁷ Np. J. Pellar, L. Sadowska, *Rodziny z problemem alkoholowym*, „Problemy Alkoholizmu” 1991, nr 6; S. Nikodemka, *Na tle innych pacjentów. Uzależnione od alkoholu kobiety matki*, „Świat Problemów” 2002, nr 3; J. Sierosławski, *Szkodliwe picie alkoholu a macierzyństwo*, „Świat Problemów” 2002, nr 3; M. Ilnicka, *One nie potrafią sobie tego darować*, „Świat Problemów” 2002, nr 3; G. Płachcińska, *Trudniej im się leczyć*, „Świat Problemów” 2002, nr 3.

⁵⁰⁸ Np. M. Wojnar, D. Wasilewski, H. Matsumoto, A. Cedro, *Różnice w przebiegu...*, op. cit. W badaniach tego zespołu kobiety stanowiły niemal 14% całej próby badawczej, przy czym ok. 1/3 z nich hospitalizowana była wielokrotnie (w okresie obejmującym analizę dokumentacji medycznej, tj. w latach 1973-1987).

⁵⁰⁹ Np. B. Szczyrba, A. Trzcieniecka-Green, *Motywy podjęcia, kontynuowania i ukończenia terapii u kobiet uzależnionych od alkoholu, w oddziale terapii uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, 2004 nr 3-4. Badaniem (w 2002 i 2003 roku) objęto 32 kobiety przebywające na oddziale terapii uzależnienia od alkoholu w Samodzielnym Szpitalu dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Rybniku, a jego celem było trzykrotne określenie motywów podjęcia, kontynuowania i ukończenia przez nie terapii oraz ustalenie zmian tychże motywów w toku trwania terapii.

⁵¹⁰ Np. J. Chodkiewicz, *Predykatory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, nr 14. Próbę badawczą stanowiło 194 mężczyzn i 94 kobiety uzależnione od alkoholu na początku ich ambulatoryjnego leczenia w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi w 2002 roku. W efekcie ustalono 9 czynników prognostycznych dla ukończenia terapii przez mężczyzn i 14 czynników dla kobiet.

⁵¹¹ Np. R. Breska, *Sytuacja rodzinna osób uzależnionych podejmujących stacjonarne leczenie psychoterapeutyczne*, (w:) A. Kożyczkowska, M. Szczepska-Pustkowska (red.), *Człowiek w systemie pomocy. Konteksty i rozwiązania edukacyjne*, Gdańsk 2010. Niemal połowę próby badawczej stanowiły tu kobiety, zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu, w fazie chronicznej (wg Jellinka), które w trakcie konsultacji otrzymały propozycję podjęcia stacjonarnego psychoterapeutycznego leczenia odwykowego, a polem zainteresowań badaczy była sytuacja rodzinna respondentek, traktowana jako determinanta sprzyjająca podjęciu decyzji o leczeniu odwykowym lub demotywiąca.

⁵¹² Np. A. Jurczyński, *Zmiany w trakcie terapii wyznacznikiem utrzymania abstynencji. Badania kobiet uzależnionych od alkoholu*, (w:) J. Chodkiewicz, K. Gąsior (red.), *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu*, Warszawa 2013. Badania te prowadzone były w latach 2008-2011 w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi wśród 90 kobiet, które dobrowolnie zgłosiły

wysokiego ryzyka picia kobiet, które podjęły leczenie⁵¹³. Oferta terapeutyczna dla kobiet również bywa przedmiotem badań empirycznych, mających na celu wskazanie zalet/korzyści i wad/mankamentów dotyczących prowadzenia terapii w grupach jedнопłciowych lub koedukacyjnych (perspektywa terapeutów uzależnień) i korzystania z niej (perspektywa pacjentek) (więcej uwagi zostanie poświęcone tej kwestii w podrozdziale 6.1.). Badania obejmowały też między innymi takie obszary bądź szczegółowe zmienne, jak np.: motywy podejmowania leczenia⁵¹⁴, zależności między typami alkoholizmu u kobiet (wyodrębnionymi ze względu na określone cechy kliniczne i osobowościowe) a typem reakcji na jednakowy program terapeutyczny⁵¹⁵, zmiany cech i wymiarów osobowości oraz zachowań obserwowanych po terapii kobiet uzależnionych od alkoholu w zależności od typu terapeuty i rodzaju interwencji⁵¹⁶, funkcjonowanie psychologiczne i stan zdrowia psychicznego alkoholiczek kończących terapię⁵¹⁷ czy struktura wybranych cech osobowości pacjentów po zakończeniu przez nich terapii⁵¹⁸.

Analiza dostępnych wyników badań (prowadzonych nie tylko na gruncie polskim) pokazała, że w ich dominującej części zdecydowaną większość

się do udziału w stacjonarnej terapii odwykowej lub ambulatoryjnej (40 z nich zrezygnowało przed jej ukończeniem).

⁵¹³ Np. E. Małudzińska, M. Zakrzewska, J. Robakowski, M. Ziółkowski, *Ocena sytuacji zwiększających ryzyko picia u kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu leczonych w warunkach ambulatoryjnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 1999, nr 3. Celem tego badania była ocena sytuacji wysokiego ryzyka nawrotu picia pacjentów (39 kobiet i 78 mężczyzn) leczących się w trybie ambulatoryjnym w dwóch bydgoskich poradniach.

⁵¹⁴ Np. A. Riali, *Zaburzenia zdrowia psychicznego...*, op. cit. Mowa tu o ogólnopolskim badaniu przeprowadzonym w 2004 roku przez Instytut Psychologii Zdrowia, obejmującym próbę liczącą 250 osób kończących podstawowy program terapii uzależnienia, z czego 51 osób stanowiły kobiety.

⁵¹⁵ Np. K. Gąsior, *Typy alkoholizmu kobiet. Badania...*, op. cit. Badaniom psychologicznym poddano 144 kobiety, które dobrowolnie podjęły i ukończyły siedmiodniowy program terapeutyczny, będący ich pierwszą próbą leczenia stacjonarnego. Przeprowadzona analiza pozwoliła wyodrębnić trzy typy alkoholizmu u kobiet, zbliżone do typów opisywanych przez Cloningera, Babora i Hauser: typ 1 - z dominującymi cechami osobowości neurotyczno-depresyjnej, typ 2A - z dominującymi cechami osobowości emocjonalnie chwiejnej oraz typ 2B - z dominującymi cechami osobowości socjalnej.

⁵¹⁶ Np. K. Gąsior, M. Kaleta-Kupiecka, A. Kupiecki, *Terapia kobiet uzależnionych od alkoholu*, „Problemy Alkoholizmu” 1995, nr 3. W toku tych badań poszukiwano związków pomiędzy zmianami cech zachowań i osobowości obserwowanych u kobiet uzależnionych od alkoholu po zakończeniu przez nie terapii a typem terapeuty oraz rodzajem interwencji.

⁵¹⁷ Np. A. Riali, *Zaburzenia zdrowia psychicznego...*, op. cit.

⁵¹⁸ Np. K. Gąsior, M. Kaleta-Kupiecka, A. Kupiecki, S. Kupis, *Efektywność terapii odwykowej*, „Problemy Alkoholizmu” 1994, nr 1. W badaniu tym (obejmującym kobiety i mężczyzn z oddziałów odwykowych Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Morawicy k. Kielc) diagnozowano zmiany cech i wymiarów osobowości osób uzależnionych od alkoholu po zakończonej terapii.

respondentów stanowili mężczyźni. Ten argument (wraz z innymi, o których była mowa we wstępie niniejszej publikacji) zdecydował o skonstruowaniu własnego projektu badawczego, którego podmiotem i przedmiotem badań były kobiety uzależnione od alkoholu.

3.2. Założenia własnego projektu badawczego

Każda działalność ludzka, jeśli ma być skuteczna, musi być celowa. Zasada ta dotyczy także badań naukowych. Określenie celów badawczych stanowi ważny krok w budowaniu całej koncepcji badań, a zwłaszcza w ich operacjonalizacji, to znaczy gromadzeniu odpowiedniego materiału faktograficznego; pozwalają zachowywać ciągłą kontrolę nad wszystkimi czynnościami koncepcyjnymi; zabezpieczają badacza przed niebezpieczeństwem zagubienia ich kierunku lub wewnętrznej spójności; pozwalają od początku dysponować określoną koncepcją całości i pracować w sposób uporządkowany i systematyczny⁵¹⁹.

W niniejszej pracy badawczej przyjęte zostały następujące cele, zgodne z formułą metodologiczną pedagogiki społecznej, obejmującą dwa elementy: opisowy (odznaczający się poszukiwaniem odpowiedzi na pytania o charakter poznawanych sytuacji i oddziaływań z punktu środowiskowych uwarunkowań) i prakseologiczny (dotyczący organizowania działań ulepszających środowisko życia według określonych zasad, aby uzyskać układ sytuacji korzystny dla rozwoju i funkcjonowania człowieka)⁵²⁰.

Cel poznawczy to sporządzenie socjopedagogicznej diagnozy obrazu wybranego fragmentu (przejawu) problemu alkoholowego dotyczącego kobiety – mieszkanki Poznania (i ewentualnie jego okolic) oraz podejmowanych w tym mieście prób instytucjonalnego rozwiązywania obecnych w nim przejawów owego problemu, aktualizującego się w warunkach wielkomiejskiego środowiska Poznania.

Cel praktyczny to zwrócenie uwagi zainteresowanych nim osób zatrudnionych w wybranych instytucjach w Poznaniu na konieczność weryfikacji i ewentualnej optymalizacji stosowanych dotychczas procedur ograniczania negatywnych konsekwencji, jakie niesie ze sobą problem alkoholowy w tej jego części, która dotyczy kobiet (nie tylko w środowisku poznańskim), oraz efektywnego wspierania tychże kobiet w podejmowanych przez nie próbach wychodzenia z uzależnienia alkoholowego.

Uszczegółowieniem celu badań są problemy badawcze. Zdaniem Heliodora Muszyńskiego określenie problemu pozwala wyznaczyć teren poznaw-

⁵¹⁹ Za: H. Muszyński, *Jak pisać pracę magisterską z pedagogiki*, zeszyt II, Poznań 1996, s. 9, 13.

⁵²⁰ W. Sroczyński, *Wybrane zagadnienia pedagogiki społecznej. Funkcja środowiskowa i socjalna*, Siedlce 2011, s. 104.

czych poszukiwań i zakres zjawisk interesujących badacza oraz stanowi początek pewnego procesu myślenia, który ma doprowadzić do wartościowych naukowo efektów⁵²¹. Ze względu na to, że pedagogika społeczna jest zarazem pedagogiczną teorią, jak i praktyką środowiska w tym sensie, że traktuje wszelkie instytucje społeczne (formalne i nieformalne) jako środowisko ludzkiego życia⁵²², problemy badawcze (główny i szczegółowe) w dużej mierze odnosiły się do określonych instytucji zlokalizowanych w dużym mieście – Poznaniu.

Problem główny przybrał postać pytania:

Czy w działalności poznańskich instytucji w latach 2004-2013 pojawiał się problem alkoholowy doświadczany przez kobiety – mieszkanki Poznania (i okolic), a jeśli tak, to jaki był jego obraz i dynamika w badanym okresie, jakie w związku z tym działania były podejmowane przez te instytucje, by problem ten ograniczyć i/lub przezwyciężyć, stanowiąc wsparcie dla kobiet uzależnionych od alkoholu w podejmowanych przez nie próbach wychodzenia z tego uzależnienia?

Główny problem badawczy stanowi odzwierciedlenie zasadniczego przedmiotu mojego zainteresowania poznawczego. Składają się nań: sekwencje interwencji instytucji ulokowanych w środowisku miasta Poznania (które potencjalnie i realnie mogą, i uczestniczą, we wspieraniu kobiet uzależnionych od alkoholu w podejmowanych przez nie próbach wychodzenia z problemu alkoholowego) oraz indywidualne historie wychodzenia z problemu alkoholowego przez badane kobiety (które mogą przybrać postać jednego z trzech zakładanych hipotetycznie typów, omówionych w dalszej części rozdziału).

Przyjęto następujące problemy szczegółowe, dotyczące tego dwuelementowego przedmiotu moich zainteresowań badawczych:

1. Jakie instytucje, funkcjonujące w badanym okresie w Poznaniu, dla których problem alkoholowy był przedmiotem ich uwagi i zaangażowania, odnotowywały obecność w nim kobiet uzależnionych od alkoholu, w jakich okolicznościach – sytuacjach, a także – w związku z rejestrowaną skalą i dynamiką – jakie formy i sekwencje przyjmowały podejmowane przez nie działania?
2. Czy pomiędzy wybranymi do analizy instytucjami istniały powiązania formalne i sytuacyjne spowodowane rejestrowaniem problemu alkoholowego mieszanek (i szerzej – mieszkańców) Poznania i stąd pojawiającej się (uzasadnionej ustawowo) konieczności jego rozwiązania?

⁵²¹ H. Muszyński, *Wstęp do metodologii pedagogiki*, Warszawa 1971, s. 174.

⁵²² S. Kawula, *Pedagogika społeczna wśród nauk pedagogicznych*, (w:) T. Pilch, B. Smolińska-Theiss (red.), *Pedagogika społeczna – poszukiwania i rozstrzygnięcia*, „Studia Pedagogiczne” 1984, t. 46, s. 45.

3. Czy w związku ze stwierdzeniem destrukcyjnej w swoich konsekwencjach obecności w tym środowisku problemu alkoholowego istnieje w Poznaniu ośrodek, który koordynował podejmowane w nim wielotorowe działania zmierzające przede wszystkim do jego przezwyciężania, ograniczania i profilaktyki, a jeśli nie, to czy zarysowuje się potrzeba i możliwość jego powołania?
4. Jakie znaczenie w tworzeniu się i ograniczaniu problemu alkoholowego w badanym środowisku (i szerzej: w całym kraju) ma czynnik kulturowy, a zwłaszcza propagowana proalkoholowa obyczajowość, podsycana medialnie poprzez eksponowanie ludyczno-alkoholowego stylu bycia oraz intensyfikowana m.in.: dostępnością napojów alkoholowych i tolerowaniem (pod pewnymi warunkami) ich reklamowania i spożywania?
5. Jakimi czynnikami (podmiotowymi i instytucjonalnymi) wyznaczone były próby wychodzenia z uzależnienia alkoholowego podjęte przez badane kobiety?
6. Czy stwierdzone w toku badania uwikłanie się wybranej kategorii kobiet w doświadczanie przez nie problemu alkoholowego pozostawało w związku z kontekstem środowiskowym w poszczególnych fazach tego doświadczenia (od inicjacji alkoholowej, poprzez stopniowe uzależnianie się, trwanie w uzależnieniu, aż po próby abstynencji i terapii)?
7. Czy historie indywidualnych doświadczeń problemu alkoholowego badanych kobiet mogą stanowić wiarygodną i dostateczną przesłankę konstytuowania programów wsparcia kobiet z podobnym problemem w Polsce, mając na względzie ograniczoną możliwość diagnozy tego problemu we wszystkich jego wymiarach i w odniesieniu do badanych kobiet?

Skuteczne przeprowadzenie badań naukowych, oprócz sformułowania celów i problemów badawczych, wymaga także postawienia hipotez, które służą skonkretyzowaniu problemów badawczych. Hipotezy służą dokładniejszemu w stosunku do problemu wyznaczeniu zakresu rzeczywistości, w którym toczyć się będą działania, a ich wysunięcie stanowi zapoczątkowanie całego toku myślowego, zmierzającego do rozwiązania postawionego problemu, i wskazuje drogę empirycznych poszukiwań – zauważa Heliodor Muszyński⁵²³.

Przystępując do badań, założyłam, że środowisko społeczne mieszkańców Poznania, podobnie jak inne środowiska i zbiorowiska społeczne w Polsce, doświadcza problemu alkoholowego, dotyczącego tak kobiet, jak i mężczyzn, przebierając zarówno postać zindywidualizowaną, jak i społeczną (obie te postacie pozostają w związku dialektycznym). Ponieważ obecność alkoholu w doświadczeniu społecznym w Polsce od 1982 roku (tj. uchwalenia Ustawy z dnia 26 paź-

⁵²³ H. Muszyński, *Wstęp do metodologii...* op. cit., s. 225-226.

dziennika 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) jest kwalifikowana jako jawny problem społeczny, można założyć, że pociąga to za sobą powołanie do życia stosownych instrumentów realizacji ustanowionych zobowiązań.

Owe instrumenty przybierają postać instytucjonalną, przy czym kwalifikacja tego problemu i udział w jego rozwiązywaniu może być: ich głównym (naczelnym) zadaniem, jednym z wielu przypisanych im zadań lub zadaniem podejmowanym okazjonalnie, sytuacyjnie. Zakładałam, że w środowisku miasta Poznania mamy do czynienia z wszystkimi tymi rodzajami instytucji, zrelatywizowanymi w zróżnicowanym stopniu i zakresie wobec społecznego wymiaru problemu alkoholowego. Znajdą się wśród nich takie, które zostały powołane do życia głównie z powodu uciążliwej społecznej obecności tego problemu i umocnionej prawnie powinności jego rozwiązywania (tj. poradnie leczenia uzależnień, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień). Większość przypadków stanowić będą instytucje, dla których problem alkoholowy (jego przejawy), bez względu na jego wymiar społeczny lub indywidualny, jest jednym z wielu znajdujących się w polu ich zainteresowania (instytucje sądownicze, kontroli społecznej, służby zdrowia i pomocy społecznej). W badanym środowisku istnieje także szeroki wachlarz instytucji, dla których problem ten pojawia się incydentalnie, okazjonalnie, jednak z pewną systematycznością i uporczywością (na przykład w instytucjach edukacyjnych, produkcyjnych, usługowych, handlowych, rozrywkowych i rekreacyjnych). To kompetencyjne (ustawowe) zróżnicowanie instrumentów służących rozwiązywaniu problemu alkoholowego rodzi kolejny problem efektywności ich działań. Założyłam przy tym, że funkcjonują one na niskim poziomie integracji, często nie informując się wzajemnie o dokonywanych przez nie identyfikacjach przejawów tego problemu, ich kwalifikacjach i podejmowanych działaniach z nimi związanych. Sytuacja taka nie tylko współprzyczynia się do ciągłej obecności tego problemu w doświadczeniu indywidualnym i społecznym, ale nawet można go potęgować.

Zakładałam także, że istnieje dostateczna społeczna ekspozycja i dostępność instytucji w środowisku poznańskim, mogących świadczyć wsparcie kobietom z problemem alkoholowym oraz że kwalifikacje instytucjonalne (diagnoza przypadków, zaproponowane formy terapii) są adekwatne do potrzeb jednostkowych osób uzależnionych od alkoholu, pojawiających się w polu działań tych instytucji. Działania instytucjonalne w zakresie pomocy osobom uzależnionym od alkoholu nie gwarantują jednak wsparcia przybierającego postać działania systemowego. Założyłam, że z reguły są one nakierowane na minimalizowanie lub znoszenie skutków indywidualnego doświadczenia problemu alkoholowego, z pominięciem lub zaniedbaniem działań nakierowa-

nych na niwelowanie jego przyczyn. Ich działania mają charakter wybiórczy (aspektowy). Nie tworzą więc one warunków i możliwości kompleksowego rozwiązywania problemu alkoholowego wpisanego w całą sytuację życiową między innymi doświadczających tego problemu kobiet. Ponadto dalsze losy podopiecznych nie stanowią przedmiotu zainteresowania tych instytucji, zatem nie mają one dostatecznych i wiarygodnych wskaźników efektywności podejmowanych wobec nich działań.

Lokalny – poznański problem alkoholowy nie jest w związku z tym rozwiązywany efektywnie i jego perspektywa również nie rokuje pomyślnie, ponieważ instytucje te nie działają w sposób zsynchronizowany, a miejscowe ośrodki władzy nie spełniają wobec nich skutecznie funkcji koordynującej ich działalność w tym zakresie. Brakuje w Poznaniu (jak i w innych środowiskach) ośrodka, który pełniłby funkcję koordynatora działań na tym polu.

Ponieważ przedmiotem autorskiego zainteresowania uczyniłam również przejawianie się problemu alkoholowego w indywidualnym doświadczeniu kobiet – mieszanek Poznania, w związku z tym sformułowałam zestaw kolejnych hipotez związanych ze specyfiką tego przedmiotu badań.

Przystępując do badań, założyłam, że zaznacza się pewna specyfika płciowa dotycząca problemu alkoholowego, dostrzegana i ujawniana zwłaszcza w relacjach przedstawicieli instytucji w badanym środowisku.

Hipotetycznie przyjąłam także, że wejście kobiet w rodzinne role społeczne (żony i matki) oraz funkcjonowanie w nich nie jest czynnikiem chroniącym je przed problemem alkoholowym.

Ponadto zakładałam, że wysoce prawdopodobne jest, iż duże znaczenie dla kobiet w procesie wychodzenia przez nie z uzależnienia od alkoholu, zarówno na początku drogi zdrowienia, jak i w trakcie jej kontynuowania, ma wsparcie trzech grup podmiotów: profesjonalistów (reprezentantów instytucji), najbliższego otoczenia (męża/partnera, dzieci, rodziny, przyjaciół) oraz innych niepijących alkoholików (spośród rodziny, przyjaciół, znajomych, uczestników grup terapeutycznych, anonimowych alkoholików).

Założyłam także, że proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego ma znamiona upodmiotowienia (zindywidualizowania), rokując w niektórych przypadkach pomyślnie, w innych warunkowo, a jeszcze w innych niepomyślnie. Jest przy tym interesującym z poznawczego punktu widzenia pytanie o to, co różnicuje tak hipotetycznie wyobrażone postacie (kategorie) efektów podejmowanych przez kobiety prób wychodzenia z uzależnienia alkoholowego. Nie można wykluczyć także i tego, że czynniki podmiotowe pozostają w dialektycznym związku z czynnikami środowiskowymi, a w tym i instytucjonalnymi.

W tak sformułowanych problemach i hipotezach badawczych eksponuję istnienie instytucji, akcentując w ten sposób to, że przedmiot mojego zaintereso-

sowania badawczego jest ujmowany i rozpatrywany w aspekcie socjopedagogicznym. Wynika to także z tego, że jeśli problemem alkoholowym (w jego indywidualnym i społecznym wymiarze) interesuje się pedagog społeczny, to poza odkrywaniem jego ontologii i mechanizmów, zasadną jest także refleksja na temat rozwiązywania tego problemu (również w tych dwóch wymiarach). Aby były to zabiegi celowe i racjonalne, należy jednak najpierw poznać indywidualne historie życia oraz badać procesy wychodzenia z uzależnienia alkoholowego egzemplifikowane indywidualnymi decyzjami i sytuacją życiową. W tym kontekście działania instytucji winny zmierzać do efektywnego wsparcia badanych kobiet w procesie wychodzenia z uzależnienia alkoholowego i w tym sensie stanowią jeden z czynników wyznaczających obraz, dynamikę i skuteczność tego procesu. Analizowanie znaczenia odpowiednio udzielonego wsparcia instytucjonalnego w tym procesie stało się dla mnie inspiracją do poszukiwania, wskazania i wyboru innych czynników sprzyjających próbom wychodzenia z uzależnienia (wyznaczona przeze mnie zmienna zależna), podejmowanym przez kobiety uzależnione od alkoholu (które to czynniki przyjąłabym jako zmienne niezależne).

W badaniach naukowych, w tym także pedagogicznych, zmienne są próbą uszczegółowienia postawionych problemów i hipotez badawczych⁵²⁴. W moich badaniach przyjąłabym zatem następujące zmienne⁵²⁵, dotyczące kobiet zdiagnozowanych jako uzależnione od alkoholu:

Globalna zmienna zależna to sekwencje prób wychodzenia z uzależnienia podejmowanych przez uzależnione od alkoholu kobiety.

Przyjęte hipotetycznie kategorie zmiennej zależnej przybrały postać skali nominalnej o następujących postaciach jej poszczególnych wartości:

- a) obraz podjętych prób wychodzenia z uzależnienia od alkoholu rokuje aktualnie uzasadnioną perspektywę na pomyślnie finalizowanie procesu zdrowienia,
- b) podejmowane dotychczas próby wychodzenia z uzależnienia od alkoholu mogą zakończyć się pomyślnie, jeśli będą spełnione towarzyszące im określone warunki wspierające kobiety w ich zamiarach i staraniach oraz sprzyjające procesowi ich zdrowienia,

⁵²⁴ M. Łobocki, *Metody badań...*, op. cit., s. 139.

⁵²⁵ Ze względu na związane ze zmiennymi przyczyny i skutki przyjmuje się następującą klasyfikację zmiennych: zmienne niezależne (określają bliżej charakter zjawisk, w których upatruje się domniemanych przyczyn określonych zmian), zmienne zależne (są to rzeczywiste lub domniemane skutki uwzględnionych w badaniach zmiennych niezależnych) oraz zmienne pośredniczące (interweniujące, zakłócające; są to czynniki działające na obszarze badawczym między przyczyną, jaką stanowi zmienna niezależna, a skutkiem, jaki stanowi zmienna zależna; umożliwiają zazwyczaj dodatkowe wyjaśnienie współzależności między zmiennymi niezależnymi a zależnymi). Za: M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2003, s. 141-143.

c) sekwencje i charakter podjętych dotychczas prób wychodzenia z uzależnienia od alkoholu jak na razie nie rokują pomyślnego rezultatu.

Diagnozowane zmienne niezależne zostały ograniczone do następujących trzech grup czynników, co do których założono hipotetycznie, że spełniają funkcję przyczyn różnicujących efekty podejmowanych przez badane kobiety prób wychodzenia z uzależnienia alkoholowego.

Grupa 1. to wybrane cechy sytuacji społecznej badanych kobiet:

- stan cywilny i związana z nim obecność (lub nieobecność) męża/partnera,
- stan rodzinny, w tym szczególnie posiadanie dzieci,
- sytuacja socjalna, materialna,
- sytuacja zawodowa i jej stabilność (lub niestabilność) związana z obecnością (lub nieobecnością) na rynku pracy.

Grupa 2. to wybrane cechy podmiotowe związane bezpośrednio z istotą podjętej próby zdrowienia:

- uświadomiona i deklarowana gotowość do utrzymania abstynencji, a w konsekwencji do zmiany swojego stylu życia,
- dostrzeganie korzyści z rezygnacji ze spożywania napojów alkoholowych (wzmacniające chęć dalszego zdrowienia) lub koncentrowanie się na utracie zysków płynących z picia (osłabiające chęć zdrowienia),
- stosowanie alternatywnych sposobów niwelowania napięć emocjonalnych (zastępujących alkohol), wypracowanie stylu życia alternatywnego wobec upijania się,
- rozumienie istoty uzależnienia od alkoholu i jego degradujących osobę konsekwencji.

Grupa 3. to wybrane cechy wsparcia społecznego lub jego brak:

- wsparcie lub jego brak ze strony najbliższego otoczenia (męża/partnera, dzieci, najbliższej rodziny, przyjaciół) na początku drogi zdrowienia,
- wsparcie najbliższego otoczenia (męża/partnera, dzieci, najbliższej rodziny, przyjaciół) lub jego brak w okresie korzystania z terapii,
- wsparcie innych niepijących alkoholików (spośród rodziny, przyjaciół, znajomych, uczestników grup terapeutycznych, anonimowych alkoholików),
- wsparcie ze strony podmiotów instytucjonalnych.

Dodatkowo wyróżnione zostały następujące zmienne pośredniczące:

- używanie alkoholu jako trwały element obyczajowości polskiej i sprzężenie ze spożywaniem alkoholu określonych symboli i zachowań w codziennych typowych sytuacjach,
- charakterystyczny dla rodzimej obyczajowości zwyczaj spożywania napojów alkoholowych określany mianem pijaństwa (upijania się),
- przyzwolenie społeczne na spożywanie niskoprocentowych napojów alkoholowych (głównie piwa) przez osoby obu płci i w różnym wieku,

a także tolerowanie picia alkoholu, nawet gdy jest to zabronione lub niewskazane,

- upowszechnianie się konsumpcyjnego stylu bycia, obejmującego także spożywanie napojów alkoholowych,
- promowanie w reklamach napojów alkoholowych, ze zdecydowanym akcentem na jego pozytywne walory,
- decyzje podmiotów sprawowania władzy w Polsce kształtujące rynek napojów alkoholowych (kwestia interesownej, liberalnej i słabo kontrolowanej reglamentacji dostępności napojów alkoholowych),
- charakterystyczny (nie tylko dla środowisk wielkomiejskich) pośredni, formalny, przelotny, powierzchowny charakter stosunków społecznych oraz ograniczenie więzi podmiotowych na rzecz więzi rzeczowych, skupionych wokół swoich potrzeb, celów i interesów, wraz z korespondującą z tym anonimowością życia i działania,
- postępujący proces emancypacji, promujący wzór kobiety niezależnej, wyzwolonej z oczekiwań społecznych czy wzorów obyczajowych,
- zwielokrotnienie jednostkowych ról i funkcji; naciski społeczne w kierunku wzrostu ambicji i potrzeb rodzące dysproporcje pomiędzy realnymi możliwościami a stawianymi wymaganiami, przyczyniające się do kumulowania się napięć psychicznych,
- charakterystyczne dla spożywania napojów alkoholowych złudne stany odprężenia i pozornego zdystansowania wobec sytuacji stresogennych.

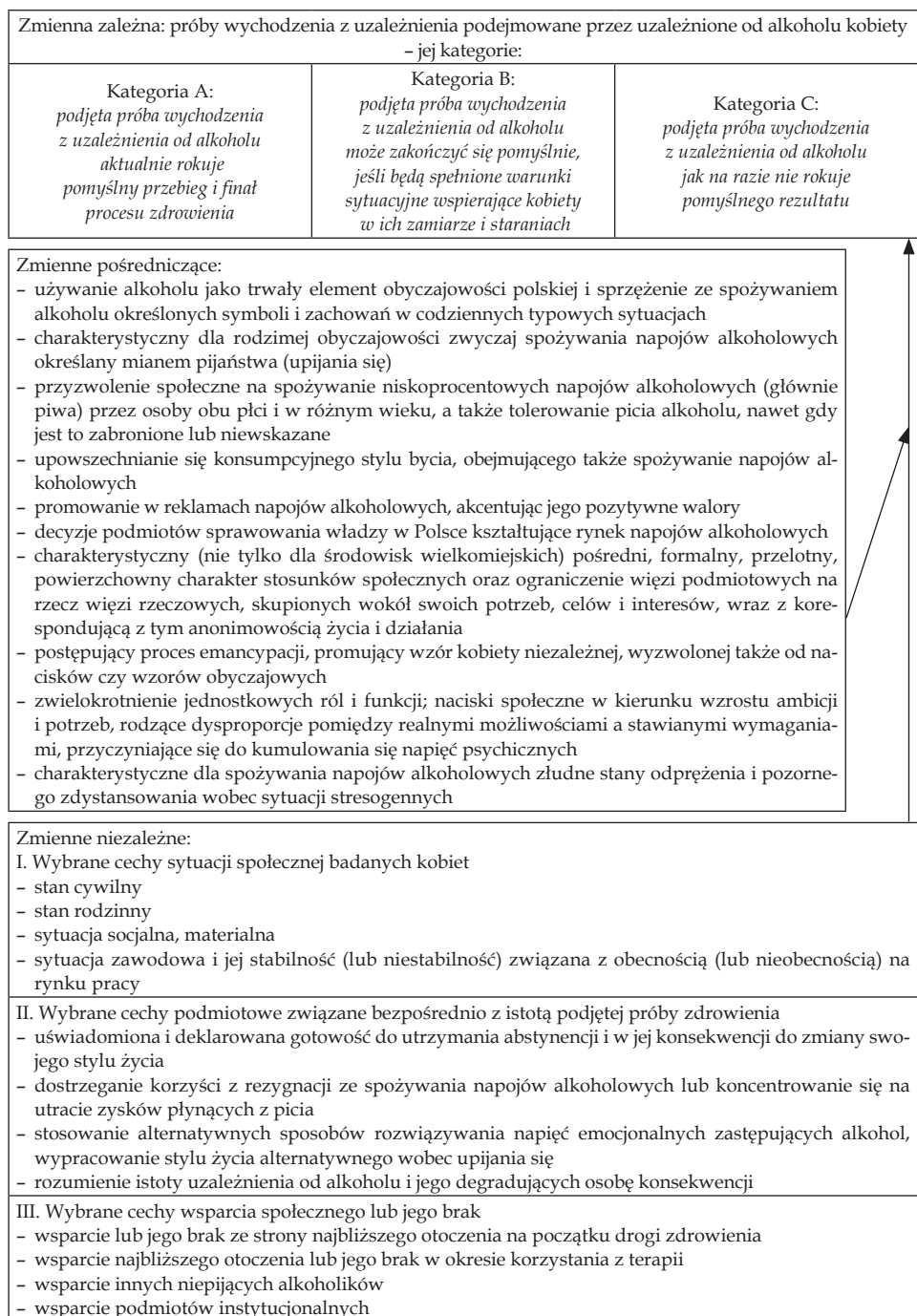
Wzajemne relacje analizowanych kategorii zmiennych obrazuje schemat 1.

W każdym badaniu naukowym jawi się konieczność przełożenia diagnozowanych kategorii zmiennych na wskaźniki – mierzalne cechy bądź właściwości badanych faktów czy zjawisk lub czynniki mające na nie wpływ albo skutki, jakie pociągają one za sobą⁵²⁶. Wyodrębnienie kategorii diagnozowanej zmiennej zależnej wymaga ich operacjonalizacji, czyli skonstruowania ich definicyjnych wskaźników. Wskaźnikami uwzględnionych przeze mnie kategorii zmiennych były:

- zmiennej zależnej – wskaźniki definicyjne: definicje wyróżnionych trzech jej kategorii,
- zmiennych niezależnych i pośredniczących – wskaźniki inferencyjne, czyli odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety dla badanych kobiet, oraz wskaźniki empiryczne, czyli dane pochodzące z wywiadów eksperckich, a także informacje zawarte w analizowanych dokumentach oraz zaobserwowane fakty.

⁵²⁶ M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii...*, op. cit., s. 146.

Schemat 1. Schemat relacji diagnozowanych zmiennych



Prowadzone badania miały charakter diagnostyczno-weryfikacyjny. Badania diagnostyczne „mają na celu ustalenie pewnych cech lub dynamiki funkcjonowania badanych faktów czy zjawisk bez specjalnego wnikania w istniejące między nimi zależności (...), badania te zapewniają bardziej lub mniej szczegółową rejestrację określonych przejawów zachowań ludzi”⁵²⁷. Natomiast celem badań weryfikacyjnych jest „sprawdzenie empiryczne, kontrola prawidłowości jednego bądź całego zespołu ogólnych twierdzeń o związkach między pewnymi, ogólnie zdefiniowanymi klasami zjawisk”⁵²⁸ oraz uchwycenie „różnego rodzaju zależności pomiędzy zmiennymi niezależnymi i zależnymi, tj. określonymi czynnikami oddziaływań (przyczynami) i skutkami, będącymi ich następstwem”⁵²⁹; jak jednak zauważył Stefan Nowak, badania te mogą przynieść efekty diagnostyczne⁵³⁰.

3.3. Opis procedury badawczej i jej realizacji

W wyniku przeprowadzenia badań naukowych uzyskuje się określony obraz rzeczywistości. Jednym z warunków jego obiektywności jest zastosowanie odpowiedniej metody badawczej. O jej wyborze decyduje cel i problem badawczy. Za właściwą metodę została uznana monografia środowiskowa z problemem wiodącym⁵³¹, tj. monografia zawierająca deskrypcję kobiecego problemu alkoholowego, odkrytego w toku badania, w środowisku wielkiego miasta – Poznania. W naukach społecznych monografią zwykło się nazywać opis zjawisk i procesów społecznych odznaczających się swoistą jednorodnością tematyczną, terytorialną lub instytucjonalną⁵³², w badaniach pedagogicznych realizowane są opisy monograficzne problemu w kontekście środowiskowym⁵³³, natomiast monografia społeczności lokalnej, skoncentrowana na wybranym problemie, pozwala zarysować obraz zjawiska czy procesu na tle środowiska, w którym występuje, a także ułatwia jego wyjaś-

⁵²⁷ M. Łobocki, *Metody badań pedagogicznych*, Warszawa 1984, s. 114.

⁵²⁸ S. Nowak, *Metody badań socjologicznych*, Warszawa 1965, s. 191.

⁵²⁹ M. Łobocki, *Metody...*, op. cit., s. 111.

⁵³⁰ S. Nowak, *Metody badań...*, op. cit., s. 193.

⁵³¹ Jest to jeden z typów monografii wyróżnionych przez W. Winclawskiego – patrz. W. Winclawski, *Monografia wioskowego środowiska wychowawczego (uwagi i propozycje metodologiczne)*, „Ruch Pedagogiczny” 1968, nr 4, s. 433.

⁵³² T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 1997, s. 75.

⁵³³ Za: B. Turlejska, *Monografia pedagogiczna i studium przypadku*, (w:) S. Palka (red.), *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 1998, s. 75-77.

Wydaje się jednak, że w pedagogice (zwłaszcza społecznej) ciągle żywe jest, zaproponowane przez A. Kamińskiego, ograniczenie zakresu monografii pedagogicznej do badań pojedynczych instytucji (najczęściej wychowawczych).

nienie⁵³⁴. Jak podkreśla Jan Turowski, badania monograficzne „są właściwe do odkrywania związków zachodzących między określonymi rodzajami zjawisk, związków pomiędzy poszczególnymi cechami danego zjawiska, do odkrywania mechanizmów (etapów, faz, tendencji, trendów) przebiegu danego zjawiska”⁵³⁵. Istotnym aspektem badań monograficznych jest kompleksowość: w toku badania i wyjaśniania nie można stracić z oczu całościowego kontekstu badanego obiektu; ponadto metoda ta dopuszcza zastosowanie możliwie wszystkich technik badawczych i wykorzystanie wszelkich źródeł⁵³⁶. Dlatego badania terenowe powinny być prowadzone z zastosowaniem jednocześnie dwóch dopełniających się typów organizacji badań: ilościowych, statystycznie stwierdzających rozmiar stanu rzeczy, oraz jakościowych, weryfikujących hipotezy, wyjaśniających procesy i przyczyny stwierdzanych stanów⁵³⁷.

Wybór terenu badań, jakim został Poznań, podyktowany był wielkomiejским charakterem tego miasta i związaną z tym różnorodnością, zapowiadającą potencjalnie bogaty obszar badawczy. Ponadto wieloletnie poznańskie doświadczenia w zakresie pomocy osobom uzależnionym od alkoholu stanowiły obiecujące pole analiz.

Aby zebrać dane adekwatne do przyjętych celów, założeń i problemów badawczych, zastosowano następujące techniki: ankietę, wywiad ekspercki i analizę dokumentów⁵³⁸.

Prezentowany projekt badawczy został zainicjowany w maju 2013 roku, a jego ostateczne zakończenie nastąpiło w czerwcu 2015 roku. Jego realizacja toczyła się kilkutorowo: jednocześnie gromadzone były ankiety wypełniane przez kobiety zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu i korzystające aktualnie z jakiejś formy wsparcia oraz realizowane były wywiady eksperckie, a także analizowana była różnorodna dokumentacja zgromadzona przez wybrane instytucje, związana z przedmiotem badań oraz poznańska prasa.

Ponieważ podjęte i zrealizowane przedsięwzięcie badawcze stanowiło monograficzne przedstawienie kobiecego problemu alkoholowego, zlokalizowanego w Poznaniu i tu też rozwiązywanego, do udziału w projekcie badawczym zaproszonych zostało kilku pracowników wybranych instytucji: Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania, Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia, poradni

⁵³⁴ J. Lutyński, *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*, Łódź 1994, s. 298 i nast.

⁵³⁵ J. Turowski, *Metoda monograficzna*, (w:) J. Turowski, *Socjologia wsi i rolnictwa*, Lublin 1992, s. 36.

⁵³⁶ *Ibidem*, s. 30.

⁵³⁷ Takiego zdania jest np. Z. Kwieciński (patrz. idem, *O koncepcji pedagogicznych badań kompleksowych w środowisku wiejskim*, (w:) R. Wroczyński, T. Pilch (red.), *Metodologia środowiskowych badań pedagogicznych*, Wrocław-Warszawa 1971, s. 368-369).

⁵³⁸ Zainteresowanych tymi technikami odsyłam do omówienia charakterystyki każdej z nich zawartego w podstawowej literaturze przedmiotu.

i ośrodków terapii uzależnień oraz przedstawiciele szeroko rozumianych służb społecznych⁵³⁹, którzy w swojej codzienności zawodowej mają kontakt z kobietami borykającymi się z własnym problemem alkoholowym i w związku z tym mogli zająć stanowisko wobec podjętej problematyki, tj. pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, asystentów rodziny, osób zatrudnionych w Programie Wsparcia Rodziny (realizowanym w ramach Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu) oraz kierowniczkę hostelu dla osób uzależnionych i ich rodzin. Przeprowadzone wywiady miały charakter jawny, skategoryzowany – były to rozmowy kierowane, w których posługiwano się listą sformułowanych wcześniej pytań⁵⁴⁰ o charakterze otwartym. Zastosowany tu typ wywiadu nazywany jest wywiadem eksperckim i przeprowadzany jest z osobami, które są specjalistami w zakresie badanego problemu⁵⁴¹.

Wywiady z terapeutami uzależnień zostały przeprowadzone w okresie od czerwca 2013 roku do października 2014 roku, zawsze w miejscu ich pracy. Grupę respondentów stanowiły same kobiety, a wśród nich znalazło się siedmiu psychologów i jeden pedagog, zatrudnionych w rozlokowanych w całym Poznaniu poradniach / ośrodkach leczenia / terapii uzależnień. Staż pracy respondentek jako terapeutek uzależnień wahał się od 3 do 32 lat.

Przeprowadzono również 14 wywiadów eksperckich z pracownikami zatrudnionymi w poznańskim Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie, w filii Wilda, w tym z jedenastoma kobietami i trzema mężczyznami (stanowiącymi ok. 5% ówczesnej grupy pracowników socjalnych zatrudnionych w poznańskim MOPR). Kryterium ich doboru była styczność w praktyce zawodowej z kobietami uzależnionymi od alkoholu oraz dobrowolna zgoda na wywiad. Te dwa warunki, w połączeniu z ujawnioną przez respondentów wiedzą i doświadczeniem, zapewniły bogactwo zebranych informacji. Wśród respondentów znalazło się sześciu pracowników socjalnych, pięciu specjalistów pracy socjalnej (w tym jeden będący jednocześnie specjalistą ds. uzależnień i jeden będący specjalistą ds. przemocy), jeden starszy specjalista pracy socjalnej, jeden specjalista pracy socjalnej z indywidualnym przypadkiem i jednocześnie superwizor oraz jeden pedagog (wcześniej pracownik socjalny). Jeśli chodzi o staż badanych pracowników socjalnych w obecnym miejscu pracy, to zawierał się on w następujących przedziałach czasowych:

⁵³⁹ Przyjęte rozumienie służb społecznych zgodne jest z ich definicją zawartą w raporcie sekretarza generalnego ONZ z 1999 roku, w którym określono je jako służby przystosowane do zaspokojenia potrzeb określonych kategorii klientów (np. osób uzależnionych). Za: J. Krzyszkowski, *Pomoc społeczna. Szkic socjologiczny*, Warszawa 2008, s. 10.

⁵⁴⁰ Za: W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1968, s. 154; T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań...*, op. cit., s. 95.

⁵⁴¹ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań...*, op. cit., s. 329-330.

od 1 roku do 2,5 roku – cztery osoby (najkrótszy staż wynosił 16 miesięcy, ale w tym okresie respondentka miała styczność aż z czterema kobietami uzależnionymi od alkoholu), od 4 do 5 lat – cztery osoby, od 18 do 23 lat – trzy osoby, od 34 do 42 lat – trzy osoby.

Do wywiadów eksperckich zaproszono także pięciu kuratorów sądowych (dwie kobiety i trzech mężczyzn), w tym czworo związanych było z zespołami kuratorskiej służby sądowej ds. dorosłych (Sąd Rejonowy Poznań – Stare Miasto), zaś jeden – ds. rodzinnych (Sąd Rejonowy Poznań – Grunwald i Jeżyce). Czterech z nich to kuratorzy zawodowi, a jeden – kurator społeczny (doświadczenie tej osoby wzbogacone jest wieloletnią pracą w placówce zapewniającej pomoc psychologiczną, pedagogiczną, prawną i socjalną osobom będącym w stanie kryzysu). Troje z nich było psychologami, natomiast dwoje to pedagodzy (ze specjalnością „resocjalizacja”). Ich doświadczenie zawodowe liczyło od 1,5 roku (w tym przypadku plus kilkanaście lat doświadczenia pracy w policji) do 16 lat.

Wśród respondentów znalazło się również dwóch asystentów rodziny (jedna kobieta i jeden mężczyzna), którzy legitymowali się wykształceniem wyższym pedagogicznym oraz posiadali dyplom pracownika socjalnego, zaś na stanowisku asystenta rodziny pracowali przez okres około 4 lat, przy czym jeden z respondentów miał dodatkowo także kilkuletnie doświadczenie jako pracownik socjalny, zaś drugi jako kurator społeczny.

Rozmówcami było także dwóch psychologów (dwie kobiety) zatrudnionych w ramach Programu Wsparcia Rodziny (MOPR) o bogatym doświadczeniu zawodowym: w przypadku jednej z respondentek staż pracy w tym programie sięgał 9 lat, natomiast drugiej – 3 lata (a poprzedzony był 10-letnim doświadczeniem w pracy z osobami uzależnionymi).

Do wywiadu zaproszona została także osoba zatrudniona w hostelu dla osób uzależnionych i ich rodzin, będąca jego kierowniczką, a jednocześnie terapeutą uzależnień.

Kolejna z zastosowanych technik – ankieta – adresowana była do kobiet uzależnionych, będących w procesie wychodzenia z uzależnienia. Technika wywiadu byłaby bardziej owocną w zbieraniu danych (i takie było pierwotne zamierzenie), ale z powodu kumulacji kilku utrudnień okazała się niewykonalną. Przede wszystkim ze względu na wymogi stawiane przez *Ustawę o ochronie danych osobowych* zupełnie została wykluczona możliwość bezpośredniego kontaktu z pacjentkami poradni leczenia uzależnień i klientkami MOPR. Ponadto problem alkoholowy kobiet, nawet tych w toku terapii, uważany jest często przez nie za wstydlivy, a one same są na ogół nieufne i niechętne do kontaktu z osobami innymi niż terapeuci. Przewidując, że niewiele spośród nich wyraziłoby zgodę na rozmowę ze mną (obawy te jedynomyślnie potwierdzili terapeuci uzależnień pośredniczący w przekazywaniu kwestio-

nariuszy swoim pacjentkom oraz zweryfikowała je sytuacja badawcza, bowiem spośród 55 respondentek tylko jedna wyraziła gotowość do rozmowy), wybrałam technikę ankiety, w której wprawdzie nie ma możliwości sformułowania pytań, dostosowania ich do poszczególnych respondentów i rozszerzenia wypowiedzi, lecz z pewnością sprzyja zachowaniu anonimowości, a jej zapewnienie tej szczególnej grupie respondentek było dla mnie ważne (mając świadomość, że dla niektórych z nich moja obecność mogłaby okazać się kępującą i blokującą szczerść odpowiedzi). Ponadto respondentki swobodnie dysponowały czasem potrzebnym do wypełnienia kwestionariusza ankiety, mając możliwości spokojnego namysłu nad odpowiedziami, zwłaszcza w przypadku pytań otwartych.

Respondentki zostały poinformowane o celu badań i dobrowolnie przystąpiły do udziału w nim. W pełni została zachowana ich anonimowość.

Kwestionariusz ankiety miał charakter autorski. Ujętych zostało w niej wiele pytań o charakterze: zamkniętym (w których przewidziane były zestawy gotowych odpowiedzi wymagających jedynie wyboru przez respondentki; wśród pytań zamkniętych zastosowano pytania alternatywne, dysjunktywne i koniunktywne), półotwartym (w których poza wyborem spośród sugerowanych odpowiedzi uwzględniono możliwości zawarcia także własnych odpowiedzi respondentek) oraz otwartym (w których osoby ankietowane nie były ograniczane podanymi w kwestionariuszu sugestiami i możliwościami odpowiedzi do wyboru, stwarzając im ramy dla indywidualnych, bardziej osobistych wypowiedzi i choć mogły być one odległe od oczekiwanych, mogły także zwrócić uwagę na nowe, niedostrzeżone dotąd przeze mnie aspekty)⁵⁴². Trzeba tu również zaznaczyć, że kobiety stanowią mniejszość w całej populacji osób uzależnionych od alkoholu, jak i w populacji osób podejmujących terapię, co znacznie utrudnia dotarcie do nich. Dodatkowo część z nich – z różnych powodów – przerywa terapię. Pewna część pacjentek/klientek nie była gotowa na udział w badaniu, część nie wyraziła na nie zgody, część nie zwróciła kwestionariusza ankiety. Te wszystkie utrudnienia spowodowały, że – stosując dobór celowy respondentek (konieczny udział w terapii lub jej zakończenie) – ostatecznie (w okresie prawie 2 lat) zebranych zostało 55 rzetelnie wypełnionych ankiet przez kobiety zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu, znajdujące się w zróżnicowanych sytuacjach życiowych. Zebranie wypełnionych kwestionariuszy ankiet jest efektem pomocy kilkunastu osób, które wyraziły chęć wsparcia mnie w realizacji projektu badawczego, tj. kilku terapeutek i kilkunastu pracowników socjalnych z filii Wilda Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu.

⁵⁴² O ankietach i stosowanych w nich rodzajach pytań patrz. m.in. w: M. Łobocki, *Wprowadzenie...* op. cit., s. 237; idem, *Metody badań...* op. cit., s.275-279.

Obraz badanej sytuacji uzupełniony został za pomocą techniki analizy treściowej oficjalnych dokumentów zastanych, którymi przede wszystkim były sprawozdania merytoryczne i zestawienia statystyczne, gromadzone na przestrzeni wyznaczonej dekady przez kilka instytucji mieszczących się w Poznaniu: Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania, Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współzależnienia, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, izbę wytrzeźwień (i kolejnych podmiotów, które przejęły jej funkcje po 2009 roku), Miejską Komendę Policji oraz Straż Miejską.

Ponadto w ramach przedsięwzięcia badawczego dokonano przeglądu zawartości doniesień prasowych, opublikowanych w latach 2004-2013 w poznańskich gazetach: „Głosie Wielkopolskim”, „Gazecie Wyborczej” (dodatek dla Poznania) oraz „Gazecie Poznańskiej” (ukazującej się do grudnia 2006 roku). Analiza treściowa artykułów prasowych wykazała odnotowanie – zwykle w formie raczej lakonicznych notatek informacyjnych – przypadków zachowań osób będących pod wpływem alkoholu, związanych zwłaszcza z popełnianiem przez nich wykroczeń oraz (tu szczególnie dotyczących kobiet) zaniedbań opiekuńczo-wychowawczych.

Techniką uzupełniającą była obserwacja swobodna, nazywana też niekontrolowaną, bez użycia narzędzi systematyzujących i dająca tylko ogólną wiedzę o obserwowanych obiektach⁵⁴³, prowadzona kilkakrotnie w jednej z poznańskich grup AA – grupie „Kobiety” – podczas mityngów otwartych.

Ta triangulacja zastosowanych technik badawczych zaowocowała uzyskaniem wielu danych stanowiących raz sedno, a raz tło rozważań o problemie alkoholowym kobiet, dostarczając bezpośrednich i pośrednich wskaźników służących zarysowaniu kształtu i rozmiaru tego problemu w warunkach wielkomiejskich.

Prezentowany obraz byłby pełniejszy, gdyby nie bariery, na jakie natrafiłam w trakcie zbierania danych⁵⁴⁴. W odpowiedzi na prośby (niekiedy kilkakrotnie ponawiane osobiście, telefonicznie i mailowo) o udostępnienie różnorodnych danych, część instytucji reagowała niechęcią lub odmową, tłumacząc, że takimi danymi nie dysponuje lub że ich udostępnienie wymaga wysiłku odszukania ich albo obiecując ich udostępnienie, a potem wycofując się z tej obietnicy. W ponad połowie placówek lecznictwa odwykowego, do których została skierowana prośba o pośredniczenie w przekazywaniu ankiet pacjentkom, zdecydowanie odmówiono. Niestety również część kwestiona-

⁵⁴³ E. Wysocka, E. Jarosz, *Diagnoza psychopedagogiczna – podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006, s. 68.

⁵⁴⁴ Problemy z dotarciem do potencjalnych, interesujących poznawczo prób badawczych, obejmujących osoby mające problem alkoholowy (o różnym stopniu zaawansowania), zgłasza wielu badaczy (np. B. Bętkowska-Korpała, *Osobowościowe uwarunkowania...*, op. cit., s. 196).

riuszy ankiet została wypełniona połowicznie (nie mogąc wówczas zostać zakwalifikowanymi do analizy) oraz część z nich nie została zwrócona. Jestem świadoma tego, że zebranie danych z placówek zajmujących się leczeniem uzależnienia od alkoholu nie jest miarodajnym sposobem oszacowania nasilenia problemu alkoholowego w danym środowisku, ponieważ ocenie „wymykają się” jednostki, które nie podjęły leczenia, zarówno te zakwalifikowane jako uzależnione od alkoholu, jak i niezdiagnozowane. Z pewnością też, gdyby badania realizował zespół, a nie jedna osoba, lub gdyby badania zyskały patronat jakiejś instytucji, zebrany materiał badawczy prawdopodobnie byłby obszerniejszy.

Jak stwierdził Franco Ferrarotti: „Każda jednostka ludzka jest zindywidualizowaną syntezą społeczeństwa”⁵⁴⁵. Ze względu jednak na sygnalizowane wyżej ograniczenia należy zaznaczyć, że uzyskane wyniki badań nie są wystarczającymi, aby formułować uogólnienia i dokonywać ekstrapolacji wyników na całą populację kobiet uzależnionych od alkoholu i zmagających się z tym problemem w warunkach polskiego społeczeństwa i w jego zróżnicowanych środowiskowych reprezentacjach.

⁵⁴⁵ F. Ferrarotti, *La storia e il quotidiano*, Bari 1986, za: P. Sztompka, *Życie codzienne – temat najnowszej socjologii*, (w:) P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska (red.), *Socjologia codzienności*, Kraków 2008, s. 22.

ROZDZIAŁ IV

Poznań jako przestrzeń inicjowania prób rozwiązywania problemu alkoholowego kobiet – wyniki badania monograficznego

Środowisko wielkomiejskie, jakim jest Poznań, stanowi w swojej społeczno-kulturowej specyfice czynnik ryzyka wystąpienia problemu alkoholowego (zarówno diagnozowanego jako problem społeczny, jak i doświadczanego indywidualnie przez mężczyzn i kobiety) oraz przestrzeń sprzyjającą podejmowaniu inicjatyw (o różnym stopniu efektywności) służących jego rozwiązywaniu.

4.1. Poznańskie środowisko społeczne – szanse i zagrożenia witalne jego mieszkańców

Zdaniem Ludwika Krzywickiego „każda faza rozwoju społecznego pozostawia po sobie spuściznę, która płacze się i zlewa ze spuścizną okresów wcześniejszych. Z połączenia tych pierwiastków, z których jedne wzięły początek w odleglejszej, inne w bliższej przeszłości, i w ogóle przeżytków historycznych z instytucjami nieodpowiadającymi już potrzebom rozpatrywanej doby dziejowej, acz istniejącymi jeszcze w całej rozciągłości, tworzy się wpływowa kategoria czynników rozwoju dziejowego, kategoria, którą chrzcimy mianem podłoża historycznego”⁵⁴⁶. Analizując współczesny obraz Poznania w wielu jego aspektach, jako tło rozważań nad problemem alkoholowym mieszkających w tym mieście kobiet i mężczyzn⁵⁴⁷ należy prześledzić uwarunkowania historyczne, które stanowiły zaczyn aktualnego kształtu i rozwoju miasta⁵⁴⁸, budowały jego wielkomiejskość, a współcześ-

⁵⁴⁶ L. Krzywicki, *Studia socjologiczne*, Warszawa 1951, s.111.

⁵⁴⁷ Ibidem.

⁵⁴⁸ Poniższy opis dziejów Poznania na przestrzeni wieków stworzony w oparciu o kilka opracowań: Z. Boras, L. Trzeciakowski, *W dawnym Poznaniu. Fakty i wydarzenia z dziejów miasta do roku 1918*, Poznań 1969; K. Malinowski (red.), *Dziesięć wieków Poznania. Dzieje społeczno-gospodarcze*,

nie tworzą określoną socjologicznie specyfikę, która może mieć bezpośredni i pośredni wpływ na występowanie zjawiska alkoholowego wśród jego mieszkańców.

Źródła historyczne podają, że początki Poznania jako gródka wczesno-feudalnego sięgają VIII-IX wieku. Z osadniczego i grodowego ośrodka strażniczego zachodnich Polan, usytuowanego na prawym brzegu Warty, z niewielkiej osady obronnej w ciągu 100 lat rozwinął się w potężny gród książęcy państwa piastowskiego. Ustanowiony przez Mieszka I ośrodek władzy państwowej i siedziba pierwszego w kraju biskupstwa, rozbudował się w potężną twierdzę, a wokół grodu rozwijały się osady produkcyjne, podgrodzie stanowiące zaczątek późniejszego miasta. Najazd czeski w 1038 roku doprowadził gród do ruiny, a w konsekwencji przeniesienie stolicy do Krakowa i osłabienie znaczenia Poznania. Dalszy rozwój miasta nastąpił w XIII wieku za sprawą Przemysła I, gdy na mocy prawa magdeburskiego w 1253 roku powstało nowe miasto na lewym brzegu – załazek właściwego rozwoju miasta Poznania, według ustalonego planu zabudowy, którego kształt i wymiary zachowały się w układzie przestrzennym do dzisiaj. Od XIII do XV wieku miasto zamknięte murami rozbudowywało się raczej wewnątrz wyznaczonej przez nie przestrzeni, różnicując się przy tym pod względem struktury narodowościowej, a także znacznie rozwijając się, a potem stabilizując za rządów Kazimierza Wielkiego. W XVI wieku Poznań wyrósł na potężne emporium handlowe, jedno z najbujniej rozwijających się i zamożnych miast w państwie polskim. Siedemnastowieczne poczynania szlacheckie, liczne epidemie, pożary i zniszczenia spowodowane wojnami zapoczątkowały upadek miasta i zahamowanie jego rozwoju. Pewna poprawa sytuacji nastąpiła w drugiej połowie XVIII wieku, zwłaszcza dzięki przedsięwzięciom powołanej przez króla Stanisława Augusta Komisji Dobrego Porządku, wskutek których usunięto zniszczenia wojenne, uporządkowano tereny miejskie i zwiększono dochody miasta. Rozbiór Polski przeniósł Poznań pod dyspozycję Prus (z krótką przerwą przypadającą na okres Księstwa Warszawskiego). Ponieważ miasto zostało uznane za ważny punkt strategiczny w systemie obronnym wschodnich Prus, a później za miasto rezydencjonalne Wilhelma II i stolicę „niemieckiego Wschodu”, okres ten oceniany jest jako stosunkowo korzystny z punktu widzenia rozwoju Poznania: utworzono nowy plan urbanistyczny mia-

Poznań-Warszawa 1956; T. Strykiewicz, A. Tölle, R. Kudlak, P. Motek, A. Różańska-Kusza, M. Wdowicka, *Profile miejskie – Poznań*, Poznań 2009; M. Beim, *Modelowanie procesu suburbanizacji w aglomeracji poznańskiej*, Poznań 2009; Z. Pałat, *Architektura a polityka. Glorifikacja Prus i niemieckiej misji cywilizacyjnej w Poznaniu na początku XX wieku*, Poznań 2011.

Charakter niniejszej monografii nie wymaga szczegółowego omówienia kolejnych kart z dziejów Poznania; do skrótego opisu wykorzystuję wskazane wyżej opracowania (w których znajdują się odwołania do oryginalnych źródeł naukowych).

sta, rozwijał się przemysł (rolno-przetwórczy, metalurgiczny, maszynowy, chemiczny), handel płodami rolno-hodowlanymi i komunikacja kolejowa, zbudowano wodociągi i gazownię, a rozwojowi gospodarstwu towarzyszył rozwój przestrzenny i przyrost liczby mieszkańców; przy tym w okresie rozbiorów Poznań był centrum ruchu niepodległościowego, ostoją patriotyzmu i polskości. Po odzyskaniu niepodległości nastąpił dalszy gospodarczy i demograficzny rozwój miasta. W okresie II wojny światowej Poznań został wcielony do Rzeszy; szacuje się, że w wyniku działań wojennych substancja miejska Poznania uległa zniszczeniu na poziomie ok. 55%. W okresie PRL miasto rozwijało się w stylu socjalistycznego realizmu, zwłaszcza za sprawą procesów uprzemysłowienia. Po zmianie ustroju państwowego w 1989 roku miasto stopniowo radziło sobie z procesami transformacji politycznej i ekonomicznej. W wyniku nowego podziału administracyjnego kraju (w 1999 roku) Poznań stał się stolicą województwa wielkopolskiego (drugiego co do wielkości w kraju), siedzibą wojewody wielkopolskiego, marszałka województwa wielkopolskiego oraz władz powiatu ziemskiego.

W tę historię Poznania wpisują się także fakty związane ze spożywaniem alkoholu przez poznaniaków oraz ówczesne nań reakcje społeczne i interwencje⁵⁴⁹. Przykładowo, w czasach przedrozbiorowych pijaństwo nie było uznawane przez poznański wymiar sprawiedliwości za okoliczność łagodzącą do tego stopnia, że orzekano karę śmierci dla agresywnych pijanych sprawców uszczerbku na zdrowiu lub śmierci innych osób. Wspomniana wcześniej Komisja Dobrego Porządku, powołana w Poznaniu w XVIII wieku, odpowiednią ustawą nakazała zamykanie szynków o godz. 22 w dni powszednie i o godz. 10 w niedziele oraz kary w postaci grzywny lub aresztu dla protestujących przeciwko temu klientów. Podobne wytyczne dotyczące administracyjnego ograniczania czasu i miejsca serwowania wysokoprocentowych alkoholi pojawiały się w XIX wieku, lecz sposoby te okazywały się nieskuteczne, bo nie dość, że nie ograniczały plagi pijaństwa, to jeszcze zwiększały skalę nielegalnego bimbrownictwa i handlu; poza tym ustawodawstwo pruskie podchodziło z wyrozumiałością do problemu przestępstw popełnianych pod wpływem alkoholu (przepisy traktujące pijaństwo jako okoliczność łagodzącą obowiązywały aż do początku lat 30. XX wieku). W pruskim Poznaniu pijaństwo wśród pospólstwa było powszechnym zjawiskiem, ale w okresie międzywojennym jeszcze nabrało na sile. Później, przez dziesiątki lat, dla Polski powojennej, a więc prawdopodobnie także dla poznaniaków, charakterystyczny był wzór picia nazwany skandynawskim, który cechowało pośpieszne spożywanie znacznej ilości mocnych napojów alkoholowych

⁵⁴⁹ Informacje dotyczące Poznania aż do okresu międzywojennego z: A. Pleskaczyński, T. Specyjał, *Kryminalna historia Poznania*, Poznań 2008, s. 284 i nast.

(wódki), prowadzące do szybkiego przekroczenia progu nietrzeźwości. Od zakończenia II wojny światowej do końca lat 90. spożycie alkoholu (w całej Polsce) wzrosło trzykrotnie⁵⁵⁰.

Zamykając ten pokrótce przywołany rys historyczny, warto przyrzeć się wielkomiejskości jako cesze mającej potencjalny wpływ na ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych. Analizując wielkomiejskość, można wskazać na jej aspekt przestrzenno-architektoniczny, społeczno-kulturowy, instytucjonalno-funkcjonalny oraz kulturotwórczy i wzorotwórczy⁵⁵¹, i właśnie omówieniu Poznania w kontekście każdego z wymienionych ujęć poświęcona jest dalsza część rozważań⁵⁵². Wskazane tu aspekty wiążą się z wyróżnianymi przez wielu autorów najbardziej znaczącymi czynnikami rozwoju miast, takimi jak: wielkość miasta i jego potencjał demograficzny, społeczny i ekonomiczny, innowacyjność gospodarki, baza naukowo-badawcza i dziedziny gospodarki zorientowane na naukę, infrastruktura komunikacyjna i transportowa oraz tzw. milieu miasta⁵⁵³. Prezentowane w tym rozdziale dane statystyczne oraz przywoływane akty prawne i dokumentacja własna analizowanych instytucji dotyczą przyjętego na potrzeby badania okresu od 2004 do 2013 roku (sygnalizowanego w podrozdziale 3.2).

Współczesny Poznań zajmuje powierzchnię 262 km², z czego 44% stanowią obszary zabudowane i zurbanizowane⁵⁵⁴. W wyniku procesów suburbanizacyjnych następują migracje mieszkańców do strefy podmiejskiej, głównie z centralnych i śródmiejskich dzielnic miasta oraz wielkoobszarowych osiedli mieszkaniowych budowanych w latach 60. XX wieku w technologii wielkopłytowej⁵⁵⁵. Pociąga to za sobą zmiany w strukturze wieku ludności Poznania, czyli zwłaszcza wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym i jednocześnie wzrost liczby pozostałych części populacji w strefie podmiejskiej.

Poznań znajduje się w sieci globalnych powiązań (integracja w ramach tej sieci jest istotna dla jego pomyślnego rozwoju)⁵⁵⁶. Ze względu na korzystną lo-

⁵⁵⁰ Za: I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, op. cit., s. 40.

⁵⁵¹ M. Malikowski, *Powstawanie dużego miasta. Drogi i bezdroża socjalizacyjnej urbanizacji na przykładzie Rzeszowa*, Rzeszów 2010, s. 284-288.

⁵⁵² Zgodnie z przyjętymi hipotezami badawczymi omówienie to dotyczy dekady 2004-2013.

⁵⁵³ J.J. Parysek, *Współczesne miasta i problemy ich funkcjonowania oraz rozwoju*, (w:) J.J. Parysek (red.), *Kształtowanie przestrzeni miejskiej. Aspekty teoretyczne i praktyczne*, Poznań-Kalisz 2012, s. 15.

⁵⁵⁴ *Sytuacja społeczno-gospodarcza*, Poznań 2012, wersja elektroniczna pobrana ze strony internetowej: <http://poznan.pl/mim/s8a/raporty-i-analizy,doc,111/poznan-2014-raport-o-stanie-miasta,76117.html> (dostęp: 17.02.2016).

⁵⁵⁵ Dla zainteresowanych analiza tych procesów w: M. Beim, *Modelowanie procesu suburbanizacji...*, op. cit.

⁵⁵⁶ Teza za: T. Strykiewicz, A. Tölle, R. Kudlak, P. Motek, A. Różańska-Kusza, M. Wdowicka, *Profile miejskie...*, op. cit., s. 5.

kalizację (na obszarze pomostowym pomiędzy Europą Środkowo-Wschodnią a Zachodnią, w połowie drogi pomiędzy Warszawą a Berlinem) i stosunkowo dobrze rozwiniętą infrastrukturę komunikacyjną łączącą Poznań z innymi znaczącymi miastami w Polsce i Europie, ma on szanse na dynamiczny rozwój (różnie wykorzystywane na przestrzeni ostatnich dwóch dekad, zarówno przez aktualne władze miasta, jak i jego mieszkańców). W opinii niektórych „aglomeracja poznańska uznawana jest za wiodący biegun rozwoju społeczno-gospodarczego Polski, który charakteryzuje się przede wszystkim wysokim poziomem przedsiębiorczości i inicjatywy prywatnej w gospodarce, rozwiniętą działalnością usługową, szczególnie w zakresie obsługi biznesu, dobrą infrastrukturą, komunikacją i wysokiej jakości kapitałem ludzkim”⁵⁵⁷.

Według danych uzyskanych z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku⁵⁵⁸ ludność Poznania stanowiło 554,7 tys. osób (o 24,2 tys. mniej niż podczas poprzedniego spisu przeprowadzonego w 2002 roku)⁵⁵⁹. W strukturze ludności Poznania dominowała grupa z wykształceniem średnim i policealnym (37%), wzrosła liczba osób z wykształceniem wyższym (o 10% w stosunku do danych z poprzedniego spisu ludności), a zmalał udział osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (o 4%). Według stanu prawnego ponad połowa mieszkańców Poznania (tzn. 51,4%) pozostawała w związku małżeńskim, niemal 1/3 stanowiły osoby stanu wolnego, a 9,7% to osoby owdowiałe. Ten wielkomięjski aspekt demograficzny wiąże się nie tylko z liczbą ludności, lecz także z niemierzalną heterogenicznością tej ludności pod względem wykształcenia, zawodu, systemów wartości, potrzeb, dążeń, aspiracji, celów życiowych, stylów życia itp.

Poznań cechuje multifunkcyjność⁵⁶⁰ oraz realizowanie tych funkcji na dość dobrym poziomie, z odpowiednio przygotowaną bazą instytucjonalną.

Stolica Wielkopolski od lat utrzymuje pozycję atrakcyjnego i silnego gospodarczo ośrodka w kraju, a dzięki rozwojowi kontaktów władz, instytucji, firm i zakładów pracy wzrasta także jego znaczenie na arenie międzynarodowej.

⁵⁵⁷ Ibidem, s. 34.

⁵⁵⁸ *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań z 2011 roku.*

⁵⁵⁹ Dane demograficzne z kolejnych lat modyfikują nieznacznie obraz Poznania i jego mieszkańców, wskazując na lekki spadek liczby mieszkańców. I tak przykładowo w 2012 roku zarejestrowano 550,7 tys. mieszkańców, w 2013 roku – 548 tys., a w 2014 roku – 545,7 tys. (dane z roczników statystycznych).

⁵⁶⁰ S. Staszewska (patrz. S. Staszewska, *Człowiek w przestrzeni miejskiej*, (w:) J.J. Parysek (red.), *Kształtowanie przestrzeni...*, op. cit., s. 102) wyróżniła typy potrzeb społecznych, których zaspokojenie ma wpływ na rozwój struktury funkcjonalno-przestrzennej miasta, ale które także pociągają za sobą konieczność wytworzenia form zagospodarowania miasta, niezbędnych do tego, aby te potrzeby zaspokoić. Analizując te formy, w powiązaniu ze znajomością Poznania, można dojść do wniosku, że miasto to z powodzeniem takie formy wytworzyło.

wej⁵⁶¹. Przypisuje mu się również (sięgające czasów pruskich): oszczędność, gospodarność, dyscyplinę i porządek, lecz obecnie jest to raczej pogląd mający charakter stereotypu.

Aktywność gospodarcza w Poznaniu, mierzona liczbą podmiotów gospodarczych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, wyróżnia się zarówno na tle innych dużych polskich miast, jak i na tle kraju i województwa wielkopolskiego; przykładowo w 2012 roku wskaźnik był niższy jedynie od wskaźnika osiągniętego w Warszawie⁵⁶².

Opublikowane przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową w 2012 roku wyniki rankingu atrakcyjności inwestycyjnej województw i podregionów wskazują, że podregion Poznań znajdował się w grupie najwyższej atrakcyjności dla działalności zaawansowanej technologicznie (druga pozycja w kraju), usługowej (szósta pozycja) i przemysłowej (siódma pozycja)⁵⁶³. Największym zainteresowaniem inwestorów zagranicznych w Poznaniu cieszy się produkcja przemysłowa, głównie motoryzacyjna, spożywcza i farmaceutyczna oraz handel i usługi⁵⁶⁴. W raporcie z 2013 roku, określającym różnice w atrakcyjności inwestycyjnej województw i podregionów, podregion poznański uplasował się w czołówce, zajmując szóste miejsce (czyli jedno wyżej w porównaniu do 2012 roku)⁵⁶⁵. Za jego mocne strony uważane są zasoby pracy (w szczególności duże zasoby wykwalifikowanych pracowników i absolwentów szkół zawodowych) oraz dostępność transportowa (zwłaszcza bardzo wysoka dostępność komunikacyjna, bliskość granicy zachodniej, ważny węzeł transportowy rangi ponadregionalnej), stopień ochrony środowiska przyrodniczego (niski udział obszarów chronionych), a także poziom rozwoju gospodarki (w tym szczególnie wysoka wydajność pracy, duża liczba firm z udziałem kapitału zagranicznego i korzystna struktura gospodarki)⁵⁶⁶.

Kolejna kwestia to sytuacja na poznańskim rynku pracy⁵⁶⁷. Według danych Urzędu Statystycznego nieco ponad 60% poznaniaków to osoby w wieku aktywności zawodowej. Na koniec 2012 roku stopa bezrobocia w Poznaniu wynosiła 4,2% (i była najniższa w Polsce), zaś w roku 2013 – 4,1%. W tamtym okresie co piąty bezrobotny mógł pobierać zasiłek, a co

⁵⁶¹ *Opracowanie 2012. Sytuacja społeczno-gospodarcza*. Poznań 2013; dostęp: http://pozn.pl/fakty_liczby (dostęp: 17.02.2014).

⁵⁶² *Ibidem*.

⁵⁶³ *Ibidem*.

⁵⁶⁴ *Raport o stanie miasta – Poznań 2012*, wersja elektroniczna.

⁵⁶⁵ M. Nowicki (red.), *Atrakcyjność inwestycyjna województw i podregionów Polski 2013*, Gdańsk 2013, s. 19.

⁵⁶⁶ *Ibidem*, s. 23-24.

⁵⁶⁷ Dane poniżej zaczerpnięte z: *Opracowanie 2012. Sytuacja społeczno-gospodarcza*, Poznań 2013 oraz *Opracowanie 2013. Sytuacja społeczno-gospodarcza*, Poznań 2014.

trzeci zaliczany był do kategorii długotrwale bezrobotnych, problem braku stałej pracy dotyczył przede wszystkim osób młodych (w wieku do 34 lat), a najliczniejsze grupy bezrobotnych w Poznaniu tworzyły osoby z wykształceniem najniższym (gimnazjalnym i poniżej – przeciętnie co czwarty poszukujący pracy) oraz wyższym (co piąty bezrobotny). Warto podkreślić, że od kilku lat stopa bezrobocia w Poznaniu jest najniższa w całym kraju, nie przekraczając 2%.

Poznań należy do ośrodków o dużym potencjale naukowo-badawczym: ulokowanych jest tu kilka publicznych szkół wyższych i kilkanaście niepublicznych, a także blisko 100 placówek naukowo-badawczych⁵⁶⁸.

Ponadto w Poznaniu znajduje się wiele placówek kulturalnych i rozrywkowych (teatry, muzea, opera, kina itp.); jest to miasto, w którym odnotowuje się wiele wydarzeń o charakterze kulturalnym i artystycznym.

Jak już wspomniano, czynnikiem rozwoju miasta jest milieu, czyli te części miasta (lub miasta w całości) zawierające konieczne elementy miękkiej infrastruktury (system struktur łączności i sieci powiązań społecznych oraz interakcji między ludźmi) oraz twardej infrastruktury (instytuty badawcze, placówki edukacyjne, instytucje kultury, miejsca spotkań w przestrzeni społecznej) dla generowania przepływu idei i myśli⁵⁶⁹. Charles Landry wśród wymienionych przez siebie siedmiu czynników sprzyjających powstaniu kreatywnego milieu oraz kreatywnego i innowacyjnego miasta umieścił element istotny dla rozważań na temat instytucjonalnych prób rozwiązania problemu alkoholowego – kulturę organizacyjną opartą na zaufaniu oraz elastycznej i uczącej się strukturze, związanej z gęstością instytucjonalną oraz kapitałem społecznym na poziomie instytucjonalnym⁵⁷⁰. Zdaje się, że Poznań niestety nie jest wyjątkiem i podobnie jak wiele innych polskich miast cechuje się niskim poziomem zaufania i kapitału społecznego na poziomie jednostkowym, który przekłada się także na poziom instytucjonalny, przesiąknięty podejrzliwością, brakiem przejrzystych relacji oraz nakładaniem się kompetencji poszczególnych instytucji⁵⁷¹.

Warto przyjrzeć się temu, jak Poznań lokuje się w różnych rankingach miast. Przykładowo, w raporcie dotyczącym kilku wielkich miast Polski (Warszawa, Kraków, Łódź, Wrocław, Poznań, Szczecin, Katowice, Lublin, Bydgoszcz, Białystok i Trójmiasto), sporządzonym przez Pricewaterhouse-

⁵⁶⁸ Ibidem.

⁵⁶⁹ Ch. Landry, *The Creative City. A Toolkit for Urban Innovators*, Londyn 2000, za: K. Bierwiazzonek, M.S. Szczepański, *Miejskość i innowacyjność – próba analizy socjologicznej*, (w:) M.S. Szczepański, K. Bierwiazzonek, K. Wojtasik (red.), *Miejskość i duch innowacyjności*, Katowice 2013, s. 19.

⁵⁷⁰ Ibidem, s. 21-22.

⁵⁷¹ Ibidem, s. 22.

Coopers w 2011 roku (raport opiera się na pomiarze porównywalnych danych, które pochodzą z lat 2009-2010)⁵⁷², określano kapitał rozwojowy i na tej podstawie utworzono pozycjonowanie miast, w którym Poznań zajął trzecie miejsce, ze średnią kapitałów na poziomie 108 (po Warszawie - 140 i Krakowie - 113, z minimalną przewagą nad Wrocławiem - 107 i Katowicami - 103). W raporcie tym podtrzymano tezę z poprzedniego raportu: „Poznaniowi nadal doskwiera syndrom zamkniętej twierdzy: zamożnego miasta, które z jednej strony dzięki tradycyjnym atutom, z wysokim etosem pracy i przedsiębiorczością na czele, dobrze poradziło sobie z wyzwaniami rozwoju gospodarczego i pozostaje pełne ufności we własne siły i atuty rozwojowe, z drugiej zaś strony pozostało w znacznej mierze zamknięte i nieufne w stosunku do świata zewnętrznego. (...) Większe otwarcie na świat, śmielsze planowanie i bardziej dynamiczna strategia działania przyczyniłyby się do znacznej poprawy perspektyw rozwoju Poznania”⁵⁷³. Za najmocniejsze strony miasta uznano: sprawne instytucje i dobrze zarządzane finanse miasta, tradycyjne atuty, takie jak przedsiębiorczość i etos pracy, zdolność przyciągania zarówno miejscowych, jak i krajowych inwestorów, wysoką jakość edukacji oraz relatywnie wysoką jakość życia⁵⁷⁴. Oceniono, że „potencjał rozwojowy Poznania jest bardzo wysoki, ale w przypadku wielu kapitałów potrzebny jest ich dalszy intensywny rozwój. Z jednej strony mamy więc wyjątkowo dobrze zarządzane finanse, sprawnie działające instytucje miejskie, dobrze rozwinięty kapitał ludzki, wysoką kulturę życia codziennego, dobry wizerunek wśród inwestorów oraz relatywnie niezłe rozwiniętą (choć wymagającą nadal pilnych inwestycji) infrastrukturę. Z drugiej jednak, w porównaniu ze średnią 11 badanych miast, towarzyszy temu nadal gorsza od oczekiwań jakość życia (głównie za sprawą dość słabego funkcjonowania służby zdrowia i niezadowolającej jakości usług edukacyjnych), słaba widoczność w świecie, umiarkowanie korzystne warunki do inwestowania, nieodpowiadająca możliwościom miasta pozycja w zakresie kultury wysokiej, trudne do wytłumaczenia zapóźnienie w rozwoju nowoczesnej infrastruktury społeczeństwa informacyjnego i umiarkowana aktywność społeczeństwa obywatelskiego”⁵⁷⁵.

Wobec powyższych wniosków rodzi się pytanie o to, jak Poznań jawi się w opinii jego mieszkańców⁵⁷⁶? Odtworzeniu ich opinii służy program

⁵⁷² Dane zaczerpnięte z: <http://pwc.pl/pl/wielkie-miasta-polski> (dostęp: 20.09.2013).

⁵⁷³ Zaczepnięte z: http://pwc.pl/pl/wielkie-miasta-polski/raport_Poznan_2011.pdf (dostęp: 20.09.2013).

⁵⁷⁴ Ibidem.

⁵⁷⁵ Ibidem.

⁵⁷⁶ Pomysł badania świadomościowego przedstawienia miasta przez jego mieszkańców zrodził się F. Znanięckiemu, który udokumentował to pracą wpisującą się w humanistyczno-socjologiczną klasykę – F. Znanięcki, *Poznań w świadomości jego obywateli. Z badań Polskiego Instytutu Socjologicznego nad miastem Poznaniem*, Poznań 1931. Badania te doczekały się kontynua-

„Wskaźniki jakości życia mieszkańców Poznania”, realizowany na zlecenie Miasta przez Centrum Badania Jakości Życia działające przy Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu⁵⁷⁷. W jego ramach zrealizowano kilka edycji badań (w latach: 2002, 2003, 2004, 2006, 2008, 2010, 2013). Z opinią poznaniaków zapoznawano się dzięki wywiadom bezpośrednim, przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie mieszkańców miasta między 16. a 70. rokiem życia. Odpowiadając na pytania ankietowanych, mieszkańcy wyrażali swoją opinię i stopień zadowolenia z poszczególnych aspektów funkcjonowania miasta i warunków stanowiących o poziomie życia w Poznaniu. Warto w tym miejscu przywołać wyniki edycji tego badania z 2013 roku, porównując je z wcześniejszymi⁵⁷⁸.

Pierwszym analizowanym aspektem warunków życia w Poznaniu była ocena zadowolenia z własnej sytuacji życiowej. Jak wynika z deklaracji ankietowanych, poznaniacy dobrze oceniali własną sytuację życiową (wartość wskaźnika zintegrowanego dla tego aspektu wyniosła 3,84). Na bardzo dobre postrzeganie własnej sytuacji życiowej największy wpływ miało zadowolenie mieszkańców ze swojego kręgu towarzyskiego (średnia ocena wyniosła 4,22), a także miasta (4,05) oraz poziomu wykształcenia (3,94). Na wysokim poziomie kształtowały się również oceny zadowolenia z warunków mieszkaniowych (3,91), sytuacji rodzinnej (3,90), bezpieczeństwa osobistego (3,87) oraz spędzania wolnego czasu (3,86). Najniżej oceniono zadowolenie z własnej sytuacji materialnej (3,29) – na średnim poziomie, pozwalającym na zaspokojenie podstawowych potrzeb przy jednoczesnym oszczędzaniu na większe zakupy. Odpowiedzi takiej udzielił co drugi zapytany, a odsetek ten nie różnił się znacznie od uzyskiwanych w poprzednich latach. Co piąty ankietowany przyznał, że żyje skromnie, a czterech na 100 mieszkańców – bardzo biednie. Nieco ponad 16% poznaniaków określiło, że żyje dobrze i nie musi zbyt wiele oszczędzać, a zaledwie 2,8% respondentów wskazało, że może sobie pozwolić na luksusowe życie.

Spśród szeregu kwestii, o które pytano ankietowanych, znalazło się także pytanie o to, jak oceniają warunki i możliwości stwarzane przez miasto Poznań. Badani mieszkańcy pozytywnie odnieśli się do warunków i możliwości ofero-

cji, a ich efekty zamieszczono w: F. Znaniecki, J. Ziółkowski, *Czym jest dla Ciebie miasto Poznań? Dwa konkursy: 1928/1964*, Warszawa-Poznań 1984.

⁵⁷⁷ Raporty i przywoływane poniżej dane zaczerpnięte ze strony internetowej: <http://pozn.pl/mim/s8a/raporty-i-analizy,doc,111/jakosc-zycia-w-poznaniu,50849.html> (dostęp: 24.02.2014).

⁵⁷⁸ Do badania opinii mieszkańców wykorzystano pięciostopniową skalę Likerta: sformułowanym przypisywano wartości od 1 do 5, gdzie wartości „5” przyporządkowano odpowiedź: zdecydowanie tak (bardzo zadowolony); „4” – raczej tak (raczej zadowolony); „3” – trudno powiedzieć; „2” – raczej nie (raczej niezadowolony), a wartości „1” odpowiedź: zdecydowanie nie (bardzo niezadowolony). Jest to istotna informacja w interpretacji poniższych danych.

wanych przez miasto. Wskaźnik zintegrowany w tym przypadku wyniósł 3,66, co zgodnie z przyjętymi przez badaczy kryteriami przekładało się na ocenę raczej dobrą. Szczególnie wysokie noty zaobserwowano w ramach oceny możliwości kształcenia (średnia ocena wyniosła 4,38), korzystania z ofert kin, teatrów, muzeów (4,29) i wygodnego robienia zakupów (4,28). Najbardziej sceptycznie wyrażano się na temat możliwości stwarzanych przez miasto w zakresie poszukiwania dobrej pracy zawodowej (2,86); nisko oceniono także możliwość zarabiania pieniędzy (2,97) oraz korzystania z usług medycznych (3,07).

W świetle danych uzyskanych na potrzeby realizacji projektu badawczego *Diagnoza społeczna* (edycja z 2013 roku) wynika natomiast, że Poznań usytuował się na drugim miejscu w rankingu miast, których mieszkańcy wyrażali zadowolenie z miejsca zamieszkania⁵⁷⁹.

Powyższe dane stanowią pewną ilustrację subiektywnych ocen jakości życia mieszkańców Poznania. Niech jednak nie umknie uwadze fakt, że diagnoza ta dotyczy tylko wybranych aspektów życia w mieście, a uzyskane wyniki w kontekście problemu alkoholowego poznaniaków mogą stanowić jedynie materiał pomocniczy do jego analizy.

Innym badaniem prowadzonym na terenie Poznania, dotyczącym już bezpośrednio analizowanego tu problemu alkoholowego, były badania przeprowadzone w 2008 roku (wcześniej także w 1998 i 2002 roku) z wykorzystaniem wywiadów kwestionariuszowych, na próbie losowej 1000 mieszkańców w wieku 15-64 lata, mające na celu monitorowanie występujących w Poznaniu problemów związanych z alkoholem⁵⁸⁰. Celem tego badania była ocena konsumpcji alkoholu oraz percepcji przez mieszkańców Poznania wybranych powiązanych z tym problemów, odczuwanych na poziomie lokalnym. Częściowo jego wyniki można odnieść do tych uzyskanych w dwóch poprzednich edycjach tego badania. Pod względem odsetka osób traktujących dany problem jako bardzo ważny w całym kraju alkoholizm zajął trzecie miejsce. W skali miasta na trzecim miejscu ułożył się problem picia alkoholu przez młodzież, na czwartym – alkoholizm. W rankingu problemów uznanych za najważniejsze alkoholizm znalazł się na drugim miejscu, a picie alkoholu przez młodzież na jedenastym. Wykorzystując metodę „ostatniej okazji”, ustalono, że w strukturze spożycia napojów alkoholowych przeważało piwo (stanowiąc ponad połowę wypijanego alkoholu), na drugim miejscu usytuowały się napoje spirytusowe, a na trzecim – wino. W porównaniu do wyników badania z 1998 roku napoje spirytusowe ustąpiły pierwszego miejsca piwu. Wino, zwłaszcza gronowe,

⁵⁷⁹ J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2014, s. 169.

⁵⁸⁰ J. Sierosławski, M. Jabłońska, *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania w mieście Poznaniu*, Warszawa 2008.

wydawało się pełnić funkcje raczej symboliczne (średnio 19 razy w roku, ok. 220 ml jednorazowo); wódka pozostawała w swojej tradycyjnej roli podstawowego napoju alkoholowego, pełniącego dla wielu funkcje intoksykacyjne (średnio 27 razy w roku, średnio jednorazowo ok. 226 ml); piwo odznaczało się najwyższą częstotliwością picia (średnio co ok. 5 dni, bez specjalnej okazji dla 42,5% konsumentów, relatywnie najczęściej pite samotnie, ok. 3/4 litra jednorazowo; poniżej 0,5 litra – 22,6%, 0,5 litra – 36,6%, 0,5-1 litra – 24%, powyżej 1 litra – 16,8%). Podobnie jak w 1998 roku, średnie spożycie wszystkich napojów alkoholowych oszacowane ogółem osiągnęło bardzo niski poziom, znacznie poniżej spożycia rejestrowanego w statystykach sprzedaży. Proporcję nadmiernie pijących (przekraczając 12 litrów 100-procentowego alkoholu) oszacowano na 8-9%, podczas gdy w 1998 roku do spożywania takiej ilości alkoholu przyznało się 1,8%. Zmienną silnie różnicującą poziom spożycia alkoholi okazała się płeć: mężczyźni pili go generalnie ponad 2,5 razy więcej niż kobiety, jak również w ilościach stwarzających szczególnie wysokie ryzyko powstania szkód zdrowotnych – pięć razy częściej niż kobiety.

W porównaniu do wyników badania z 2002 roku, średnie spożycie napojów alkoholowych w badaniu z 2008 roku utrzymywało się na podobnym poziomie, przy czym wzrosło średnie spożycie napojów spirytusowych, a spadła częstotliwość picia przy jednoczesnym wzroście ilości spożywanego alkoholu przy jednej okazji. Odnotowano też zwiększenie się rozmiarów grupy osób nadużywających alkoholu. Nastąpił spadek rozpowszechnienia nietrzeźwości pracowniczej oraz lekki wzrost zagrożeń zaczepkami ze strony nietrzeźwych osób. Znacznie niższa była gotowość respondentów do podjęcia interwencji w sytuacji obserwowania jakichś przejawów patologii związanej z alkoholem. Wyraźny był także wzrost odsetka osób badanych potwierdzających opinię, że w Poznaniu władze są zainteresowane ograniczeniem spożycia alkoholu, choć nadal ponad połowa badanych nie dostrzegała wysiłków władz w tej kwestii. Wyraźnie wzrósł odsetek zwolenników kontroli nad poznańskim rynkiem napojów alkoholowych. Spadła liczba badanych, którzy wiedzieliby, gdzie szukać pomocy w sprawach związanych z problemami alkoholowymi, choć większość badanych była zorientowana co do istnienia specjalistycznych poradni.

Ponieważ wzory picia w Polsce uległy przemianom i coraz popularniejsze stały się w tej dziedzinie przykłady zachodnie, w ramach tego badania zastosowano kolejne narzędzie pomiaru – test przesiewowy CAGE. W efekcie jego przeprowadzenia niemal 25% stanowiło grupę o najwyższym spożyciu (ponad 12 litrów rocznie czystego alkoholu).

Konsumpcja alkoholu to zachowania mające wpływ na zdrowie i element stylu życia, które diagnozowano u mieszkańców Poznania w 2006 roku

w badaniu HEPRO⁵⁸¹. Najpopularniejszym napojem alkoholowym wśród respondentów było piwo, następnie wino, najmniej wódka, przy czym do wypicia przynajmniej jednej dawki piwa w okresie tygodnia, licząc od dnia badania, przyznało się 33% ankietowanych⁵⁸², wina – 18%, a wódki – 14%⁵⁸³. Spośród badanych 550 kobiet takiej dawki alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni nie przyjęło prawie 87%, natomiast 1 raz wypilo go 8,55%, 2-3 razy – 2,36%, 4 razy – niecały 1%, zaś 5 i więcej razy – 0,36% (prawie 1% kobiet nie oszacował tej częstości)⁵⁸⁴. Ograniczenie spożywania alkoholu przez siebie uznało za bardzo ważny problem 12% respondentów, a dla ponad połowy było to zupełnie nieistotne⁵⁸⁵. Okazało się także, że wraz z wiekiem spadał odsetek osób, które wypijały duże ilości alkoholu przy jednej okazji (pięć i więcej dawek)⁵⁸⁶. Z dalszej analizy grupy osób nadmiernie pijących alkohol (23% całej próby badawczej) wynika, że mężczyzn było w niej dwa razy więcej niż kobiet (odpowiednio 71% i 29%), a w grupie tej przeważały osoby: młode i w średnim wieku, z wykształceniem średnim, pracujące, pozostające w związku małżeńskim. Co charakterystyczne, w porównaniu do ogółu przebadanych respondentów, nadmiernie pijących ankietowanych mieszkańców Poznania charakteryzowały: większe zadowolenie z wpływu samopoczucia na realizację swoich zamierzeń, lepszy stan zdrowia (rzadsze doświadczanie przewlekłych dolegliwości, chorób i niepełnosprawności), rzadsze korzystanie z opieki medycznej, z porad lekarskich w okresie trzech miesięcy przed sondażem (być może wytłumaczeniem jest fakt, że w charakteryzowanej grupie duży odsetek stanowiły osoby młode częściej charakteryzujące się dobrym zdrowiem). Ponadto respondenci oceniali ważność ograniczenia ilości wypijanego przez siebie alkoholu i tu okazało się, że 44% spośród nich w ogóle nie dostrzegało omawianego problemu, a więc nie widziało potrzeby wprowadzania zmian w tym zakresie.

Innym było badanie (uzupełniające poznańskie badania nad marginalizacją z lat 2010-2012) dotyczące związku uzależnienia od alkoholu z sytuacją życiową pewnej części poznaniaków – tych spośród nich, którzy korzystali z pomocy MOPR w Poznaniu (dające możliwość porównania wyników z 2009 roku), jak i działalności lokalnego samorządu i instytucji nakierowanych na

⁵⁸¹ Wyniki patrz. *Raport o stanie zdrowia poznaniaków z badania ankietowego w ramach projektu „HEPRO – Zbiór Narzędzi dla Profili Zdrowotnych”*, Poznań 2007. Raport ten zawiera analizę wyników badań przeprowadzonych w Poznaniu w 2006 roku na reprezentatywnej populacji 1010 mieszkańców, w tym 550 kobiet.

⁵⁸² Dawka piwa została tu zdefiniowana jako butelka o objętości 330 ml, a butelka piwa mocnego jako 1,5 dawki – *ibidem*, s. 37.

⁵⁸³ *Ibidem*, s. 171.

⁵⁸⁴ *Ibidem*, s. 87.

⁵⁸⁵ *Ibidem*, s. 171-172.

⁵⁸⁶ *Ibidem*, s. 172.

tworzenie warunków wyjścia z uzależnień⁵⁸⁷ (spora część uzyskanych wówczas wyników badań, zwłaszcza jego drugiej części, została już omówiona w niniejszej publikacji w oparciu o dane źródłowe).

Bodajże pierwsza diagnoza problemu alkoholowego w Poznaniu została opracowana w 2009 roku⁵⁸⁸. Z wyciągniętych z niej wniosków⁵⁸⁹ wynikało, że problem alkoholowy w Poznaniu wydawał się być nie mniej rozpowszechniony niż w innych wielkich miastach Polski, lecz z tendencją wzrostową, jeśli chodzi o dorosłych mieszkańców miasta. Analiza dostępnych danych z lecznictwa sugerowała, że przybywa osób pijących szkodliwie oraz uzależnionych. Przemawiała za tym przede wszystkim znaczna nadwyżka pacjentów pierwszorazowych, zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i stacjonarnym, oraz wysoki współczynnik psychoz alkoholowych. Pod tym względem Poznań charakteryzował się wielokrotnie wyższymi współczynnikami niż inne duże miasta naszego kraju. Także pod względem ogólnych współczynników przyjęć do lecznictwa ambulatoryjnego z powodu problemu alkoholu Poznań lokował się na pierwszym miejscu, zaś przyjęć do lecznictwa stacjonarnego – na drugim miejscu wśród wielkich miast. W rozkładzie wieku mieszkańców Poznania leczonych stacjonarnie, w porównaniu z innymi miastami, dominowała kategoria wiekowa 45 lat i więcej. Liczbę osób uzależnionych od alkoholu w Poznaniu szacowano wówczas na ok. 20 tys., pijących nadmiernie na ok. 35-40 tys., zaś korzystających rocznie z leczenia – ok. 25% osób z problemem alkoholowym.

Najświeższą diagnozę stanu problemów alkoholowych w Poznaniu uzyskano w 2014 roku⁵⁹⁰. Co z niej wynikało? W stosunku do wyników uzyskanych w 2008 roku wzrosło średnie spożycie alkoholu wśród dorosłych mieszkańców Poznania (aż o 43% w grupie konsumentów alkoholu i o 59% wśród wszystkich dorosłych mieszkańców miasta). Faktyczny średni poziom konsumpcji 100% alkoholu wśród dorosłych mieszkańców Poznania wahał się między 9,6 a 14,4 litra (są to wartości wyższe niż uzyskane

⁵⁸⁷ O badaniu i jego wynikach w: P. Molska, M. Mueller, *Uzależnienia i ich konsekwencje, czyli poznaniacy w obliczu globalnej pułapki*, (w:) Z. Galor, B. Goryńska-Bittner, S. Kalinowski (red.), *Życie na skraju – marginesy społeczne wielkiego miasta*, Bielefeld 2014.

⁵⁸⁸ Mowa tu o diagnozie przeprowadzonej przez J. Sierosławskiego na zlecenie Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania.

⁵⁸⁹ Wyniki i interpretacja z: *Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Poznaniu na 2011 rok*, s. 3.

⁵⁹⁰ Mowa tu o badaniu ankietowym przeprowadzonym na reprezentatywnej 1000-osobowej próbie dorosłych mieszkańców Poznania z zastosowaniem metody standaryzowanych wywiadów kwestionariuszowych, przeprowadzonych przez ankierów w domach respondentów. Zarówno zastosowana metoda, jak i narzędzia badawcze umożliwiły porównywanie wyników z badaniami zrealizowanymi pięć lat wcześniej. Zaprezentowane tu wyniki pochodzą z dokumentu: *Diagnoza problemów alkoholowych w Poznaniu*, Warszawa 2014.

z danych szacowanego spożycia alkoholu publikowanych przez GUS). Największy udział w konsumpcji napojów alkoholowych przypadła na piwo – 56% (spożywane przeciętnie 73 razy w roku, a zatem średnio częściej niż raz w tygodniu). Do picia alkoholu w pracy (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) przyznało się 7,8% badanych, rzadziej kobiety (4,5%), częściej mężczyźni (prawie 11,5%). Wśród wszystkich badanych, którzy kiedykolwiek kierowali jakimś pojazdem, odsetek osób, które przyznały się do czynienia tego pod wpływem alkoholu, wyniósł niemal 10%, przy czym w grupie tej wyraźnie przeważali mężczyźni (16,8%) w stosunku do kobiet (3,5%). Abstynenci (rozumieni jako osoby, które w ciągu ubiegłego roku w ogóle nie piły alkoholu) stanowili 10,1% badanej populacji, przy czym zdecydowanie przeważały tu kobiety – 15% w stosunku do mężczyzn – 4,7%; znaczący był zwłaszcza spadek odsetka abstynentów wśród kobiet: z 23,8% w roku 2008 do 15% sześć lat później. Osoby zdefiniowane jako „ryzykownie pijące” stanowiły 21,9% całej populacji konsumentów w Poznaniu (dla porównania, w badaniu z 2008 roku odsetek ten wynosił 12,5%). Mężczyźni częściej niż kobiety kwalifikowali się do grupy ryzyka – w taki sposób piło 33,4% konsumentów alkoholu; w przypadku kobiet odsetek ten wynosił 10,4%. Najliczniejsza reprezentacja kobiet zaliczających się do grupy ryzyka zaobserwowana została wśród kobiet w wieku 30-39 lat (17,7%) oraz w grupie z wykształceniem średnim (13,8%). Osoby pijące w sposób szkodliwy dla zdrowia (tj. ponad 12 litrów stuprocentowego alkoholu rocznie) stanowiły w Poznaniu ok. 15% spośród wszystkich dorosłych konsumentów alkoholu. Grupa ta spożywała ponad 1/2 całości alkoholu, jaki wypijali dorośli mieszkańcy Poznania – konsumenci alkoholu. W oparciu o wyniki testu przesiewowego CAGE ustalono, że zagrożenie uzależnieniem od alkoholu dotyczyło prawie 10% konsumentów alkoholu w Poznaniu, co oznacza, że liczbę osób uzależnionych od alkoholu w Poznaniu można szacować na poziomie ok. 30-32 tys. (w 2008 roku to oszacowanie było o ponad połowę niższe). Korzystając z danych na temat przyjęć do lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego z powodu problemu alkoholowego, można wywnioskować, że w latach 2007, 2011, 2012 i 2013 w Poznaniu kobiety stanowiły ok. 1/5 wszystkich przyjętych. W odpowiedzi na uzyskane wyniki badania sformułowano rekomendację dotarcia do populacji osób ryzykownie pijących z odpowiednio przygotowaną kampanią edukacyjną, której realizacja winna zostać ujęta w ramach priorytetowych działań planowanych na najbliższe dwa-trzy lata.

Jednocześnie w latach 2011-2014 zanotowano systematyczny wzrost liczby sklepów sprzedających napoje alkoholowe, i w latach 2013-2014 wzrost liczby lokali gastronomicznych sprzedających alkohol, a także wzrost liczby punk-

tów sprzedających napoje alkoholowe o zawartości alkoholu powyżej 18%. Dokonano również oceny gęstości sieci sprzedaży, a tym samym dostępności alkoholu w Poznaniu (w latach 2008-2013 mierzonej liczbą mieszkańców powyżej 18. roku życia przypadających na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych), z której wynika, że pomiędzy rokiem 2010 a 2013 dostępność alkoholu w Poznaniu sukcesywnie wzrastała, o czym świadczy malejąca liczba dorosłych mieszkańców miasta przypadających na jeden punkt.

Wyniki pokazują również, że ponad 37% badanych miało poczucie, że władze lokalne wykazują zainteresowanie ograniczeniem spożycia alkoholu (37,4% dla odpowiedzi „raczej tak” i „tak”), przeciwnego zdania było 47,7% mieszkańców. Za zmniejszeniem liczby miejsc, w których można nabyć piwo, opowiadał się niemal co trzeci ankietowany.

Alkoholizm, jako poważny problem społeczny w skali miasta Poznania, najczęściej wskazywali badani w wieku 50-59 lat (ponad 41%), najrzadziej respondenci w wieku 30-39 lat oraz 60-64 lata.

Badanie, którego wyniki zostały tu zanalizowane, objęło również kwestię znajomości/rozpoznawalności w Poznaniu instytucji i działań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych (pytanie to jest istotne w kontekście podjętych własnych badań autorki). Z deklaracji badanych wynika, że aż 73,4% badanych w przypadku problemów z alkoholem kogoś ze swoich bliskich wiedziałoby, gdzie szukać pomocy (najczęściej wskazywane były grupy AA i poradnie leczenia uzależnień).

Tłem dla porównań wyników badań własnych autorki są również wyniki analizy o charakterze jakościowym, zrealizowane na zlecenie Urzędu Miasta Poznania, obejmujące przeprowadzenie indywidualnych pogłębionych wywiadów z udziałem 20 osób reprezentujących różne instytucje, organizacje i środowiska zaangażowane w działania na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Badania te miały na celu uzyskanie wiedzy i lepszej orientacji w zakresie aktualnych problemów i zjawisk występujących w dziedzinie rozwiązywania problemów alkoholowych z perspektywy różnych podmiotów i środowisk aktywnie uczestniczących w realizacji zadań Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Poznaniu⁵⁹¹. Niemal wszyscy uczestniczący w badaniu respondenci, reprezentujący zarówno

⁵⁹¹ Wskazane tu wnioski zaczerpnięte zostały z publikacji pt. *Rozwiązywanie problemów alkoholowych i przeciwdziałanie narkomanii w percepcji osób zaangażowanych w realizację działań w tym zakresie na terenie miasta Poznania. Raport z badań jakościowych zrealizowanych na zlecenie Urzędu Miasta Poznania w ramach diagnozy problemów alkoholowych i narkotykowych w Poznaniu*, Warszawa 2014.

lokalne instytucje pomocowe, organizacje pozarządowe i środowiska abstynenckie, wspominali o dobrym poziomie funkcjonowania leczenia odwykowego w Poznaniu. Problemy, na które zwrócono uwagę, dotyczyły przede wszystkim kwestii utrzymywania infrastruktury pomieszczeń, w jakich prowadzona jest terapia, niezbędnych remontów i związanych z tym nakładów finansowych, które są niewystarczające w stosunku do istniejących potrzeb. W opinii uczestniczących w badaniu psychoterapeutów w okresie ostatnich kilku lat istotnie zwiększyła się liczba pacjentów poszukujących możliwości terapii w zakresie problemów alkoholowych, współuzależnienia, a także traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa spędzonego w rodzinie z problemem alkoholowym. Zwrócono uwagę na rosnące zapotrzebowanie na istnienie grup terapeutycznych DDA (Dorosłych Dzieci Alkoholików), ale także dla osób uzależnionych z długą abstynencją. Za wyzwanie uznano utworzenie tzw. grup redukcji szkód, w których główny nacisk nie byłby kładziony na abstynencję, ale na ograniczenie ryzykownych zachowań związanych z piciem alkoholu. Innym poważnym wyzwaniem wydaje się kwestia badania skuteczności terapii. Kilku respondentów podkreślało, że ma wiele pomysłów na rozwinięcie i poszerzenie dotychczasowych działań w oparciu o możliwości finansowe, jakie dają fundusze europejskie, nie są jednak w stanie pogodzić obowiązków zawodowych z samodzielnym pisanie wniosków o dofinansowanie planowanych projektów, oczekiwaliby więc pomocy i wsparcia w tym zakresie ze strony urzędu miasta. Kolejny postulat dotyczył podjęcia działań na rzecz włączenia do systemu wspierania rodzin z problemem alkoholowym (w którym obecnie podstawową rolę odgrywa Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie) organizacji i środowisk abstynenckich, które mają w tym zakresie duży potencjał i doświadczenie, ale nie czują się rzeczywistymi partnerami wspomnianego systemu. Uczestniczący w badaniu terapeuci zwrócili uwagę, iż poznański magistrat nie jest zainteresowany rozwojem lokalnego systemu terapii osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych. W Poznaniu od lat nie funkcjonuje zespół ekspertów ds. leczenia odwykowego, nie są organizowane seminaria lub konferencje będące forum wymiany doświadczeń i dyskusji wokół nowych wyzwań i problemów, jakie pojawiają się w tym obszarze. Większość z respondentów zwróciła uwagę na niekorzystną ich zdaniem zmianę organizacyjną w strukturze Urzędu Miasta Poznania, polegającą na likwidacji oddziału ds. uzależnień, który był ważnym merytorycznym partnerem dla wielu instytucji i organizacji zaangażowanych w realizację zadań w tym zakresie. Likwidacja wspomnianej jednostki w opinii części

badanych osób obniżyła rangę problemów związanych z alkoholem i narkotykami w percepcji pracowników urzędu oraz z perspektywy zewnętrznych podmiotów i instytucji uczestniczących w realizacji zadań w tym obszarze. Zmiana ta według kilku respondentów miała także wpływ na sposób podejścia urzędników do realizacji zadań. Niektórzy badani zwrócili uwagę na dość istotny problem, jaki pojawiał się w tej współpracy, tj. koncentrację na kwestiach formalno-organizacyjnych przy jednoczesnym pomniejszaniu lub marginalizowaniu spraw merytorycznych, mających istotne znaczenie dla skuteczności prowadzonych działań. Respondenci, zgodnie stwierdzając, że brakuje merytorycznej reprezentacji specjalistów i ekspertów, którzy inicjowaliby poważne dyskusje na temat aktualnych problemów i wyzwań w różnych obszarach profilaktyki problemów alkoholowych i narkotykowych, w dziedzinie terapii i leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz w innych ważnych kwestiach dotyczących polityki społecznej w tym zakresie, zaproponowali między innymi, aby prezydent miasta Poznania powołał zespół ekspertów ds. rozwiązywania problemów alkoholowych. W jego skład powinni wejść przedstawiciele różnych środowisk, instytucji i organizacji, osoby z dużym doświadczeniem zawodowym lub wartościowym dorobkiem naukowym, kompetentne w zakresie formułowania celów i strategii działań, posiadające odwagę i umiejętność krytycznej analizy aktualnych działań oraz wizję nowych projektów. Aby zachęcić do udziału w pracach takiego zespołu, warto rozważyć możliwość zlecenia jego członkom opracowania ekspertyz dotyczących różnych aspektów i problemów, które – w efekcie aktualnej diagnozy – powinny zostać uwzględnione w nowych programach działania. Zasygnalizowano również, że ważną kwestią wydaje się potrzeba integrowania różnych działań i projektów oraz wspierania organizacji, które – mimo wartościowych pomysłów i działań – nie są w stanie nawiązać niezbędnej współpracy z instytucjami i/lub lokalnymi podmiotami, które mogłyby stać się ważnym partnerem w ich działaniu.

Reasumując powyższe rozważania, można postawić tezę, że choć w pewnych funkcjonujących w Poznaniu instytucjach podejmowane są próby rozwiązywania problemu alkoholowego, to jednak środowisko wielkomięskie, jakim jest Poznań, stanowi ze względu na swoją specyfikę czynnik ryzyka jego wystąpienia. Warto zatem przyrzeć się społeczno-kulturowym determinantom problemu alkoholowego kobiet (wyrosłym na bazie wyżej opisywanych zjawisk i tendencji), charakterystycznym dla środowisk wielkomięskich jako przestrzeni rodzenia się i istnienia tego problemu.

4.2. Wielkowiejskość jako czynnik ryzyka wystąpienia problemów alkoholowych

Już mniej więcej wiek temu w gronie reprezentantów tzw. szkoły chicagowskiej zrodziło się zainteresowanie specyfiką miasta, a zwłaszcza występującymi w nim problemami społecznymi. Przedstawiciele tej szkoły nie ograniczali się wyłącznie do opisu zjawisk, lecz koncentrując się na badaniach empirycznych, angażowali się w diagnozowanie i rozwiązywanie problemów społecznych związanych z różnymi przejawami patologii społecznych⁵⁹². Środowiska miejskie postrzegano więc jako te, w których obecne były zjawiska kwalifikowane dziś jako problemowe, poszukując przy tym przyczyn ich – łatwiejszego i częstsze niż w środowiskach wiejskich – powstawania i trwania⁵⁹³.

W Polsce intensywny rozkwit ośrodków miejskich (a wraz z nim także rozwój typowo miejskich problemów społecznych, w tym problemu uzależnienia alkoholowego) nastąpił w okresie powojennym. Rozwojowi nadużywania alkoholu w różnych kręgach społecznych sprzyjały takie procesy, jak pospieszna industrializacja i urbanizacja⁵⁹⁴, które wiązały się nie tylko z napływem wielkich mas ludności wiejskiej, ale także z rozpowszechnianiem miejskich wzorów i kształtowaniem nowych stylów życia. Mobilności przestrzennej towarzyszyła mobilność wertykalna – dla wielu przejście ze wsi do miasta było swoistym awansem społecznym. Związane z migracjami oderwanie od rodziny, uwolnienie od silnych na wsi mechanizmów kontroli społecznej, anonimowość, zanik więzi społecznych, osamotnienie, stopniowa depersonalizacja stosunków międzyludzkich, poczucie zagubienia i osamotnienia, wzrost zamożności oraz mieszanie się tego, co wiejskie, z tym, co miejskie, stanowiło podatny grunt dla wzrostu spożycia alkoholu. To przenikanie dotyczyło również wiejskich i miejskich wzorów picia: na wsi alkohol pojawiał się rzadziej, ale w większych ilościach, w ściśle określonych sytuacjach

⁵⁹² O badaniach miasta i urbanizmu patrz. np. J. Szacki, *Historia myśli socjologicznej*, Warszawa 2002, s. 604-609.

⁵⁹³ Przykładowo I. Łabudzka, sięgając do okresu wczesnej industrializacji, zauważyła, że „trudne warunki bytowe ludności robotniczej, rekrutującej się wówczas z wywłaszczonych drobnych wytwórców wiejskich, znacznie sprzyjały alkoholizmowi. Społeczne poniżenie oraz napięcia płynące z zagrożenia zdrowia i materialnej egzystencji prowadziły do patologicznych (powodujących dezintegrację społeczną) praktyk alkoholowych. Były one względnie łagodną, bo powstającą w oparciu o zaakceptowane przez kulturę wzory zachowań, formą protestu i ucieczki od życia” – I. Łabudzka, *Zjawisko alkoholizmu na tle procesu urbanizacji. Studium monograficzne na przykładzie miasta Pruszkowa*, Wrocław 1974, s. 5-6.

⁵⁹⁴ Uwagi o tych zjawiskach i ich skutkach w oparciu o: A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 39-43; I. Łabudzka, *Zjawisko alkoholizmu na tle...*, op. cit., s. 9, 13; W. Kołodziej, *Polskie „dziedzictwo”...*, „Problemy Alkoholizmu” 2004, nr 3-4, s. 26-27.

i przy specyficznych dla wsi okazjach związanych z rytmem produkcji rolnej, dlatego picie to miało charakter społeczny, przybierający jednak postać niekontrolowanego upijania się; w mieście natomiast pito raczej częściej, ale w mniejszych ilościach, czemu sprzyjała większa dostępność alkoholu i więcej okazji ku temu, by go spożywać.

Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych dotyczyło także kobiet⁵⁹⁵. Przelamywaniu pewnych barier i tradycji, wzmocnieniu pozycji kobiet w rodzinie i społeczeństwie oraz podejmowaniu przez nie ról, obowiązków i zadań zarezerwowanych dotąd dla mężczyzn towarzyszyło sięganie przez nie po nowe prawa, wkraczanie na nowe terytoria; w efekcie kobiety stopniowo stawały się równorzędnymi z mężczyznami konsumentkami napojów alkoholowych.

Za Wojciechem Kołodziejem można stwierdzić, że „nadużywanie alkoholu jest nie tylko reliktem minionych epok. Dawne tradycje mają na pewno wpływ na niektóre cechy i formy zachowania się ludzi, na charakterystyki wzorców picia, postawy indywidualne i społeczne wobec alkoholu. Rozmiar problemu zależy również od aktualnie działających czynników ekonomicznych, społecznych i kulturowych”⁵⁹⁶. Obecnie, zdaniem Zygmunta Baumana, „miasta stały się śmietnikami globalnie poczętych i odchowanych problemów. Mieszkańcy miast i wybrani przez nich przedstawiciele stają zazwyczaj wobec wyzwania, któremu w żaden możliwy do wyobrażenia sposób nie mogliby sprostać: wyzwania odnalezienia lokalnych rozwiązań dla globalnych problemów i rozterek”⁵⁹⁷.

Jakie zatem są współczesne źródła powstawania problemów alkoholowych (będących przecież polietiologicznymi) w ośrodkach wielkomiejskich?

„Społeczną grozę pijaństwa najchętniej zwalilibyśmy na karb tradycji. Bo tradycja zwalnia od odpowiedzialności, «dzisiejszość» usprawiedliwia naszą rzekomą bezradność wobec czegoś, co jest tak głęboko zakorzenione”⁵⁹⁸. Niemniej trudno nie zgodzić się z tezą, że współczesność nawiązuje do przeszłości, także w obszarze problemu alkoholizmu⁵⁹⁹. Choć częściowo praktyki alkoholowe w danym społeczeństwie można potraktować jako pewnego rodzaju część kulturowego dziedzictwa, wyrastającą na podłożu rozległego kompleksu kulturowego i tradycyjnie skryształizowanych preferencji, uzysku-

⁵⁹⁵ A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 40, 41-42.

⁵⁹⁶ W. Kołodziej, *Polskie „dziedzictwo”...* op. cit., s. 27.

⁵⁹⁷ Z. Bauman, *Phylnne życie. Życie w epoce niepewności*, Kraków 2007, s. 116.

⁵⁹⁸ B. Hamera, *Zagubiony horyzont*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 74.

⁵⁹⁹ J. Górski prowokuje do refleksji: „Rzecz oczywista, przyjęcie poglądu, iż polski obyczaj alkoholowy jest głęboko związany z historycznym podłożem, jest przyjęciem pewnej hipotezy, której można przeczyć, która sama może być przedmiotem polemiki” – J. Górski, *Alkohol w kulturze i obyczaju*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 9.

jących powszechną aprobatę⁶⁰⁰, to jednak ulegają one powolnym, lecz stałym modyfikacjom – „zmiany zachodzące pod wpływem urbanizacji w formach i sposobach życia – przeobrażenia struktur społecznych, obyczajów, wzorów kulturowych i warunków życia – oznaczają jednocześnie zmiany w warunkach społecznych powstawania alkoholizmu, a także zmiany w formach przejawiania się jego skutków społecznych”⁶⁰¹. Z pewnością w społeczeństwie zurbanizowanym, posiadającym bardziej złożoną strukturę organizacyjną, patologiczne praktyki alkoholowe powodują w dużo większym stopniu naruszenie równowagi społecznej, aniżeli w dawnym społeczeństwie rolniczo-rzemieślniczym, zaś zwyczaje picia, infiltrując do zróżnicowanych środowisk, czynią kontrolę nad praktykami picia dużo trudniejszą i bardziej skomplikowaną⁶⁰².

„Używanie alkoholu stanowi na całym świecie trwały element obyczajowości, jakkolwiek kształtowanie się tego obyczaju dokonywało się w różnych warunkach i pod wpływem rozmaitych zmiennych przyczyn”⁶⁰³. Zwyczaje konkretnych ludzi i całych społeczeństw związane między innymi z piciem alkoholu rozpatrywać więc należy w kontekście norm, postaw i wartości zarówno indywidualnych, jak i społecznych rozumianych jako lokalne. „To wokół miejsc formowane i gromadzone jest zazwyczaj ludzkie doświadczenie i wokół nich próbuje się zorganizować wspólne życie, to tam nadaje się znaczenie poszczególnym biografiami, chłonie się je i negocjuje. To także miejsca są przestrzenią narodzin i rozwoju ludzkich pragnień i potrzeb, gdzie trwają w nadziei na spełnienie, podejmując ryzyko przemiany we frustrację. Współczesne miasta stanowią pod tym względem arenę bądź pola bitew, na których globalne siły oraz uparcie lokalne znaczenia i tożsamości spotykają się, ścierają, walczą i szukają satysfakcjonującego czy choćby znośnego porozumienia – metody współlistnienia z nadzieją na trwały pokój, która okazuje się potem zaledwie zawieszeniem broni; krótką przerwą przeznaczoną na poprawę obwarowań i przegrupowanie oddziałów bojowych. To właśnie ta konfrontacja, a nie żaden inny czynnik, napędza i ukierunkowuje dynamikę miasta «płynnej nowoczesności»”⁶⁰⁴.

Co zatem stanowi o specyfice polskiego (nie tylko wielkomiejskiego) stylu picia alkoholu i na czym jest ona zbudowana⁶⁰⁵?

⁶⁰⁰ I. Łabudzka, *Zjawisko alkoholizmu na tle procesu...*, op. cit., s. 31, 39.

⁶⁰¹ Ibidem, s. 12.

⁶⁰² Ibidem, s. 79.

⁶⁰³ J. Brodzki, *Dwa filary*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 104.

⁶⁰⁴ Z. Bauman, *Płynne życie...*, op. cit., s. 113-114.

⁶⁰⁵ Część poniżej opisanych zjawisk nie dotyczy wyłącznie środowisk wielkomiejskich. Obserwowane są one także w środowiskach średnich i małych miast, a także wiejskich, lecz z pew-

Jeden z przyjętych szczegółowych problemów w podjętym i prezentowanym tu przedsięwzięciu badawczym dotyczy znaczenia czynnika kulturowego w kreowaniu i ograniczaniu w badanym środowisku społecznego problemu alkoholowego. W refleksji o charakterze socjologicznym nad kulturą⁶⁰⁶ (a taka jest adekwatna do prowadzonych tu rozważań) w kręgu zainteresowań mieści się: stopień społecznej penetracji wzorów kultury, problem ich społecznego rozszewrzenia, upowszechniania, akceptacji lub odrzucenia, wzory interakcji, modele zachowań osób i grup, role społeczne i ich układy. Socjologia interesuje się kulturą przede wszystkim jako czynnikiem współwyznaczającym przebieg zjawisk i procesów społecznych, a więc centralnym punktem zainteresowania nie jest sama kultura, lecz jej wpływ na życie zbiorowe. Reguły kulturowe z ich dwiema odmianami – normami i wartościami – to swoiste atomy systemu aksjonormatywnego, które noszą w sobie pewien ładunek powinności, tzn. wiążą się z nimi oczekiwania społeczne – o różnym nasileniu – związane z określonym zachowaniem. Wyróżnia się więc: imperatywy kulturowe (rozumiane jako kategoryczne żądania pewnego sposobu postępowania lub celu, formułowane w stylizacji pozytywnej jako nakazy i w stylizacji negatywnej jako zakazy), przyzwolenia (dopuszczające pewne postępowanie czy cel, niczego nie nakazując ani nie zakazując, coś co „można”, „wolno”) oraz preferencje, zalecenia (powinność jest tu wyraźnie najslabsza, wskazując jedynie, jakie postępowanie byłoby szczególnie godne uznania, zastrzegając przy tym, że nie można go od nikogo wymagać; chodzi tu o działania wzorcowe, ideały postępowania, reguły formułowane jako drogowskazy, jednak bez nacisku czy przymusu)⁶⁰⁷. Wszystkie te trzy kategorie znajdują swoje miejsce w obszarze spożywania alkoholu. Reguły społeczne obowiązują jednak pod pewnymi warunkami: są zrelatywizowane sytuacyjnie (obowiązują w pewnych sytuacjach) i personalnie (obowiązują pewne osoby); taka relatywizacja może być zawarta wprost w samym sformułowaniu reguły lub stanowi przesłankę będącą tylko domniemaniem, przyjętym jako następstwo jakichś szerszych zasad czy innych reguł⁶⁰⁸.

Spożywania alkoholu dotyczy również trójpodział reguł wprowadzony przez Williama G. Sumnera, który wyróżnił: codzienne sposoby życia (*folkways*), moralność (*mores*) i prawo (*laws*)⁶⁰⁹. System aksjonormatywny każdego społeczeństwa tworzą więc trzy podsystemy:

nością ich obecność uwidatnia się właśnie w środowiskach dużych miast, które cechuje spora dynamika zmian i łatwość przyswajania nowości w różnych dziedzinach życia.

⁶⁰⁶ Charakterystyka refleksji o charakterze socjologicznym nad kulturą w oparciu o: M. Misztal, *Problematyka wartości w socjologii*, Warszawa 1980.

⁶⁰⁷ P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2002, s. 259-261.

⁶⁰⁸ Ibidem, s. 262.

⁶⁰⁹ W.G. Sumner, *Naturalne sposoby postępowania w gromadzie*, tłum. M. Kempny, K. Romaniśzyn, Warszawa 1995.

- 1) zwyczaje: bogata kategoria reguł towarzyszących w przejawach codziennego życia, nadająca mu automatyzm i uproszczenie, dotycząca dziedzin, które z punktu widzenia interesów innych ludzi są obojętne, nie dotyczą ich, nie zagrażają im ani nie ingerują w sferę ich swobody, wynikająca z lokalnych tradycji, tworząca się spontanicznie, oddolnie, bez identyfikacji ich twórców⁶¹⁰; reakcje negatywne na niestosowanie się do zwyczajów są względnie słabo sankcjonowane, zwykle niesformalizowane, spontaniczne i stosunkowo łagodne;
- 2) moralność: reguły moralne odnoszą się do istotnych interesów innych, wkraczają w obszar ich autonomii i wolności, dotyczą najbardziej fundamentalnych relacji między ludźmi, są najmocniejszym wyrazem społecznej natury człowieka i z tego powodu mają najmniej konwencjonalny charakter, wyrażając pewne wspólne ludziom imperatywy zbiorowego życia, są kodyfikowane w zwerbalizowanych i sformalizowanych systemach etycznych; naruszenie nakazów i zakazów spotyka się z daleko silniejszą reakcją społeczności niż w przypadku zwyczajów – potępienie może przyjąć wieloraką postać – począwszy od izolacji, przez społeczne napiętnowanie, ostracyzm towarzyski, banicje, aż po samosąd;
- 3) prawo: jest stanowione przez państwo lub w jego imieniu; ze względu na potrzebę jednoznaczności, wykładni i wyraźnego określenia tego, co dozwolone, co zakazane i co nakazane, artykułowane jest w formie pisemnej, systematyzowane i publikowane w kodeksach i zbiorach przepisów; na jego straży stoi system sankcji administrowanych przez powołane do tego organy wymiaru sprawiedliwości, wymierzanych w imieniu państwa, które dysponuje monopolem przymusu⁶¹¹.

W jakich relacjach pozostają te trzy podsystemy? Prawo może wkraczać w dziedzinę konwencjonalnych zwyczajów, jedne włączając w swój obręb, a innym się przeciwstawiając. Istnieją także pewne dziedziny prawa, które są moralnie obojętne, oraz takie, które wyraźnie ingerują w istotne moralnie dziedziny stosunków międzyludzkich. Gdy regulacja prawna jest zbieżna z moralnym poczuciem zbiorowości, prawo uzyskuje wzmocnioną legitymizację, a przez to łatwiejszą stosowalność i egzekwowalność.

Dodać tu należy jeszcze czwarty filar – modę, która „bliska jest zwyczajowi. (...) Wyróżnia ją wśród zwyczajów daleko większa zmienność, a także bardzo rygorystyczny nacisk, jaki wywiera na swoich zwolenników. Moda zmienia się stosunkowo szybko, ale w czasie, kiedy obowiązuje, dyktuje bezwzględnie i monopolizuje pożądane zachowania, dys-

⁶¹⁰ Dodać należy w tym miejscu, że zwyczaje są nie tylko dziedziczone przez tradycję, ale i tworzone przez modę.

⁶¹¹ P. Sztompka, *Socjologia...* op. cit., s. 269-273.

kwalifikując wszelkie inne. W rezultacie doprowadza do przejściowej co prawda, ale póki co bardzo wyraźnej, uniformizacji zbiorowości. (...) Moda w odróżnieniu od większości zwyczajów rzadko tworzy się spontanicznie, oddolnie. Jest raczej celową, narzuconą kreacją centrów mody, lansowaną i rozpowszechnianą dzięki możliwościom marketingowym i reklamowym. Stanowi ważną siłę napędową ekonomii konsumpcyjnej, która wymaga, aby ludzie czuli się zmuszeni do nabycia pewnych produktów, ale także by za jakiś czas byli zmuszeni do ich wyrzucenia i nabycia czegoś nowego”⁶¹² (o czym będzie mowa w dalszej części).

Spożywanie alkoholu w społeczeństwie polskim jest wyznaczane, praktykowane i kontrolowane w odniesieniu do scharakteryzowanych tu zwyczajów, reguł moralnych, regulacji prawnych i mody (o czym będzie mowa w dalszej części)⁶¹³.

Obserwowany, wyjątkowo silny w ostatnich dekadach, proces unifikacji kulturowej pociągnął za sobą między innymi zanik homogeniczności kultury alkoholowej poszczególnych krajów⁶¹⁴ (choć jednocześnie ze spożyciem alkoholu nadal sprzężone są określone symbole i zachowania charakterystyczne dla konkretnych narodów lub regionów). Z pewnością również otwarcie granic i dynamiczny rozwój wymiany handlowej spowodował import nowych napojów alkoholowych, dotąd nieznanych w innych częściach kontynentu czy w skali świata; podobne skutki pociągnęła za sobą turystyka, dodatkowo powodując przenikanie wzorców picia. Propozycja Jana Falewicza⁶¹⁵, odnosząca się do międzynarodowej typologii wzorów picia, zbudowanej na kryterium dominującego typu napoju alkoholowego, położeniu geograficznym i nacji (obejmująca trzy typy: oparty na winie wzór romański, oparty na piwie wzór anglosaski oraz wzór północno-wschodni oparty na napojach spirytusowych), w której Polska utożsamiana była ze wzorem północno-wschodnim, zostaje nieco rozmyta, gdyż aktualnie obserwuje się w naszym kraju nakładanie się i mieszanie tych wzorów, co w konsekwencji powoduje ogólny wzrost picia alkoholu.

„Dawniej tempo picia było podporządkowane ceremonialowi uczyty czy przyjęcia, dbano o jakieś *decorum*, o pewną dworność, przynajmniej na początku; dzisiaj nawet w towarzystwach mających niejaki pretensje do elegancji, przyspieszone spożycie alkoholu staje się celem nadrzędnym, a nie

⁶¹² Ibidem, s. 273-274.

⁶¹³ Jaskrawym przykładem odmiennego kulturowo podejścia do spożywania alkoholu jest kultura muzułmańska czy mormońska.

⁶¹⁴ We współczesnych kulturach zwykło się dotąd wyróżniać trzy wzory picia: śródziemnomorski (opierający się na częstym piciu głównie wina, w niezbyt dużych ilościach), anglosaski (oparty w dużej mierze na powolnym spożywaniu piwa) oraz skandynawski (charakteryzujący się spożywaniem znacznych ilości napojów alkoholowych stężonych, przy czym główną funkcją alkoholu jest intoksykacja). Za: I. Wald, *Wstęp...*, op. cit., s. 45.

⁶¹⁵ J.K. Falewicz, *ABC problemów alkoholowych*, Warszawa 1993, s. 17.

wsparciem dla «przyjemnego» nastroju»⁶¹⁶. W Polsce zauważany jest brak kultury picia i dość popularny cel picia, jakim jest upicie się; stosunkowo niewiele jest smakoszy alkoholi po prostu delektujących się ich smakiem.

Wiele jest jeszcze środowisk i grup społecznych, w których istnieje – warunkowany silną presją społeczną – przymus picia napojów alkoholowych oraz w których odmowa wypicia alkoholu spotyka się z podejrzeniem, pogardą, politowaniem i ostracyzmem.

Wprawdzie istnieje przekonanie, że miejsce i czas pracy zawodowej wyklucza konsumpcję alkoholu, jednak w niektórych branżach dopuszczalne jest wypijanie alkoholu podczas spotkań firmowych czy biznesowych⁶¹⁷.

Ponadto alkohol, zwłaszcza szlachetniejsze trunki, stopniowo stawał się symbolem przynależności do zamożniejszej części społeczeństwa. Można więc stwierdzić, że wzrostowi poziomu życia towarzyszy zintensyfikowanie szeroko rozumianej konsumpcji, pociągające za sobą eskalację uzależnień⁶¹⁸.

Wspomniana nieograniczona konsumpcja, której podstawową ideologią jest przyjemność i potrzeba przeżywania szczęścia, to jeden z kontekstów kultury popularnej⁶¹⁹, pod której wpływem pozostają osoby obu płci i w różnym wieku. Kultura nazwana przez Zbyszko Melosika „kulturą instant” odnosi się do życia w „natychmiastowości”, do życia w cyklu „nowość-przestarzałość” wciągającego człowieka w spiralę, z której nie ma wyjścia; jej symbolem jest triada *fast ford, fast sex, fast car*; cechuje się ponadto fragmentaryzacją tożsamości, neurotycznym poszukiwaniem nowości i wrażeń oraz orientacją na zintensyfikowaną przyjemność i natychmiastową gratyfikację, a także zagubieniem jednoznacznych układów odniesienia⁶²⁰. Fale faktów i możliwości wyborów napływają coraz intensywniej i częściej, zalewając go starymi śmieciami i błyszczącymi zabawkami skomplikowanej cywilizacji⁶²¹. Wielu nie radzi sobie w takiej rzeczywistości społeczno-kulturowej, potrzebując poczucia identyfikacji i przynależności, systematyzacji i kategoryzacji świata, uporządkowania, stałości, trwałości, stabilizacji. Niektórzy, szukając ukojenia w tym rozedrganiu, sięgają do napojów alkoholowych, których spożycie jest łatwą drogą do szybkiej poprawy nastroju i oderwania się od codzienności.

Niewątpliwie decyzje mocodawców liberalizujące rynek napojów alkoholowych przyczyniają się do wzrostu epidemii problemów alkoholowych.

⁶¹⁶ M. Radgowski, *Lampka wina czy szklanka wódki*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 46.

⁶¹⁷ J. Fudała, *Rozwiązywanie problemów alkoholowych...*, op. cit., s. 31.

⁶¹⁸ R. Pomianowski, *Uzależnienia – współczesną wersją...*, op. cit., s. 266.

⁶¹⁹ S. Badora, *Kulturowe konteksty mechanizmów uzależnień*, (w:) S. Badora, I. Mudrecka (red.), *Strategie rozwiązywania problemów uzależnień*, Opole 2006, s. 22, 23.

⁶²⁰ Z. Melosik, *Kultura instant: paradoksy pop-tożsamości*, (w:) W. Burszta, A. de Tchorzewski (red.), *Edukacja w czasach popkultury*, Bydgoszcz 2002.

⁶²¹ J. Gleick, *Szybciej*, tłum. J. Bieroń, Poznań 2003, s. 19.

Ceny tych napojów (różnej jakości i o różnej zawartości alkoholu) utrzymywały się i utrzymują na poziomie osiągalnym finansowo dla przeciętnego obywatela. Dystrybucji sprzyja także wysoka gęstość sieci sprzedaży – spora liczba punktów sprzedaży alkoholu, w tym całodobowych⁶²².

Ponadto obserwowane są zmiany obyczajowe związane z liberalizacją stosunku społeczeństwa do spożycia niskoprocentowych napojów alkoholowych (głównie piwa), dotyczące osób obu płci i w różnym wieku, a także tolerowaniem picia alkoholu, nawet gdy jest to zabronione lub niewskazane.

W Polsce przyjęło się, że każda okazja – sukces czy porażka – jest odpowiednią, by uczcić ją alkoholem. Pije się go wtedy, gdy chce się coś zapamiętać lub gdy chce się coś zapomnieć⁶²³, z tęsknoty i z nadmiaru spełnienia⁶²⁴. Napoje alkoholowe są elementem większości uroczystości rodzinnych, począwszy od narodzin dziecka (tzw. pępkowe, czyli „opijanie” narodzin dziecka), poprzez wszelkie inne okazje związane z poszczególnymi członkami rodziny. Alkohol pojawia się jako towarzysz udanych transakcji czy sukcesów zawodowych, ale jednocześnie asystuje też frustracjom, rozczarowaniom, rozgoryczeniu, niepowodzeniom życiowym, epizodom, które skłaniają ludzi do tego, aby znaleźć w nim pocieszenie. Piją więc ci, którzy są u szczytu sukcesów, i ci, którym się nie powiodło⁶²⁵.

Wielu nie jest w stanie podoląć temu, by utrzymać się w społeczeństwie, nazwanym przez Zygmunta Baumana społeczeństwem płynnej nowoczesności, czyli w takim, w którym „warunki działania ulegają zmianie, zanim sposoby działania zdążą zakrzepnąć w zwyczajowych i rutynowych formułach”⁶²⁶. Płynność społeczeństwa wzajemnie się zasila i wzmacnia z płynnym życiem, które jest „pełne niepewności, przeżywane w warunkach ciągłego niepokoju. Najdotkliwsze i najpoczywsze obawy związane z takim życiem to lęk przed tym, by nie dać się zaskoczyć, by nadążyć za szybkim biegiem wydarzeń, by nie zostać z tyłu, nie przeoczyć «terminu ważności», nie obarczyć się posiadaniem czegoś, co nie budzi już żądzy posiadania, nie przegapić momentu, w którym trzeba zmienić taktykę, nie przekroczyć granicy, zza której nie będzie już odwrotu. Płynne życie składa się z szeregu «nowych otwarć» i «nowych początków», ale właśnie dlatego szybkie i bezbolesne zakończenia,

⁶²² Powstrzymać szkodliwe reklamy. Rozmowa z K. Brzózką, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 1, s. 4.

Problem ograniczania fizycznej dostępności napojów alkoholowych i związanych z nimi regulacji prawnych został poruszony w: K. Dąbrowska, *Ograniczenie fizycznej dostępności alkoholu – wybrane problemy*, „Świat Problemów” 2015, nr 10.

⁶²³ P. Beylin, *Dyktatura alkoholu...*, op. cit., s. 138.

⁶²⁴ J. Pilch, *Pod Mocnym Aniołem*, Warszawa 2012, s. 76.

⁶²⁵ K. Dziewanowski, *To trudniejsze, niż zwykle sądzimy*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 151.

⁶²⁶ Z. Bauman, *Płynne życie...*, op. cit., s. 5.

bez których nowe otwarcia i początki byłyby nie do pomyślenia, okazują się momentami krytycznymi⁶²⁷. „Postęp, niegdyś najskrajniejszy przejaw radykalnego optymizmu oraz obietnica podzielanego uniwersalnie i długotrwałego szczęścia, przesunął się na przeciwny, dystopijny i fatalistyczny biegun oczekiwań: reprezentuje dziś zagrożenie bezustanną i nieuniknioną zmianą, która zamiast zwiastować pokój i wytchnienie, niesie ze sobą wyłącznie ciągły kryzys i napięcie”⁶²⁸. Taki stan przerasta możliwości wielu ludzi – „heteronomicznej, nieszczęsnej i osłabionej populacji, skonfrontowanej i prawdopodobnie zdruzgotanej przez siły, których ani nie kontroluje, ani nawet nie jest w stanie w pełni pojąć”⁶²⁹, pociągając za sobą uprzywilejowane miejsce i rolę alkoholu w ich życiu. Alkohol sprawdza się tu jako środek dający „możliwość pozornego, urojonego urzeczywistnienia jakichś nadziei, oczekiwań, tęsknot; stwarza złudzenie, że utrapienia rzeczywistości nie istnieją, że człowiek potrafi i może więcej”⁶³⁰. Sprawdza się więc jako wierny kompan tych, którzy mają poczucie porażki życiowej, własnego nieudacznictwa, niskiej wartości siebie, a liczba ich rośnie wraz z trwającym „wyścigiem szczurów”, który zdaje się wciągać coraz młodsze osoby, nie oszczędzając nawet osób w wieku prawie emerytalnym.

Ponadto współcześnie wielu ludzi (zwłaszcza młodych) nie potrafi konstruktywnie zagospodarować swojego czasu. Jednym ze sposobów wypełniania go, „zabicia nudy” i poszukiwania atrakcyjniejszych sposobów odbierania rzeczywistości, w której żyją, jest sięganie po środki odurzające. Alkohol zdaje się tu być jednym z łatwiej dostępnych i tańszych środków prowadzących ku temu celowi.

Co więcej, w mediach trwa nieustający „festiwal pozytywnego ukazania alkoholu” – zauważa Krzysztof Brzózka⁶³¹. Niebagatelne znaczenie ma reklama i jej silny przekaz kształtujący pragnienia i warunkujący wybory człowieka⁶³². W świetle prawa w Polsce zabrania się reklamy i promocji napojów alkoholowych. Od tej ogólnej zasady ustawodawca przewidział jednak wyjątek w odniesieniu do piwa. I choć jego reklamowanie obwarowane jest pewnymi warunkami⁶³³, to dokładna analiza emitowanych reklam

⁶²⁷ Ibidem, s. 6.

⁶²⁸ Ibidem, s. 20.

⁶²⁹ Ibidem, s. 16.

⁶³⁰ H. Jędruszczak, *O koncepcję polityki społecznej*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 116.

⁶³¹ Wypowiedź z wywiadu Mileny Bryły z Krzysztofem Brzózka, w styczniu 2014 roku; źródło: http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,15306731,Jeden_punkt_sprzedazy_alkoholu_w_Polsce_przypada_na.html (dostęp: 24.02.2014).

⁶³² Profesjonalnie przygotowana reklama i promocja napędzają popyt, a tam gdzie liczy się tylko zysk, sięga się do różnych rozwiązań, nie zważając na jego etyczny wymiar.

⁶³³ Kwestie te reguluje art. 13¹ *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 487). Ma on następujące brzmienie:

może w niektórych przypadkach budzić wątpliwości co do rzetelności ich przestrzegania⁶³⁴. Można zauważyć, że podczas kampanii promocyjnej, której czynnikiem wspierającym jest reklama, alkohol traktowany jest jak każdy inny produkt, jej celem jest wejście na rynek i zyskanie większej liczby konsumentów, wspieranie sprzedaży poprzez pobudzenie zainteresowania zakupem promowanego produktu i skuteczne skłonienie klienta do jego dokonania, zwłaszcza drogą zwiększania jego atrakcyjności; produkt nowy, zmieniony lub odnotowujący spadek sprzedaży reklamowany jest tak, by konsument poznał jego właściwości i walory oraz zapamiętał markę promowanego wyrobu⁶³⁵. „Reklama ułatwia powstawanie nałogowych struktur niezauważalnie – ucząc, że na zdobycie wszystkiego, czego nam w życiu brak, istnieją błyskawiczne, łatwe sposoby. (...) Teledyski i billboardy obiecują «haj» lub ulgę, starannie ukrywając koszty i szkody, jakie trzeba będzie ponieść. Bo przecież całe to starannie wyreżyserowane i bardzo drogo opłacone oddziaływanie ma na celu tylko to, żebyśmy kupowali, konsumowali, a potem znowu kupowali. I rzeczywiście to robimy nauczeni wierzyć w ten niebezpieczny fałsz, że najlepsza i w pełni osiągalna jest droga na skróty. Właśnie to reklamuje reklama – wystarczy zastosować się do jej wskazań i obiecane szczęście sfrunie prosto w nasze życie. Czy nie jest to ta sama obietnica, bez pokrycia,

„1. Zabrania się na obszarze kraju reklamy i promocji napojów alkoholowych, z wyjątkiem piwa, którego reklama i promocja jest dozwolona, pod warunkiem że: 1) nie jest kierowana do małoletnich, 2) nie przedstawia osób małoletnich, 3) nie łączy spożywania alkoholu ze sprawnością fizyczną bądź kierowaniem pojazdami, 4) nie zawiera stwierdzeń, że alkohol posiada właściwości lecznicze, jest środkiem stymulującym, uspokajającym lub sposobem rozwiązywania konfliktów osobistych, 5) nie zachęca do nadmiernego spożycia alkoholu, 6) nie przedstawia abstynencji lub umiarkowanego spożycia alkoholu w negatywny sposób, 7) nie podkreśla wysokiej zawartości alkoholu w napojach alkoholowych jako cechy wpływającej pozytywnie na jakość napoju alkoholowego, 8) nie wywołuje skojarzeń z: a) atrakcyjnością seksualną, b) relaksem lub wypoczynkiem, c) nauką lub pracą, d) sukcesem zawodowym lub życiowym.

2. Reklama i promocja piwa, o której mowa w ust. 1, nie może być prowadzona: 1) w telewizji, radiu, kinie i teatrze między godziną 06.00 a 20.00, z wyjątkiem reklamy prowadzonej przez organizatora imprezy sportu wyczynowego lub profesjonalnego w trakcie trwania tej imprezy; 2) na kasetach wideo i innych nośnikach; 3) w prasie młodzieżowej i dziecięcej; 4) na okładkach dzienników i czasopism; 5) na słupach i tablicach reklamowych i innych stałych i ruchomych powierzchniach wykorzystywanych do reklamy, chyba że 20% powierzchni reklamy zajmować będą widoczne i czytelne napisy informujące o szkodliwości spożycia alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim; 6) przy udziale małoletnich”.

⁶³⁴ K. Brzózka zauważa, że narzucone przez ustawę ograniczenie stawiane reklamie napojów alkoholowych jest lekceważone przez niektórych producentów alkoholu (dotyczy to zwłaszcza dominujących na rynku browarów), a zgłoszenia takich sytuacji do prokuratury przez PARPA są finalizowane albo uznaniem ich za szkodliwe w stopniu znikomym, albo stwierdzeniem, że zgłaszane reklamy nie wyczerpują znamion naruszenia ustawy. Jego zdaniem tylko całkowita likwidacja możliwości emisji reklam alkoholu byłaby skutecznym rozwiązaniem, lecz wielokrotnie wnioskowanie o to przez PARPA okazywało się bezskuteczne. Więcej patrz. *Powstrzymać szkodliwe reklamy...*, op. cit., s. 3.

⁶³⁵ W. Bugajny, *Reklama elementem promocji*, „Problemy Alkoholizmu” 1994 nr 6, s. 11-12.

jaką dają narkotyki i alkohol? Można powiedzieć – i nie będzie to przesada – że z takich oddziaływań na masową wyobraźnię tworzy się dobre podłoże do epidemiologicznego rozszerzania się nałogów. A straty? O nich się nie mówi. (...) Dzisiaj musielibyśmy ogłuchnąć i oślepnąć, żeby różnym zaproszeniom na drodze do nałogu nie dać się choć trochę uwieść”⁶³⁶. Zdaniem Witolda Bugajnego „kampanie promocyjne bez udziału przedstawicieli prasy, polityki, gospodarki, kultury itp., bez oprawy artystyczno-rozrywkowej, bez wystawności, przeróżnych atrakcji i zachęt – nie miałyby takiego rezonansu i nie spełniły założeń popularyzacyjnych”⁶³⁷.

Część z reklam piwa kierowana jest do konkretnej płci, tzn. inne piwa uważa się za „typowo męskie”, inne za piwa produkowane z myślą o kobietach jako wyłącznych ich konsumentkach. Reklamy adresowane do kobiet to głównie reklamy piwa słodkiego, z owocowym posmakiem. Bodajże pierwszym piwem z tego segmentu na rynku polskim było Karmi⁶³⁸ (lżejsze, mniej kaloryczne, z wyczuwalnym posmakiem owocowym), a z czasem regularnie rozszerzano asortyment, dbając również o nadanie temu piwu charakterystycznych cech: wzmocniono kolorystykę, wprowadzono charakterystyczne dla marki elementy opakowania, budowano wizerunek piwa, przy którym kobiety mogą się zrelaksować. Karmi zawdzięczało popularność wielu pomysłowym akcjom skierowanym do grupy docelowej: upominki dla klientów, akcje promocyjne (wraz z towarzyszącym hasłem: „Wiemy, co dla nas dobre”), wprowadzanie wersji limitowanych, jak np. mała smukła puszka o pojemności 0,25 l, czy promowanie go przez piosenkarkę In-Grid (której płytę Karmi sponsorowało).

Po Karmi zaczęły się pojawiać reklamy innych piw, kierowane do kobiet. Kolejną taką ofertą było piwo Redd’s, dostępne w kilku odmianach smakowych. Tutaj również zadbano o promocję w wyjątkowy sposób: wprowadzenie go do sprzedaży poprzedzono badaniami rynku konsumentów i ich upodobań łączenia piwa z sokiem, jego etykiety zostały stworzone w ramach konkursu z udziałem konsumentów, a także sprzedawano je w puszkach o pojemności 330 ml, które były pierwszymi opakowaniami typu *sleek can* (z ang. *sleek* – elegancki) na polskim rynku piwa⁶³⁹.

⁶³⁶ A. Dodziuk, *Nałogowy człowiek...*, op. cit., s. 9.

⁶³⁷ W. Bugajny, *Reklamie alkoholu stanowcze „nie”*, „Problemy Alkoholizmu” 1994, nr 7, s. 10.

⁶³⁸ Informacje w oparciu o: M. Wasilewska-Węgrzyn, *Wypić reklamowane piwo*, <http://ego-spodarka.pl> (dostęp: 22.08.2013); http://pl.wikipedia.org/wiki/Redd%27s#cite_note-6.

⁶³⁹ „Kobiecość w eleganckim stylu i modnych kolorach to propozycja marki Redd’s na nadchodzący sezon. Z myślą o aktywnych i dynamicznych kobietach Redd’s przygotował wyjątkowo zgrabne opakowanie. Nowa puszka w damskim rozmiarze 330 ml jest smukła i lekka, dzięki czemu z łatwością zmieści się w każdej torebce obok ulubionych kosmetyków i innych drobiazgów. «Zgrabna 330 ml» w kolorach Redd’s idealnie pasuje do kobiecej dłoni i doskonale wpisuje się w letnie trendy. (...) Konsumentki piwa Redd’s to nowoczesne kobiety, które

Kolejną kampanię pod nazwą „Grzeczne dziewczynki wiedzą, kiedy przestać” przeprowadził Browar Belgia, producent piwa Gingers⁶⁴⁰. Reklamodawcy chcieli w niej stworzyć wizerunek kobiety odważnej, pewnej siebie, która wie, czego chce. Sam tytuł kampanii miał nawiązywać do książki osadzonej w nurcie feministycznym pt. *Grzeczne dziewczynki idą do nieba, niegrzeczne dziewczynki idą tam, gdzie chcą*.

Reklama, w tym reklama napojów alkoholowych, docierając do potencjalnego, niezdecydowanego lub niedoinformowanego konsumenta, uniformizuje jednostkowe potrzeby, propaguje nowe normy, wzory, wartości i styl życia, konstruując przekaz reklamowy tak, by lansowany w nim obraz świata był uproszczony, stereotypowy oraz by reklamowany produkt wydawał się być niezbędnym elementem podnoszącym wartość samego siebie (bezrefleksyjnego) konsumenta, będącego w posiadaniu tego przedmiotu⁶⁴¹. Koncerny piwowarskie, korzystając z wplecionego w reklamy przekonywania, warunkowania, kuszenia i waloryzowania⁶⁴², nie ustają w poszukiwaniu nowych ofert, które uczynią kobiety ich klientkami. Przykładem jest między innymi Lech Shandy (miks lagera z lemoniadą w proporcjach 50/50) czy Somersby (piwo pomieszczone z napojem owocowym). Produkcji nowych artykułów zawsze towarzyszy odpowiednio przygotowana kampania reklamowa.

Reasumując: jak więc wynika z powyższego wywodu, we współczesnej rzeczywistości istnieje i nabiera mocy wiele czynników mających znaczenie predykatywne dla sięgania po alkohol i uzależniania się od niego, biorących swe źródło z mikro- i makrospołecznych uwarunkowań⁶⁴³.

Opisane wyżej procesy są wyjątkowo silnie widoczne w przestrzeni miast, zwłaszcza dużych miast. Ich intensyfikacji sprzyjają pewne czynniki – wyróżniki środowisk wielkomiejskich. Poznań to przykład typowego dużego miasta, w którym odnaleźć można istnienie formułowanego przez socjologów katalogu cech charakterystycznych dla społeczności miejskiej/wielkomiejskiej⁶⁴⁴. Miasto to więc cechuje złożona struktura społeczna, duża liczba in-

śledzą trendy i nowości rynkowe. Dlatego Redd's stworzył propozycję dla kobiet, które w poszukiwaniu małych przyjemności w wolnej chwili sięgają po swoje ulubione owocowe piwo. Innowacyjne opakowanie, które jest jednocześnie zgrabne i kobiece, będzie poręczne w codziennym, aktywnym życiu” – powiedział Tomasz Kanton, Brand PR manager w Kompanii Piwowarskiej”; za: <http://opakowania.com.pl> (dostęp: 22.08.2013).

⁶⁴⁰ W oparciu o: M. Wasilewska-Węgrzyn, *Wypić reklamowane piwo...*, op. cit.

⁶⁴¹ M. Obrębska, *Psychospołeczne konsekwencje reklamy*, (w:) J. Miluska (red.), *Psychologia rozciągania...*, op. cit., s. 111, 120, 121.

⁶⁴² Tymi czterema drogami reklamy wpływają na wybory jednostek, za: ibidem, s. 116-122.

⁶⁴³ Mowa o tym m.in. w: A. Nowak, *Uwarunkowania i społeczne czynniki patologii społecznej. Wprowadzenie w problematykę seminarium*, (w:) A. Czerkawski, A. Nowak (red.), *Wybrane zagadnienia patologii społecznej – implikacje empiryczne*, Katowice 2008.

⁶⁴⁴ Opis w oparciu o: J. Ziółkowski, *Urbanizacja, miasto, osiedle*, Warszawa 1965; A. Wallis, *Socjologia wielkiego miasta*, Warszawa 1967; K. Frysztański, *Miasta metropolitarne i ich przedmieś-*

stytucji i agend, koncentracja dóbr oraz kumulacja i dostępność do ośrodków informacji, kultury i nauki, stwarzająca bogatszy i pełniejszy zakres możliwości partycypacji w nich i wszechstronnego zaspokajania potrzeb oraz pozostawanie pod potencjalnym wpływem szeregu bodźców stymulujących rozwój zainteresowań i aspiracji. Wielkomiejski tryb życia charakteryzuje się ruchliwością przestrzenną i społeczną. Znamienne dla stosunków międzyludzkich w dużym mieście jest z jednej strony nasilenie styczności przestrzennych i społecznych, z drugiej zaś ich impersonalny, formalny, przelotny, powierzchowny charakter, a także urzeczowione, sfragmentaryzowane i przemijające kontakty społeczne oraz ograniczenie więzi podmiotowych na rzecz więzi rzeczowych skupionych wokół własnych potrzeb, celów i interesów. Koreponduje z tym anonimowość życia i działania, sprzyjająca tolerancji wobec różnic, odmiennych wzorów postępowania, oraz większa łatwość akceptowania nowości i zmian. Gęstość zaludnienia sprzyja przejmowaniu wzorców, zwłaszcza że – jak określiła to Irena Łabudzka – alkoholizm jest chorobą „infekcyjną” przejmowaną w drodze kontaktów społecznych⁶⁴⁵. Ponadto obserwuje się stopniowy zanik instytucji sąsiedztwa, brak tradycji samopomocy, brak wspólnoty celów, wartości i tożsamości kulturowej. Postępujący proces laicyzacji oraz sekularyzacja zachowań obyczajowych wzmacniają emancypację, swobodę i wolność jednostki od rygorystycznej kontroli bezpośredniej (która i tak jest nikła), poddanej jedynie pośredniej kontroli instytucjonalnej, oraz skutkują dominacją postaw przyzwalających i izolacyjnych, czemu sprzyja wielkość wielkomiejskich skupisk. Zatem szerokie możliwości i perspektywy, oferowane przez środowiska wielkomiejskie, mają swoją cenę i zdaje się, że problemy alkoholowe są po części tą ceną, jaką człowiek płaci za postęp, różnorodność i szeroko rozumianą wolność. Atomizacja struktur społecznych, nietrwałość więzi, nadmiar bodźców atakujących jednostkę w szybkim tempie mogą prowadzić do przeciążenia układu poznawczego człowieka, zachwiania równowagi psychicznej i do wytworzenia chronicz-

cia, Kraków 1997; P. Rybicki, *Spółczesność miejska*, Warszawa 1972; M. Malikowski, *Socjologiczne badanie miasta*, Rzeszów 1992; B. Jałowiecki, *Miasto i społeczne problemy urbanizacji*, Warszawa-Kraków 1972; Z.J. Wierzbiński, *Aktywizacja i rozwój społeczności lokalnych*, Wrocław 1973; K. Frysztański, *Organizacja życia społecznego w zbiorowości wielkomiejskiej (studium wybranych grup mieszkalców Krakowa)*, Wrocław 1982; B. Jałowiecki, *Człowiek w przestrzeni miasta*, Katowice 1980; R. Dyoniziak, *Spółczesność w procesie zmian. Zarys socjologii ogólnej*, Kraków 1994; I. Łabudzka, *Zjawisko alkoholizmu na tle...*, op. cit.; K. Przeclawski, *Instytucje wychowania w wielkim mieście*, Warszawa 1971; W. Winclawski, *Typowe środowiska wychowawcze współczesnej Polski*, Warszawa 1976; A. Barczykowska, *Kapitał społeczny a zjawiska patologii społecznej w wielkim mieście*, Kraków 2011; A. Karwińska, *Miejski collage. Wariant postsocjalistyczny*, (w:) A. Majer (red.), *Socjologia miasta – nowe dziedziny badań*, Łódź 2007.

Ogląd wyżej wskazanej literatury w zestawieniu z obserwacjami współczesnych dużych miast pokazuje, że większość znamion środowisk wielkomiejskich pozostaje aktualnymi od lat.

⁶⁴⁵ I. Łabudzka, *Zjawisko alkoholizmu na tle...*, op. cit., s. 176.

nego stresu. Wzrost ambicji i potrzeb, zwielokrotnienie ról i funkcji, dysproporcje pomiędzy realnymi możliwościami a stawianymi wymaganiami przyczyniają się do kumulowania się napięć psychicznych, które mogą znajdować rozładowanie w praktykach alkoholowych. Również wpisany w rytm dużego miasta pośpiech wiąże się z ograniczonymi zasobami wolnego czasu, ich deficyt wzmagą potrzebę, by szybko odpocząć, a alkohol poprzez swoje działanie daje złudzenie natychmiastowego odprężenia. Ponadto niepewność jutra, labilność sytuacji życiowej, budowanie na przekonaniu o tymczasowości egzystencji, „lepienie” biografii z doraźnych decyzji i zachowań, spowodowanych niemożnością planowania i oparcia się na dotychczas obowiązujących pewnikach (jakim np. była praca), intensyfikują tęsknotę za zapomnieniem o codzienności, a owo oderwanie się od rzeczywistości i ulgę przynieść może alkohol. Dostępność wielości atrakcyjnych towarów i korzystna sytuacja materialna sprzyjają konsumpcyjnemu stylowi życia i poszukiwaniu rozrywki, której często składową jest alkohol. Ciągłe atakowanie bodźcami powoduje osłabienie zainteresowania, więc do pobudzenia potrzeba mocniejszych bodźców, stąd kumulacja różnych typów uzależnień, którym sprzyja w dużych miastach znaczna dostępność środków działających odurzająco na organizm człowieka. Alkohol, nad którego spożyciem traci się kontrolę, wkracza i do wielkomiejskich enklaw biedy, i do „wysp luksusu”, do zubożałych domów i do ekskluzywnych apartamentów.

Poznań jako środowisko życia należy także widzieć szerzej – w kontekście przemian społeczno-kulturowych w całym społeczeństwie polskim⁶⁴⁶. Zmieniają się strategie myślenia o formach uczestnictwa społecznego. Obserwuje się unikanie podejmowania decyzji o skutkach perspektywicznych (np. odkładanie decyzji o zawarciu małżeństwa czy urodzeniu dziecka); pojawiają się osobowości mobilne biograficznie. Chociaż Poznań może być widziany jako pole większych możliwości życiowych, to w pewnej części także odzwierciedla dysfunkcjonalność systemu gospodarki narodowej, sytuację ekonomiczną w całym kraju, zwłaszcza biednienie społeczeństwa (i utrwalanie się biedy strukturalnej oraz kultury biedy), osłabienie zabezpieczenia aktualnego i perspektywicznego dobrostanu ekonomicznego, a także niedostatki w sferze pomocy społecznej dla tych, którzy nie są w stanie własnymi siłami przezwyciężyć swoich trudnych sytuacji życiowych, oraz zaniedbania instytucjonalne, patologie instytucji życia społecznego i ich nieporadność.

Zatem cechą miasta jest to, że „jest ono coraz bardziej dynamicznym i złożonym układem przestrzenno-strukturalnym, znajdującym się w ciągłym

⁶⁴⁶ E. Włodarczyk, *Młodzież wobec macierzyństwa i jego kulturowej kreacji*, Poznań 2008, s. 138-139.

rozwoju o ilościowym, względnie jakościowym charakterze, nieustannie powiększającym gamę oferowanych świadczeń, ale także i potrzeb, za którymi nie zawsze nadążają możliwości właściwego ich zaspokojenia”⁶⁴⁷. Jacek Kotus dodaje, że także w przeszłości miasta odbierano jako „zarazem dobre i złe miejsca dla życia człowieka, jako struktury służące rozwojowi ludzkiego geniuszu i pogłębiające dysproporcje społeczne oraz przestrzenne, jako salony społecznych elit i obszary negatywnie marginalne. Zapewne we współczesnych dużych miastach, może nawet we wszystkich miastach, można spotkać równie odmienne barwy miejskości”⁶⁴⁸.

Tak zatem funkcjonujące miasto – ze swoim potencjałem i swoimi dysfunkcjami oraz otwartością na nowości i zmiany, które mogą być zarówno ożywcze, jak i zgubne – tworzy splot warunków dla życia ich mieszkańców i sprzyjający grunt do powstawania zjawisk o charakterze patologicznym, w tym problemów alkoholowych zaliczanych do zjawisk pozostających w związku z procesami urbanizacji i jego skutkami. „W warunkach współczesnego miasta, ze względu na wzrastającą różnorodność kulturową, procesy polaryzacji społeczno-ekonomicznej, te negatywne zjawiska stają się nieusuwalnym niemal elementem życia miejskiego, co sprzyja narastaniu i utrzymywaniu się problemów społecznych w mieście”⁶⁴⁹. W efekcie tego „można przypuszczać, że napięcia psychiczne i problemy przystosowania wiążące się z wielkomiejskim stylem życia znajdują w pewnym stopniu rozładowanie w patologicznym piciu”⁶⁵⁰, ale także już we wcześniejszych fazach picia alkoholu, zanim takim się stanie.

Nie ulega więc wątpliwości, że środowiska wielkomiejskie ze względu na swoje specyficzne cechy mogące mieć charakter patogenny tworzą specyficzne warunki ku temu, by problem alkoholowy osób w każdym wieku i obu płci powstawał, istniał i utrzymywał się. Uzasadnia to eksploracje zainspirowane jednym z przyjętych w niniejszej pracy szczegółowych problemów badawczych, który dotyczy znaczenia – w kreowaniu i ograniczaniu problemu alkoholowego w badanym środowisku – czynnika kulturowego, a zwłaszcza praktykowanej obyczajowości wzorowanej medialnie, eksponującej ludyczny styl życia. Trzeba jednak mieć na uwadze, że używanie i nadużywanie alkoholu oraz uzależnienie od niego warunkowane są wielopoziomowo: na poziomie makrostrukturalnym, mikrostrukturalnym (mikrostruktur społecznych, w których człowiek funkcjonuje) oraz indywidualnym.

⁶⁴⁷ J. J. Parysek, *Współczesne miasta i problemy...*, op. cit., s. 9.

⁶⁴⁸ J. Kotus, *Spoleczne dylematy w przestrzeni miejskiej*, Poznań 2005, s. 14-15.

⁶⁴⁹ A. Karwińska, *Miasto jako obszar kryzysogeny. Możliwości przeciwdziałania negatywnym zjawiskom*, (w:) eadem, (red.), *Problemy społeczne jako wyzwania dla polityki społecznej w Polsce*, Kraków 2013, s. 30.

⁶⁵⁰ I. Łabudzka, *Zjawisko alkoholizmu na tle...*, op. cit., s. 6.

4.3. Kobiety z problemem alkoholowym w polu zainteresowania instytucji wsparcia w Poznaniu

Skoro wniosek jest jednoznaczny: problemem jest używanie i nadużywanie alkoholu przez kobiety, to należy odpowiedzieć na pytanie, jak problem ten przenika do świadomości społecznej i jak społeczeństwo mobilizuje się do rozwiązania tego problemu – doraźnie lub trwale – w postaci funkcjonujących już instytucji pomocowych?

Pierwsze na ziemiach polskich zakłady leczenia alkoholików powstały w zaborze pruskim (w 1905 roku, w Gościejowicach koło Rogoźna)⁶⁵¹. Prekursori okazał się tu Poznań – to w nim, z inicjatywy Pawła Gantkowskiego, w 1907 roku powstała pierwsza poradnia tego typu na naszych ziemiach⁶⁵². Także w okresie PRL Poznań był szczególnie miastem na mapie polskich inicjatyw trzeźwościowych, to w nim powstały i zafunkcjonowały: pierwsze Koło Samopomocy Pacjentów – załóżek późniejszego Klubu Abstynenta (1950 rok), Stowarzyszenie „Trzeźwość” (w którego składzie był między innymi znany socjolog Zbigniew Wierzbicki czy neurolog Witold Biernacki), pismo „Trzeźwość” (które później przekształciło się w czasopismo o zasięgu ogólnopolskim „Zdrowie i Trzeźwość”), pierwsza grupa AA w Polsce (1974 rok), Tymczasowa Służba Anonimowych Alkoholików, a następnie Biuro Usług Ogólnych (1982 rok) oraz pierwszy Ogólnokrajowy Zjazd AA z udziałem przedstawicieli 34 grup AA (1984 rok)⁶⁵³.

Poznań, mając tak znakomite, ponadstuletnie tradycje pomagania osobom uwikłanym w alkoholizm, również współcześnie podejmuje wiele działań instytucjonalnych, adresowanych do kobiet (i mężczyzn) kwalifikowanych jako uzależnione (uzależnieni) od alkoholu. W większości są to typowe instytucje pomocowe w problemie alkoholowym kobiet i mężczyzn, wpisane w pejzaż wielu polskich (nie tylko dużych) miast, z właściwymi sobie przyjętymi w Poznaniu rozwiązaniami⁶⁵⁴.

Ze względu na to, że Poznań jest miastem wojewódzkim, jest w nim ulokowany Departament Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Woje-

⁶⁵¹ Za: J. Moskalewicz, *Polityka społeczna wobec...*, op. cit., s. 26.

⁶⁵² Za: B.T. Woronowicz, *Kierunki rozwoju lecznictwa odwykowego w Polsce (dotychczasowe osiągnięcia i zadania na przyszłość)*, (w:) *Masz wybór. Materiały pokonferencyjne poświęcone problematyce uzależnień*, Poznań 2008, s. 10.

⁶⁵³ Informacje za: M. Matuszewska, *Moi przyjaciele Anonimowi Alkoholicy*, (w:) W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Poznań 2004, s. 17; M. Matuszewska, *Pole do zaorania*, (w:) W. Braniecki (red.), *Cud przemiany...*, op. cit., s. 31-32; D. Sasal, *Zaczęło się w Poznaniu i na Śląsku*, „Świat Problemów” 2003, nr 4, s. 15.

⁶⁵⁴ Przywoływane poniżej dane, ilustrujące omawianą kwestię, dotyczą wyłącznie dekady 2004-2013, zgodnie z przyjętymi problemami i hipotezami badawczymi.

wództwa Wielkopolskiego. Realizuje on zadania dotyczące programowania i organizowania opieki zdrowotnej na terenie województwa wielkopolskiego, inicjowania i koordynowania działań z zakresu promocji zdrowia, wychowania zdrowotnego, zapobiegania i zwalczania chorób o znaczeniu społecznym, a także zadania w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy. Jedną z jego komórek organizacyjnych jest Wydział Przeciwdziałania Uzależnieniom, do którego zadań należy m.in.: bieżąca współpraca z gminami i powiatami w zakresie realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; tworzenie bazy danych, niezbędnych w realizacji zadań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przez wszystkie podmioty wskazane przez Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; zbieranie corocznych sprawozdań z realizacji przez gminy z terenu województwa *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* i przekazywanie ich do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; wspieranie ponadlokalnych i regionalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; prowadzenie bazy danych na temat placówek leczenia odwykowego oraz struktur samopomocowych; współpraca z Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Poznaniu w zakresie funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej nad osobami uzależnionymi od alkoholu; współpraca z organizacjami pozarządowymi w zakresie rozwiązywania problemów uzależnień; organizacja i prowadzenie szkoleń dla pełnomocników/koordynatorów gmin oraz przedstawicieli wybranych grup zawodowych (liderów) w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień; współpraca w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z organizacjami międzynarodowymi; opracowywanie i realizacja zadań wynikających z wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; wdrażanie kampanii społecznych realizowanych przy współudziale PARPA; współpraca z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej realizującymi zadania z zakresu uzależnień, podległymi samorządowi województwa wielkopolskiego⁶⁵⁵.

Ponadto w strukturze Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego znajduje się Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia, a w jego ramach – Oddział Zdrowia, w którego zakresie działania mieści się kwestia zdrowia (lecz – w kontekście problemów alkoholowych – raczej głównie rejestrowanie i kontrolowanie

⁶⁵⁵ *Regulamin organizacyjny Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu. Załącznik do Zarządzenia Nr 26/2016 Marszałka Województwa Wielkopolskiego z dnia 9 maja 2016 r.*

podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa)⁶⁵⁶. Z danych zebranych przez WUW w zestawieniu zatytułowanym *Informator liczbowy ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za 2013 rok (wybrane zagadnienia)* wynika, że w 2013 roku liczba kobiet leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w samym Poznaniu wynosiła 1072 (na 3854 osoby ogółem w Poznaniu; w całym województwie wielkopolskim: 3557 kobiet w grupie 14 508 osób obojga płci)⁶⁵⁷.

W strukturach Urzędu Miasta Poznania problem uzależnienia od alkoholu znajduje się w polu zainteresowania Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych, który prowadzi sprawy dotyczące: ochrony, promocji i profilaktyki zdrowia, wsparcia rodziny, polityki społecznej oraz przeciwdziałania alkoholizmowi. Do zadań będącego jego częścią i istniejącego w badanym okresie Oddziału Zdrowia Publicznego⁶⁵⁸ należało m.in.: 1) tworzenie, wdrażanie i realizacja programów zdrowotnych i promujących zdrowie, w tym Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2) inicjowanie, organizowanie i koordynowanie działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, w tym przeciwdziałania uzależnieniom, mających na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; 3) współdziałanie z instytucjami i organizacjami pozarządowymi w zakresie identyfikacji problemów i potrzeb zdrowotnych poznaniaków; 4) współpraca w zakresie ochrony zdrowia, w tym zapobiegania chorobom, promocji zdrowia i przeciwdziałania uzależnieniom, z jednostkami pomocniczymi miasta Poznania, organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami działającymi w tym obszarze; 5) wykonywanie czynności związanych ze zlecaniem organizacjom pozarządowym oraz innym podmiotom uprawnionym realizacji zadań publicznych z zakresu ochrony i promocji zdrowia, w tym przeciwdziałania uzależnieniom, oraz sprawowanie nadzoru merytorycznego nad ich wykonaniem i rozliczeniem; 6) udzielanie informacji o możliwości uzyskania pomocy

⁶⁵⁶ *Regulamin organizacyjny Wydziału Polityki i Zdrowia. Załącznik do Zarządzenia Nr 3/16 Dyrektora Generalnego Wielkopolskiego Urzędu Wielkopolskiego w Poznaniu z dnia 19 stycznia 2016 r.*

⁶⁵⁷ Źródłem danych prezentowanych w niniejszej publikacji są materiały statystyczne podmiotów sprawozdających z terenu województwa wielkopolskiego zebrane w ramach programu statystyki publicznej, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia, zawarte w publikacji: *Informator liczbowy ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za 2013 rok (wybrane zagadnienia)*, Poznań 2014, s. 54.

⁶⁵⁸ Na podstawie *Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Miasta Poznania* stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 43/2016/K Prezydenta Miasta Poznania z dnia 6 października 2016 r. w sprawie *Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Miasta Poznania* zmieniła się struktura organizacyjna Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych i obecnie opisywany oddział już nie istnieje.

osobom uzależnionym i ich rodzinom; 7) obsługa administracyjna Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Poznaniu.

Każdego roku uchwałą Rady Miasta Poznania zostaje przyjęty *Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*. Z corocznie przygotowywanych sprawozdań z jego realizacji wynika, że na terenie Poznania podejmowane są pewne inicjatywy, wynikające z priorytetowych zadań przewidzianych do wykonania na dany rok kalendarzowy w ramach MPPiRPA. Na przestrzeni ostatnich kilku lat podjęto i nadzorowano następujące zadania: zapewnienie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu; udzielanie pomocy psychospołecznej i prawnej rodzinom, w których jest obecny problem alkoholowy; pomocy psychospołecznej i prawnej; realizacja programów przeciwdziałania uzależnieniom adresowanych do uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, a także programów wsparcia (z elementami profilaktyki i terapii) dla dzieci i młodzieży wychowywanych w rodzinach z problemem alkoholowym (przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, przez ośrodki sportu i rekreacji, przez świetlice socjoterapeutyczne); prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie bezpiecznego używania alkoholu, propagowania idei wstrzemięźliwej konsumpcji alkoholu oraz w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych; podejmowanie interwencji lub dofinansowanie programów dotyczących podejmowania interwencji w związku z nieprzestrzeganiem zapisów *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*; finansowanie, dofinansowywanie i wspomaganie działalności instytucji, organizacji pozarządowych skierowanej na rozwiązywanie problemów alkoholowych; wspieranie zatrudnienia socjalnego osób uzależnionych od alkoholu lub narażonych na wystąpienie problemu uzależnienia od alkoholu; monitorowanie efektywności podjętych działań⁶⁵⁹.

Podległą Wydziałowi Zdrowia i Spraw Społecznych UM jest Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (obejmująca terytorium całego Poznania, scalona w 2004 roku z pięciu gminnych komisji). W ramach Wydziału trzy spośród czterech zespołów zajmują się motywowaniem do podjęcia leczenia, zaś czwarty wydaje opinie i kontroluje punkty sprzedaży napojów alkoholowych. Poniższe zestawienie ilustruje dynamikę spraw prowadzonych przez poznańską MKRPA na przestrzeni dekady liczonej od 2004 roku.

⁶⁵⁹ Zestawienie zadań na podstawie analizy sprawozdań z realizacji *Miejskich Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*.

Zestawienie 3. Liczba spraw prowadzonych przez Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Poznaniu w latach 2004-2013

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba zarejestrowanych wniosków o zastosowanie leczenia - ogółem	701	685	598	660	573	495	478	481	545	500
Liczba zarejestrowanych wniosków o zastosowanie leczenia wobec kobiet	121	125	115	128	136	105	116	112	122	129
Liczba zaproszonych uzależnionych osób	2322	2479	2394	2250	2200	2444	2352	2174	2616	2728
Liczba przeprowadzonych rozmów motywujących do podjęcia leczenia	950	1279	1131	1134	1157	1294	1407	1318	1597	1911
Liczba wystąpień Komisji do Sądu Rejonowego z wnioskiem o zastosowanie przymusowego leczenia odwykowego - ogółem	319	300	362	338	318	277	204	137	221	152
Liczba wydanych przez Sąd Rejonowy postanowień o przymusowym leczeniu - ogółem	296	251	209	216	179	210	174	159	174	172
Liczba dzieci i młodzieży w rodzinach zgłoszonych do Komisji	241	229	310	221	176	249	152	183	89	158

Źródło: zestawienia statystyczne Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Jak wynika z powyższego zestawienia, liczba zarejestrowanych wniosków o zastosowanie leczenia wobec kobiet w latach 2004-2013 stanowiła od 17 do 24% ogólnej liczby zarejestrowanych wniosków o zastosowanie leczenia.

Jak w każdym mieście wojewódzkim, także w Poznaniu działa Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia. Jego zadania określa § 10.2 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całonocne oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organiza-*

*cjami społecznymi*⁶⁶⁰. Są to w szczególności: „1) monitorowanie funkcjonowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w zakresie dostępności świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu na terenie województwa; 2) ocena jakości świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu udzielanych na terenie województwa oraz przygotowanie wniosków i zaleceń w tym zakresie, w tym wnioskowanie o konieczności podjęcia doskonalenia zawodowego pracowników; 3) opiniowanie wojewódzkich strategii i planów w zakresie zdrowia publicznego; 4) udzielanie konsultacji podmiotom leczniczym prowadzącym placówki oraz innym podmiotom zajmującym się rozwiązywaniem problemów alkoholowych; 5) prowadzenie działalności metodyczno-organizacyjnej w zakresie zbierania i opracowywania danych statystycznych dotyczących rozpowszechnienia uzależnienia od alkoholu i związanych z nim problemów oraz leczenia uzależnienia od alkoholu na terenie województwa, a także ocena tych danych; 6) inicjowanie i realizacja działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w placówkach, w tym organizowanie staży i szkoleń; 7) inicjowanie i prowadzenie działań podnoszących kompetencje zawodowe osób współdziałających z placówkami w realizacji zadań programowych; 8) współpraca z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz wojewódzkim konsultantem do spraw psychiatrii i wojewódzkim konsultantem do spraw psychologii klinicznej”.

Corocznie poznański WOTUW wywiązuje się z zadania przesłania do PARPA zestawień zbiorczych – danych statystycznych gromadzonych z placówek leczenia uzależnień z terenu województwa (przytoczone tu dane zostały stamtąd zaczerpnięte). Z danych obejmujących środowisko poznańskie w 2014 roku wynika, że w poradniach leczenia uzależnień zanotowano obecność 887 kobiet ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu (F10.2 – wg ICD 10), w tym: 109 kobiet mieściło się w grupie wiekowej od 19. do 29. roku życia, 750 kobiet – w przedziale wiekowym od 30. do 64. roku życia, a pozostałe 77 kobiet – powyżej 65. roku życia. Po raz pierwszy pacjentkami była niemal połowa z nich (401 kobiet). Program podstawowy rozpoczęło 396 kobiet, a zakończyło 227. Program ponadpodstawowy rozpoczęło 190 kobiet, a ukończyły go 153 kobiety. Problem używania kilku substancji psychoaktywnych dotyczył 59 kobiet leczących się w poradniach uzależnień. Również

⁶⁶⁰ § 10.2 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (Dz.U. z 2012 r. poz. 734).

w 2014 roku na oddziałach dziennych zlokalizowanych w Poznaniu terapię podjęły 84 kobiety zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu (między 19. a 29. rokiem życia – 4 kobiety, między 30. a 64. rokiem życia – 76 kobiet, powyżej 65. roku życia – 4 kobiety), natomiast 5 kobiet dotyczyło uzależnienie od kilku substancji psychoaktywnych. Program podstawowy rozpoczęły 84 kobiety (z czego 51 kobiet uczyniło to po raz pierwszy), a zakończyły 52 pacjentki.

Podstawową formą pomocy dla osób uzależnionych jest działalność poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia / poradni leczenia uzależnień. Przyjęcia do nich odbywają się bez skierowania, a leczenie jest bezpłatne (finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, nawet dla osób uzależnionych, które nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego). Generalnie program pracy jest w nich zbliżony: program terapii obejmuje program podstawowy, którego cele skoncentrowane są na uczeniu podstawowych umiejętności sprzyjających utrzymaniu abstynencji, identyfikacji uzależnienia, uczeniu podstawowych umiejętności ważnych dla utrzymywania trzeźwości oraz rozpoznawaniu działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia, natomiast program zaawansowany to dalsza praca nad rozwiązywaniem problemów osobistych, uczeniem umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia, rozwijanie umiejętności społecznych, praca nad rozwojem osobistym. Zajęcia odbywają się w formie zajęć grupowych, uzupełnianych terapią indywidualną. W niektórych poradniach istnieje możliwość skorzystania z konsultacji psychiatrycznej.

Ambulatoryjny charakter udzielania pomocy przez poradnie/ośrodki leczenia uzależnień wspiera istnienie oddziałów dziennych terapii. Przyjęcie na oddział wymaga skierowania od lekarza – może je wydać lekarz poradni uzależnień lub lekarz rodzinny. Program terapeutyczny na oddziale trwa przeciętnie osiem tygodni; zajęcia terapeutyczne odbywają się codziennie od poniedziałku do piątku przez 5-6 godzin. Pacjenci mają zapewnioną możliwość konsultacji ze specjalistą psychoterapii uzależnień, z lekarzem psychiatrą, posiłek oraz możliwość uzyskania zwolnienia lekarskiego na czas trwania leczenia na oddziale dziennym.

W związku z sądowym zobowiązaniem osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego⁶⁶¹ do dyspozycji poznaniaków jest ZOZ Zakład

⁶⁶¹ Podstawę prawną zobowiązania do leczenia stanowią art. 24-36 z *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 48). Taką procedurę wdraża się wobec osób uzależnionych od alkoholu, które w związku z nadużywaniem go powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny. Zgłoszenie takiej osoby kieruje się do gminnej lub miejskiej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, właściwej dla miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której dotyczy postępowanie, a ta wszczyna postępowanie według określonej procedury.

Leczenia Uzależnień w Charcicach, a w nim całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu / leczenia uzależnień i oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. O potrzebie terapii w warunkach szpitalnych decyduje terapeuta lub lekarz poradni leczenia uzależnień. Na leczenie w wyznaczonym terminie należy zjawić się trzeźwym, ze skierowaniem od lekarza rodzinnego bądź psychiatry oraz aktualnym dokumentem potwierdzającym prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. W zależności od stanu psychofizycznego i rodzaju uzależnienia następuje skierowanie bądź na oddział detoksykacyjny, bądź terapeutyczny. Pobyt trwa sześć tygodni i wypełniony jest sesjami terapii grupowej, społeczności terapeutycznej, indywidualnymi rozmowami z terapeutami, pracą własną, medytacją i mityngami grupy AA. Po skończonej terapii odbywają się: spotkania absolwentów raz na miesiąc, trzydniowe sesje nawrotów choroby raz na miesiąc oraz dwutygodniowe Osobiste Programy Terapii dla osób w kryzysie, nawrocie, chcących uaktualnić wiedzę i motywację.

Inne możliwości leczenia oferuje, mieszczący się w Rożnowicach, gdzie znajduje się Wielkopolskie Centrum Pomocy Bliźniemu – Monar Markot, całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu / leczenia uzależnień, z którego korzysta wielu mieszkańców Poznania. Placówka ta oferuje terapię krótko- i długoterminową. Pierwsza z nich to program dla osób uzależnionych od alkoholu i innych środków psychoaktywnych, gdzie przyjmowani są pacjenci od 35. do ok. 55. roku życia (z możliwością wydłużenia górnej granicy wiekowej w uzasadnionych przypadkach); czas trwania całego cyklu terapeutycznego to ok. osiem tygodni (z możliwością przedłużenia o tydzień); model pracy opiera się na terapii grupowej, behawioralno-poznawczej, bazującej na ćwiczeniu umiejętności interpersonalnych i konstruktywnych zachowaniach pacjentów, odwołujących się do założeń psychologii humanistycznej, modelu Minnesota oraz modelu społeczności terapeutycznej. Natomiast terapia długoterminowa to program dla osób uzależnionych od narkotyków, alkoholu i innych środków psychoaktywnych, do którego przyjmowani są pacjenci pełnoletni do ok. 35. roku życia (z możliwością wydłużenia w uzasadnionych przypadkach górnej granicy wiekowej); cały cykl terapeutyczny trwa od 10 do 12 miesięcy (z możliwością przedłużenia maksymalnie o sześć tygodni); model pracy opiera się na tradycyjnej dla Monaru metodzie społeczności terapeutycznej; praca terapeutyczno-wychowawcza nakierowana jest nie tylko na problem uzależnienia, ale przede wszystkim na zmianę postawy wobec siebie i otoczenia oraz naukę umiejętności potrzebnych do wypełniania zadań związanych z codziennym życiem. Ośrodek proponuje także cenną możliwość czasowego zamieszkania w hostelu i aktywnego poszukiwania pracy po zakończeniu terapii.

Od stycznia 2011 roku w Poznaniu istnieje również hostel dla osób uzależnionych i ich rodzin, działający w ramach struktur Miejskiego Centrum

Interwencji Kryzysowej, finansowany przez Urząd Miasta Poznania. W założeniu miał być placówką tylko dla uzależnionych kobiet i ich dzieci, obecnie jednak przyjmuje zarówno kobiety, jak i mężczyzn wraz z dziećmi, dysponując 5 pokojami dla łącznie 15 osób. Dużym plusem jest możliwość przebywania rodziców z dziećmi, także tych, którym ograniczono prawa do opieki nad nimi, co daje możliwość odbudowy ich relacji. Osoby starające się o przyjęcie do hostelu muszą spełnić kilka wymogów: posiadać obecny lub ostatni meldunek na terenie Poznania, mieć ukończone leczenie stacjonarne lub pozostawać w trakcie leczenia w poradni leczenia uzależnień bądź na oddziale dziennym, utrzymywać abstynencję przez co najmniej dwa miesiące poprzedzające wprowadzenie się do hostelu oraz mieć rzeczywistą motywację do leczenia i zmiany swojego życia. Przeciwwskazaniem do zamieszkania w hostelu jest występowanie chorób i zaburzeń psychicznych wymagających opieki medycznej lub pielęgniarskiej, zaś warunkiem koniecznym jest pełnoletność oraz potencjalna możliwość podjęcia przez osobę uzależnioną pracy zarobkowej. Zatrudnieni są tu psycholodzy, psychoterapeuta osób uzależnionych i współuzależnionych, pracownik socjalny i pedagog, a pomoc udzielana jest w różnych obszarach: zawodowym, terapeutycznym, odbudowy życia rodzinnego. Celem jest wsparcie, ale z pozostawieniem i wzmocnieniem poczucia sprawczości. W zamyśle pomysłodawczyni ma to być miejsce, w którym wspiera się osoby, aby w bezpiecznych warunkach mogły wrócić do pełnienia ról społecznych. Działalność hostelu jest wyjątkowa: składa się na nią pomoc ambulatoryjna i stacjonarna osobom uzależnionym i ich bliskim, a wszystkie działania mają na celu stworzenie warunków do podjęcia lub kontynuowania leczenia uzależnienia od alkoholu i radzenia sobie z problemami z nim związanymi. Dzięki zaoferowaniu pomocy w trybie ambulatoryjnym możliwe są: informowanie o możliwości podjęcia terapii, uzyskania schronienia oraz szeroko rozumianego wsparcia dla osób uzależnionych, które nie spełniają kryteriów przyjęcia do hostelu, zgłaszających się osób współuzależnionych i DDA oraz motywowanie ich do zgłoszenia się po pomoc do odpowiedniej placówki; udzielenie wyżej wymienionej pomocy także rodzinom osób, które przebywają w hostelu; proces analizy przez osobę uzależnioną chcącą zamieszkać i pracowników zasadności zamieszkania w hostelu; pomoc dla osób, które zakończyły leczenie stacjonarne w hostelu w postaci indywidualnych konsultacji z pracownikami różnych specjalności. Pomoc prowadzona w trybie ambulatoryjnym pozwala maksymalizować efekty działań podejmowanych w trybie stacjonarnym. Drugi program – w trybie stacjonarnym – niesie ze sobą korzyści w postaci: pogłębienia i utrwalenia zmian zaistniałych w procesie leczenia uzależnienia w warunkach szpitalnych, leczenia stacjonarnego czy poradnianego; rozwoju wielu osobowościowych

i praktycznych zasobów danej osoby, które wykorzysta między innymi dla utrzymania dalszej abstynencji; daje czas na podjęcie powyższych działań w bezpiecznych warunkach, dzięki czemu osoba może rozwinąć swoje umiejętności i przygotować się do zastosowania ich w warunkach bardziej ryzykownych (powrót do swojego środowiska rodzinnego, towarzyskiego czy pracowniczego zwiększa ryzyko złamania abstynencji); daje schronienie leczącym się osobom uzależnionym, pozbawionym go z przyczyn rodzinnych i finansowych; pozwala na kontynuację i uzupełnienie psychologicznych oddziaływań zapobiegających złamaniu abstynencji w warunkach stacjonarnych wraz z możliwością opieki nad swoimi dziećmi i pracy nad rozwojem umiejętności w tym zakresie. Pomoc oferowana w ramach programu jest wszechstronna; zawiera stałe elementy, a jednocześnie zostawia wiele miejsca na uzupełnienie ich poprzez realizację indywidualnych potrzeb danej osoby. Wykorzystuje się pożytek płynący z grupowych form pomocy oraz maksymalizuje możliwości ujawnienia się wszelkich trudnych kwestii poprzez współpracę indywidualną. Przywiązuje się dużą wagę do samorealizacji mieszkańców hostelu, a w spotkaniach społeczności docenia się potencjał korzystny dla procesu zdrowienia. Silnie akcentowane jest usamodzielnianie osób. Pobyt może trwać maksymalnie rok, ale bywa skrącany, gdy osoby nie podejmują pracy i/lub terapii, nie próbują zmieniać swojego życia (comiesięczne kontrakty i podsumowywanie pobytu są okazją do weryfikacji sensu przebywania w hostelu). Ta forma działania nastawiona jest na kompleksową pomoc, która ma sprzyjać podejmowaniu przez mieszkańców hostelu czynności zmierzających do usamodzielnienia się w środowisku lokalnym. Co istotne, odroczenie usamodzielnienia się połączone ze wszechstronną pomocą zwiększa szanse na utrzymanie abstynencji, a tym samym zmniejsza ryzyko konieczności kolejnych terapii. W ramach pomocy ambulatoryjnej proponuje się także pomoc dla osób, które zakończyły pobyt w hostelu – mogą one skorzystać z porad indywidualnych udzielanych przez pracowników hostelu w zależności od potrzeb byłego mieszkańca, a także istnieje możliwość otrzymania ubrań lub zabawek dla dzieci, jeśli hotel aktualnie nimi dysponuje.

Obraz poznańskiego problemu alkoholowego kobiet dopełniłyby zestawienia statystyczne sporządzone przez Oddział Wielkopolski Narodowego Funduszu Zdrowia. Niestety, pomimo dwukrotnie wystosowanej prośby, nie zostały one udostępnione.

Z dniem 31 marca 2009 roku zakończyła działalność – jako podmiot będący zakładem budżetowym – Izba Wytrzeźwień. Po pracach modernizacyjno-remontowych (które wymusiły zmniejszenie w tym okresie liczby miejsc dla osób nietrzeźwych, a co się z tym wiąże – spadek liczby przyjętych osób) utworzono Centrum Redukcji Szkód i Wczesnej Interwencji Terapeutycznej

dla Osób Uzależnionych od Alkoholu i Używających Alkoholu w Sposób Szkodliwy. Po kolejnej zmianie nazwy obecnie jest to Ośrodek dla Osób Nietrzeźwych przy Wielkopolskim Centrum Pomocy Bliźniemu Monar-Markot, liczący 35 miejsc. Zgodnie z art. 39 pkt 2 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁶⁶² do zadań izby wytrzeźwień należą: sprawowanie opieki nad osobami w stanie nietrzeźwości; wykonywanie wobec nich zabiegów higieniczno-sanitarnych; udzielanie im pierwszej pomocy; prowadzenie detoksykacji, jeżeli izba wytrzeźwień posiada odpowiednie pomieszczenie, urządzenia, wyposażenie i wykwalifikowany personel, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 42³ ust. 5; informowanie osób przyjętych do izby wytrzeźwień o szkodliwości spożywania alkoholu oraz motywowanie ich do podjęcia leczenia odwykowego; współpraca z właściwymi gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych, podmiotami określonymi w art. 21 ust. 1 oraz innymi instytucjami i organizacjami, których działalność ma na celu przeciwdziałanie problemom alkoholowym i ich skutkom. Zamieszczone poniżej zestawienie statystyczne ilustruje przyjęcia do tego ośrodka w kolejnych latach jego istnienia.

Zestawienie 4. Liczba osób przyjętych do poznańskiego ośrodka pełniącego funkcję izby wytrzeźwień w latach 2004-2013

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba przyjętych, w tym:	10 562	10 288	8 758	7 362	6 884	1 297	6 975	7 106	7 662	7 946
- kobiet	803	742	676	584	502	97	593	411	507	514
- mężczyzn	9 759	9 546	8 033	6 778	6 311	1 195	6 346	6 695	7 155	7 401
- nieletnich	71	91	49	77	71	5	36	44	37	31

Źródło: zestawienia statystyczne Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Ośrodka dla Osób Nietrzeźwych

Z zestawienia 4 wynika, że kobiety w okresie od 2004 do 2013 roku stanowiły od 5,7 do 8,5% całej populacji osób zatrzymanych w ośrodku do wytrzeźwienia.

Kobiety uwikłane w uzależnienie alkoholowe pojawiają się także w polu działań Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, który jest jednostką organizacyjną miasta Poznania, realizującą zadania z zakresu pomocy i integracji spo-

⁶⁶² *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

łecznej, wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych, funkcjonującą w sześciu filiach. Funkcje podejmowanej tam pracy socjalnej wiążą się między innymi z orientowaniem, identyfikowaniem i rozwiązywaniem kwestii społecznych oraz ludzkich problemów, a także z monitoringiem kwestii społecznych w wymiarze indywidualnym i zbiorowym.

Z danych zgromadzonych przez Sekcję Planowania i Analiz w poznańskim MOPR wynika, że na przestrzeni ostatniej dekady liczba mieszkańców Poznania objętych pomocą społeczną wahała się pomiędzy 22 tys. osób (najniższy wskaźnik w 2008 roku) a 37,8 tys. osób (najwyższy wskaźnik w 2003 roku). Szczegółowe dane przedstawia poniższe zestawienie.

Zestawienie 5. Liczba mieszkańców Poznania objęta świadczeniami pomocy społecznej w latach 2004-2013

Rok	Liczba osób korzystających z różnych świadczeń pomocy społecznej	Część procentowa ogółu mieszkańców Poznania
2004	31 358	5,50
2005	28 122	4,93
2006	27 419	4,80
2007	25 883	4,60
2008	22 007	4,00
2009	26 131	5,00
2010	26 612	4,80
2011	26 133	4,90
2012	25 441	4,82
2013	26 960	5,15

Źródło: zestawienia statystyczne MOPR w Poznaniu

Jedną z przesłanek udzielania świadczeń pomocy społecznej jest alkoholizm. Zestawienie 6 ilustruje dynamikę zmian w zakresie liczby rodzin i osób z tych rodzin ubiegających się o świadczenia pomocy społecznej w Poznaniu. Trzeba jednak mieć na względzie fakt, że w zestawieniach uwzględniane są wszystkie problemy, jakie występują w rodzinie, co oznacza, że jedna rodzina mogła korzystać z pomocy z powodu kilku przesłanek, a także to, że zdiagnozowany problem alkoholowy dotyczył i kobiet, i mężczyzn.

Zestawienie 6. Liczba rodzin i liczba osób w rodzinach poznańskich korzystających z pomocy przyznanej przez poznański MOPR z powodu alkoholizmu w latach 2004-2013

Rok	Liczba rodzin korzystających z różnych świadczeń pomocy społecznej z powodu alkoholizmu	Liczba osób w rodzinach korzystających z różnych świadczeń pomocy społecznej z powodu alkoholizmu
2004	831	1912
2005	874	1533
2006	992	1775
2007	789	1346
2008	588	1017
2009	587	1118
2010	619	1080
2011	602	1018
2012	620	brak danych
2013	676	brak danych

Źródło: zestawienia statystyczne MOPR w Poznaniu

Niestety na podstawie zestawień statystycznych nie sposób wykazać, jaką liczbę spośród poznańskich klientów MOPR stanowiły kobiety mające problem alkoholowy (zdiagnozowany, nie wspominając o ukrytym, jeszcze zaprzeczonym).

We współczesnej praktyce pracy socjalnej wyróżnić można, za Tomaszem Kaźmierczakiem, trzy grupy ról pełnionych przez pracowników socjalnych: 1) uprawianie tzw. klinicznej pracy socjalnej, obejmujące wiele modeli oddziaływań interwencyjnych (terapeutycznych) adresowanych do osób doświadczających trudności życiowych i mających problemy z funkcjonowaniem społecznym, których celem jest wywołanie (rozwiniecie) i wzmocnienie ich zdolności adaptacyjnych i/lub sprawczych; 2) usytuowanie pracownika socjalnego jako ogniwa pośredniczącego między klientami a systemami dysponującymi zasobami niezbędnymi do zaspokojenia ich potrzeb; 3) organizowanie społeczności lokalnej (tzw. makropraktyka), gdzie klientem jest społeczność⁶⁶³. W kontekście problemu alkoholowego (bez względu na płeć dotkniętych nim osób) najbardziej wartościowym byłoby łączenie tych trzech grup ról – oddziaływanie, jak chciała Helena Radlińska, na osobę oraz poprzez jej otoczenie, ale w praktyce oferta ta jest bardziej uboga. W grupie zadań realizowanych przez poznański MOPR, w ramach środowiskowej pomocy spo-

⁶⁶³ T. Kaźmierczak, *Praca i praktyka środowiskowa – szkic o doświadczeniach brytyjsko-amerykańskich*, (w:) M. Grewiński, B. Skrzypczak (red.), *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, Warszawa 2011, s. 69-70.

łecznej, mieści się pomoc rodzinom, w których występuje problem alkoholowy, obejmująca: prowadzenie programu diagnostyczno-terapeutycznego dla tych rodzin, tworzenie grup wsparcia z elementami psychoedukacji dla współzależniowanych członków rodzin, pomoc rodzinom w rozwiązywaniu problemów opiekuńczo-wychowawczych oraz organizacja specjalistycznego wypoczynku letniego dla dzieci⁶⁶⁴.

Co roku w ramach zadań własnych gminy poznański MOPR w planach wydatków umieszcza pozycję „przeciwdziałanie alkoholizmowi”; dla przykładu: w 2014 roku planowano wydać na ten cel 702 860 zł⁶⁶⁵.

W Poznaniu przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie realizowany jest Program Wsparcia Rodziny, finansowany ze środków Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Poznaniu. Oferuje on bezpłatną, profesjonalną pomoc psychologiczną, pedagogiczną i terapeutyczną skierowaną do różnych grup klientów – mieszkańców miasta Poznania, w zależności od wieku i aktualnie przeżywanych problemów, a zatem – potencjalnie – również do kobiet borykających się z własnym problemem alkoholowym. Konsultanci oferują wsparcie i poradnictwo w trudnych sytuacjach, służą pomocą, dostarczają informacji oraz wskazują miejsca, w których można szukać dalszej pomocy. W ofercie dla dorosłych znajdują się indywidualne spotkania terapeutyczne, spotkania grupowe (warsztaty umiejętności psychologicznych oraz grupy DDA), spotkania par/mażeństw (pomoc w różnych problemach związanych z funkcjonowaniem pary/mażeństwa) oraz spotkania rodzinne (pomoc w problemach związanych z funkcjonowaniem rodziny). W ofercie dla dzieci i młodzieży umieszczono indywidualne spotkania terapeutyczne oraz spotkania grupowe (warsztaty umiejętności psychologicznych i grupy socjoterapeutyczne). W ofercie dodatkowej, przeznaczonej dla osób/rodzin aktywnie uczestniczących w Programie, znajduje się wolontariat skierowany do dzieci i młodzieży uczącej się, który obejmuje pomoc w nauce i wspólne spędzanie czasu wolnego, a także rodzinne spotkania kreatywne, będące okazją do wspólnego spędzania wolnego czasu oraz szansą na zdobycie nowych umiejętności i budowanie głębszych więzi rodzinnych.

Jednym z trzech podprogramów PWR jest „Program pomocy rodzinie z osobą uzależnioną”, oferujący pomoc rodzinom, w których znajdują się osoby nadużywające alkoholu albo innych substancji psychoaktywnych, będący uzupełnieniem oferty przedkładanej przez poradnie leczenia uzależnień.

Warto też zaznaczyć, że od 2009 roku do końca badanego okresu, tj. do 2013 roku w Poznaniu funkcjonowała asystentura rodzin, realizująca zadania w ramach Projektu „Pomoc – Aktywizacja – Wsparcie”, współfinanso-

⁶⁶⁴ <http://mopr.poznan.pl/index.php/zadania-mopr.html> (dostęp: 20.05.2014).

⁶⁶⁵ <http://mopr.poznan.pl/index.php/plan-wydatkow-mopr.html> (dostęp: 12.05.2014).

wanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Program Operacyjny Kapitał Ludzki (od stycznia 2014 roku asystenci rodziny, realizujący dotychczas swe zadania w ramach wspomnianego projektu, funkcjonowali w zakresie wspomnianego już wcześniej „Programu Wsparcia Rodziny”). Działania asystentów stanowią instrument aktywnej integracji i są umocowane zapisami *Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*⁶⁶⁶. Szczegółowo zadania asystenta rodziny reguluje art. 15 tejże ustawy i choć – jak wyraźnie wynika z tegoż katalogu zadań – jego obowiązki zawodowe wiążą się z pracą z rodzinami będącymi w kryzysie, wieloprotblemowymi, wysoko zagrożonymi wykluczeniem społecznym, to w polu jego działania mieszczą się również kobiety uzależnione od alkoholu.

Osoby uzależnione od alkoholu stanowią pewną część podopiecznych kuratorów sądowych, zawodowych i społecznych, delegowanych do spraw dorosłych (którzy wykonują orzeczenia w sprawach karnych) oraz rodzinnych i nieletnich (wykonujących orzeczenia w sprawach rodzinnych i nieletnich). Określone przez *Ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych*⁶⁶⁷ zadania kuratorów mają charakter wychowawczo-resocjalizacyjny, diagnostyczny, profilaktyczny i kontrolny.

Poznańskiemu Sądowi Okręgowemu podlegają trzy sądy rejonowe mieszczące się w Poznaniu (Sąd Rejonowy Poznań – Grunwald i Jeżyce, Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda oraz Sąd Rejonowy Poznań – Stare Miasto). W każdym z nich funkcjonują Zespoły Kuratorskiej Służby Sądowej – w sumie siedem zespołów ds. dorosłych (w wydziałach karnych sądów rejonowych) oraz trzy zespoły ds. rodzinnych i nieletnich (w wydziałach rodzinnych i nieletnich), a także uzupełniająca je kuratela społeczna.

Obowiązki kuratorów zostały uregulowane w różnych aktach prawnych z odrębnościami właściwymi dla procedury karnej i cywilnej⁶⁶⁸. Pełnione przez kuratorów rodzinnych nadzory, a przez kuratorów dla dorosłych – do-

⁶⁶⁶ *Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 697).

⁶⁶⁷ *Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych* (t.j. Dz.U. z 2001 r. Nr 98 poz. 795 ze zm.).

⁶⁶⁸ Obowiązki kuratorów ds. dorosłych i ds. rodzinnych różnią się zakresem. W pionie karnym kuratorzy realizują obowiązki wynikające z kodyfikacji karnej, zaś w pionie rodzinnym – z *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1654), z *Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 682) oraz z *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487). Ponadto w przypadku kuratorów dla dorosłych postępowania wykonawcze dotyczą jednej osoby, zaś w ramach jednego nadzoru kuratora rodzinnego czynnościami objętych jest niekiedy kilka osób – członków rodziny.

zory dotyczą spektrum spraw, w których mieści się także kontakt i praca z kobietami (osobami) uzależnionymi od alkoholu (przybierającymi różnorakie postacie w zależności od zakresu nałożonych na nie obowiązków). Poniżej zarysowana zostanie specyfika kurateli w tych dwóch pionach: karnym i rodzinnym, w powiązaniu z problemami alkoholowymi.

W kontekście analizowanego wątku pracy sądowych kuratorów zawodowych dla dorosłych z kobietami uzależnionymi od alkoholu zwykle jest to jeden z dwóch rodzajów przypadków kobiet: kobiety skazane za czyny zabronione związane z faktem nadużywania alkoholu, od którego są uzależnione, oraz kobiety, wobec których prowadzono postępowania wykonawcze w sprawach, które pierwotnie nie były związane z faktem uzależnienia od alkoholu ani bezpośrednio, ani pośrednio, a dopiero w toku pracy okazało się, że mają problem alkoholowy⁶⁶⁹.

W okresie realizowania moich badań obowiązujące wówczas regulacje prawne⁶⁷⁰ przewidywały, że środek nakładany obligatoryjnie przez sąd w postaci dozoru występował w następujących sytuacjach powiązanych z problemem alkoholowym: 1) przy skierowaniu na okres próby od 6 miesięcy do 2 lat na leczenie ambulatoryjne lub rehabilitację w placówce leczniczo-rehabilitacyjnej osoby skazanej za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, co do której był orzeczony wcześniej środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, a postępy w leczeniu przemawiają za skierowaniem na leczenie w trybie otwartym (art. 97 pkt 1 *Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny*⁶⁷¹); 2) przy warunkowym przedterminowym zwolnieniu z odbycia reszty kary pozbawienia wolności osoby skazanej za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, co do której orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, a wyniki leczenia przemawiają za warunkowym zwolnieniem (art. 98 *Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny*⁶⁷²).

Na mocy art. 93a, 93b i 93c znowelizowanego *Kodeksu karnego*⁶⁷³ w sytuacji, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające, sąd może

⁶⁶⁹ Osoby przekazywane pod nadzór kuratorski kwalifikowane są do jednej z trzech grup ryzyka powrotu do przestępstwa: grupy obniżonego ryzyka (A), grupy podstawowej (B) lub grupy podwyższonego ryzyka (C). Osoby uzależnione kwalifikowane są do grupy C.

⁶⁷⁰ W obecnie obowiązującym kodeksie karnym – *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1137) przywoływane niżej art. 97§1 i art. 98 zostały uchylone.

⁶⁷¹ *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny* (Dz.U. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.).

⁶⁷² *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny* (Dz.U. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.).

⁶⁷³ *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1137).

orzec środek zabezpieczający między innymi wobec sprawców skazanych za przestępstwa popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka; jednym z czterech rodzajów środków zabezpieczających przewidzianych w kk jest terapia uzależnień. Dodatkowo w art. 202b *Kodeksu karnego wykonawczego*⁶⁷⁴ mowa jest o tym, że sąd, orzekając terapię lub terapię uzależnień wobec tych skazanych, którzy zostają zwolnieni z zakładu psychiatrycznego lub zakładu karnego, ustala okres próby od 6 miesięcy do lat 2 i oddaje skazanego pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym. W sytuacji, gdy skazany w okresie próby uchyla się od poddania się terapii lub terapii uzależnień, uchyla się od dozoru kuratora, popełnia przestępstwo lub rażąco narusza porządek prawny albo regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego, sąd może zarządzić ponowne umieszczenie skazanego w zakładzie karnym.

Ponieważ praca kuratora ds. osób dorosłych wiąże się z postępowaniem wykonawczym (z wykonywaniem orzeczeń sądu), a dozory dotyczą sprawców przestępstw, do obowiązków kuratora ds. dorosłych należy dopilnowanie realizacji nałożonych na nich w orzeczeniach sądu obowiązków, wśród których znaleźć się mogą obowiązki probacyjne (na mocy art. 72 *Kodeksu karnego*⁶⁷⁵). Warunkowo zwalniając z zakładu karnego albo skazując na karę ograniczenia wolności lub udzielając zgody na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego bądź zawieszając wykonanie kary, sąd może więc zobowiązać skazaną osobę do realizowania obowiązków probacyjnych, a w katalogu tych zobowiązań może umieścić między innymi obowiązek powstrzymywania się od nadużywania alkoholu i obowiązek poddania się terapii uzależnień (art. 72 § 1, pkt 5 i 6 *Kodeksu karnego*⁶⁷⁶); w ramach bezpośrednich celów pracy kuratora znaleźć się więc może element pracy z kobietami uzależnionymi od alkoholu, gdy zostały na nie nałożone wyżej wymienione obowiązki. Czynności kuratorskie wobec osób z problemem alkoholowym zostały uszczegółowione w *Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2016 r. w sprawie wykonywania obowiązków i uprawnień przez kuratorów sądowych w sprawach karnych wykonawczych*⁶⁷⁷. W § 15 pkt 1 tego rozporządzenia mowa jest o tym, że sprawując dozór wobec sprawcy przestępstwa popełnionego w stanie ograniczonej poczytalności lub

⁶⁷⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny wykonawczy* (t.j. Dz.U. z 2017 r. Nr 0 poz. 665).

⁶⁷⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1137).

⁶⁷⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1137).

⁶⁷⁷ *Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2016 r. w sprawie wykonywania obowiązków i uprawnień przez kuratorów sądowych w sprawach karnych wykonawczych* (Dz.U. z 2016 r. Nr 0 poz. 969).

w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka, kurator zawodowy ponadto: „1) zaznajamia się, w dostępnym zakresie, z wynikami leczenia, rehabilitacji lub terapii skazanego; 2) utrzymuje kontakt z osobami prowadzącymi leczenie, rehabilitację, terapię lub inne formy specjalistycznego oddziaływania oraz zapoznaje się z ewentualnymi wskazówkami tych osób dotyczącymi przebiegu dozoru; 3) podejmuje działania mające na celu przestrzeganie przez skazanego zaleceń lekarskich bądź zaleceń innych specjalistów z zakresu rehabilitacji lub terapii; 4) konsultuje sposób sprawowania dozoru z osobami, o których mowa w pkt 2; 5) w razie potrzeby składa do sądu wnioski o ustanowienie, rozszerzenie lub zmianę obowiązku powstrzymania się od nadużywania alkoholu lub używania innych środków odurzających, a także poddania się terapii uzależnień lub poddania się terapii; 6) zapoznaje się z realizowanymi przez miejscowe organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego programami przeciwdziałania alkoholizmowi lub przeciwdziałania narkomanii i w miarę możliwości w nich uczestniczy; 7) w razie potrzeby podejmuje współpracę ze specjalistycznymi stowarzyszeniami, instytucjami lub organizacjami społecznymi zajmującymi się problematyką pomocy osobom uzależnionym od alkoholu lub środków odurzających, lub substancji psychotropowych; 8) nawiązuje i utrzymuje systematyczny kontakt z członkami rodziny skazanego pozostającymi z nim we wspólnym gospodarstwie domowym; 9) w razie wątpliwości co do przestrzegania przez skazanego obowiązku powstrzymania się od nadużywania alkoholu lub używania środków odurzających, lub substancji psychotropowych poddaje go badaniom na obecność w organizmie alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych”.

Ponadto na mocy art. 173a pkt 1 *Kodeksu karnego wykonawczego*⁶⁷⁸ sądowy kurator zawodowy może zobowiązać skazanego lub sprawcę oddanego pod nadzór lub zobowiązanego do powstrzymywania się od nadużywania alkoholu do poddania się badaniom na obecność w organizmie alkoholu przy użyciu metod niewymagających badania laboratoryjnego, a także przeprowadzić takie badanie (uzupełnieniem tych regulacji *Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania badań na obecność alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie skazanego lub sprawcy oddanego pod dozór lub zobowiązanego do powstrzymania się od nadużywania alkoholu lub używania środków odurzających lub substancji psychotropowych, ich dokumentowania oraz weryfikacji*⁶⁷⁹).

⁶⁷⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2017 r. Nr 0 poz. 665).

⁶⁷⁹ *Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania badań na obecność alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie skazanego lub sprawcy oddanego pod dozór lub zobowiązanego do powstrzymania się od nadużywania*

Praca kuratorów ds. rodzinnych i nieletnich ma nieco inny zakres i charakter. Sądowa kuratela rodzinna „winna być nastawiona przede wszystkim na działania o charakterze resocjalizacyjnym i profilaktycznym. Priorytetem ma stanowić wychowanie podopiecznego, a element o charakterze kontrolnym, sprowadzający się do formalnego kontrolowania zachowania takiej osoby i egzekwowania nałożonych na nią obowiązków, powinien stanowić jedynie uzupełnienie powyżej wskazanych działań”⁶⁸⁰. W obrębie zadań kuratorów rodzinnych wyróżnia się trzy rodzaje sytuacji, w których sprawowany jest nadzór: w sprawach opiekuńczych, nad nieletnimi oraz nad osobami zobowiązanymi do leczenia odwykowego. Ze względu na prowadzone tu rozważania na temat problemów alkoholowych kobiet, interesującą jest pierwsza i trzecia grupa nadzorów.

W sprawach opiekuńczych sprawowanie nadzoru w związku z uzależnieniem kobiet od alkoholu wiąże się z sytuacjami, gdy nadzór ten sprawowany jest jako środek ograniczenia władzy rodzicielskiej (art. 109 pkt 3 *Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego*⁶⁸¹). Ustanowienie nadzoru kuratora pozwala na podjęcie działań zmierzających do ochrony dziecka w naturalnym dla niego środowisku i do usunięcia tych czynników w zachowaniach rodziców, które naruszają dobro dziecka⁶⁸². Zadania kuratora rodzinnego wiążą się tu z sytuacjami, gdy problem alkoholowy matki (rodzica) ma wpływ na jakość opieki nad małoletnimi i w konsekwencji zagrożone jest dobro dziecka.

Kolejna grupa nadzorów dotyczy kobiet (osób) zobowiązanych do leczenia odwykowego. Na mocy art. 31 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁶⁸³, a także *Rozporządzenia Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu*⁶⁸⁴ nadzór nad osobami, w stosunku do których orzeczony został prawomocnie obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, wykonują kuratorzy sądowi – zawodowi i społeczni, sprawujący swe funkcje w sprawach należących do właściwości

nia alkoholu lub używania środków odurzających lub substancji psychotropowych, ich dokumentowania oraz weryfikacji (Dz.U. z 2012 r. Nr 0 poz. 104).

⁶⁸⁰ D. Wójcik, K. Buczkowski, R. Kulma, *Badanie ankietowe kuratorów zawodowych i społecznych pionu karnego i rodzinnego*, (w:) D. Wójcik (red.), *Kuratela sądowa. Sukcesy i porażki*, Warszawa 2010, s. 164.

⁶⁸¹ *Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 682).

⁶⁸² T. Jedynak, *Nadzór kuratora ...*, op. cit., s. 570.

⁶⁸³ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁶⁸⁴ *Rozporządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu* (Dz.U. z 1983 r. Nr 25 poz. 110).

wydziałów rodzinnych i nieletnich sądów rejonowych. Do obowiązków kuratora wykonującego nadzór nad osobą, w stosunku do której orzeczony został taki obowiązek, należą: „1) podejmowanie niezbędnych starań, aby osoba zobowiązana do poddania się leczeniu zastosowała się do orzeczenia sądu, 2) utrzymywanie stałego kontaktu z osobą zobowiązaną do poddania się leczeniu oraz udzielanie jej niezbędnej pomocy w rozwiązywaniu trudności życiowych, a zwłaszcza w rozpoczęciu i kontynuowaniu leczenia, 3) współdziałanie w miarę potrzeby z terenowymi organami administracji państwowej oraz organizacjami społecznymi w kierunku zapewnienia osobie poddanej leczeniu lub jej rodzinie odpowiedniej pomocy, polegającej w szczególności na ułatwieniu zatrudnienia, zapewnieniu czasowego zakwaterowania oraz na świadczeniach materialnych, 4) współdziałanie z zakładem pracy i zakładową służbą zdrowia w kierunku realizacji zobowiązań nałożonych na pracownika poddanego leczeniu odwykowemu, 5) współdziałanie z zakładem lecznictwa odwykowego w kierunku osiągnięcia celów leczenia, 6) oddziaływanie w kierunku nawiązania przez osobę poddaną leczeniu kontaktów z odpowiednimi placówkami służby zdrowia oraz organizacjami samopomocy osób uzależnionych od alkoholu, 7) utrzymywanie kontaktu z rodziną osoby poddanej leczeniu, z którą osoba ta pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, 8) oddziaływanie na środowisko, w którym osoba poddana leczeniu przebywa lub do którego ma powrócić, zwłaszcza kształtowanie właściwego stosunku do niej, 9) składanie sądowi pisemnych sprawozdań z przebiegu leczenia w terminach określonych przez sąd, nie rzadziej jednak niż co dwa miesiące”⁶⁸⁵.

Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo zakłócają spokój lub porządek publiczny, kierowane są na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego (art. 24 *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁶⁸⁶). W przypadku wydania przez sąd postanowienia o zobowiązaniu do poddania się leczeniu odwykowemu ustanawiany jest wobec nich nadzór kuratorski. W odwołaniu do tych zapisów i w związku z kwestią problemu alkoholowego kobiet, w zakres obowiązków zawodowych kuratora wchodzi również nadzory nad kobietami uzależnionymi od alkoholu ze zobowiązaniem do leczenia.

⁶⁸⁵ § 5 *Rozporządzenia Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu* (Dz.U. z 1983 r. Nr 25 poz. 110).

⁶⁸⁶ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

Przejawy problemu alkoholowego odnotowywane są także w pracy policji. Z danych gromadzonych przez Miejską Komendę Policji w Poznaniu wynika, że wśród sprawców popełnianych przestępstw zdarzają się kobiety, w tym będące pod wpływem alkoholu. Poniższe zestawienie pokazuje liczbę tych kobiet, które popełniły przestępstwo (uwzględniono tu wszystkie kategorie przestępstw) na terenie Poznania (bez terenu powiatu poznańskiego) w stanie nietrzeźwości (trzeba jednak mieć na względzie, że w niektórych przypadkach - z różnych względów - nie ustala się stanu trzeźwości). Dla porównania umieszczono liczby mężczyzn - sprawców przestępstw, w tym również nietrzeźwych.

Zestawienie 7. Liczba kobiet i mężczyzn będących sprawcami przestępstw na terenie Poznania w latach 2002-2012

Rok	Liczba kobiet - sprawczyń przestępstw		Liczba mężczyzn - sprawców przestępstw	
	Ogółem	W tym liczba nietrzeźwych	Ogółem	W tym liczba nietrzeźwych
2002	983	71	6570	1153
2003	884	58	6730	1441
2004	1009	86	7409	1904
2005	1058	62	7595	1896
2006	1129	74	7054	1679
2007	1173	87	6309	1339
2008	991	63	6379	1382
2009	1025	81	6230	1612
2010	1100	88	5881	1453
2011	1100	96	6276	1661
2012	1123	124	6481	1758

Źródło: zestawienia statystyczne Miejskiej Komendy Policji w Poznaniu

Próba procentowego oszacowania liczby kobiet pozostających w stanie nietrzeźwości w momencie popełnienia przestępstwa w stosunku do liczby sprawczyń przestępstw pokazuje, że w kolejnych latach wahał się on w zakresie od niespełna 6% do 11% całej liczby kobiet, które popełniły przestępstwo w danym roku na terenie Poznania (dla porównania: w przypadku mężczyzn przedział ten zawierał się pomiędzy 17,5% a 27%).

Z konsekwencjami problemu używania i nadużywania alkoholu stykają się w swojej pracy strażnicy miejscy. Z danych gromadzonych przez poznańską Straż Miejską wynika, że przykładowo w 2013 roku w związku z narusze-

niem postanowień *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁶⁸⁷ podjęto 1922 interwencje, 1760 osób nietrzeźwych usunięto z miejsc publicznych, a 1168 spośród nich ukarano mandatami, do wytrzeźwienia przekazano 450 osób, co w skali roku (łącznie z nietrzeźwymi bezdomnymi) daje liczbę 631 osób przewiezionych do ODON-u lub miejsca zamieszkania⁶⁸⁸.

Przy współpracy bądź za wskazaniem Wydziału Działalności Gospodarczej i Rolnictwa Urzędu Miasta Poznania prowadzone były także obserwacje niektórych placówek sprzedających alkohol. Celem takich lustracji było stwierdzenie, czy w obrębie danego sklepu nie występują przypadki zakłócania porządku przez osoby nietrzeźwe. Opinia Straży Miejskiej Miasta Poznania w tym względzie była brana pod uwagę przy wydawaniu decyzji o cofnięciu takim placówkom zezwolenia na sprzedaż alkoholu.

W celu przeciwdziałania zjawisku nieprzestrzegania zakazów dotyczących sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim prowadzone są systematyczne kontrole handlu detalicznego oraz barów i punktów szybkiej obsługi, a równocześnie sprawdza się, czy przestrzegany jest obowiązek eksponowania ostrzeżeń o szkodliwości działania alkoholu i tytoniu oraz zakazie jego sprzedaży osobom niepełnoletnim. W trakcie służb patrolowych w 2013 roku ujawniono 16 osób niepełnoletnich spożywających alkohol.

W Poznaniu działa wizyjny monitoring miasta (sześć centrów oglądu utworzonych w komisariatach policji). W 2013 roku obsługa monitoringu zaobserwowała łącznie 7955 sytuacji bądź zdarzeń wymagających pilnej interwencji, w tym spożywanie alkoholu w miejscach objętych zakazem – 1396 przypadków i naganne zachowania osób nietrzeźwych – 413 przypadków. W ogólnej liczbie podejmowanych interwencji w 2013 roku 4% spośród wszystkich wykroczeń stanowiły te, które były związane z *Ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁶⁸⁹. Ponadto z zebranych danych wynika, że w 2013 roku 4987 interwencji zgłoszonych przez mieszkańców dotyczyło nadużywania alkoholu – ponad tysiąc więcej niż rok wcześniej (3915 w 2012 roku; dane te należy rozpatrywać, wiedząc, że wszystkich zgłoszeń było w 2013 roku więcej o ok. 11,5 tys. niż w poprzednim roku).

Do dyspozycji mieszkańców Poznania jest również telefon zaufania dla osób uzależnionych i ich rodzin (nr tel. 61 843 01 01), czynny przez całą dobę we wszystkie dni tygodnia. Szczególnie jest on przydatny dla osób przeżywających problemy związane z konsekwencjami picia własnego lub osób bli-

⁶⁸⁷ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

⁶⁸⁸ Sprawozdania z działalności Straży Miejskiej Miasta Poznania, <http://poznan.pl> (dostęp: 14.07.2015).

⁶⁸⁹ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

skich. Podczas rozmowy można uzyskać informacje o dostępnych formach leczenia uzależnień, o adresach i godzinach urzędowania instytucji i organizacji zajmujących się leczeniem uzależnień (prowadzących grupy wsparcia, udzielających pomocy psychologicznej, prawnej i socjalnej), a także emocjonalne wsparcie w sytuacji radzenia sobie z problemem picia w rodzinie. Pod tym samym numerem funkcjonuje *Pomarańczowa Linia* – dla rodziców i opiekunów, którzy mają kłopoty wychowawcze z dziećmi pijącymi alkohol i zażywającymi narkotyki – w ramach jej działalności prowadzone są tu konsultacje telefoniczne oraz udzielana jest pomoc w dotarciu do specjalistycznych placówek.

W Poznaniu istnieje także rozbudowana sieć grup Anonimowych Alkoholików (będących częścią Regionu Warta), spotykających się w różnych punktach miasta przez siedem dni w tygodniu, począwszy już od godz. 06.15 aż do 20. Wsparciem informacyjnym służy Punkt Informacyjno-Kontaktowy AA (mieszczący się przy ul. Dąbrowskiego 28a) – tam osoby zainteresowane uzyskują informacje o programie AA, kontakty do grup AA i wspólnot pokrewnych (Al-Anon, Alateen, DDA), a także informacje o placówkach leczenia uzależnień. To miejsce, w którym również spotykają się grupy AA, działa Telefon Zaufania (nr tel. 61 853 16 16, codziennie w godz. 18-22), czynna jest Infolinia AA (nr tel. 801 033 242, codziennie w godz. 8-22) oraz odbywa się kolportaż literatury AA.

Na uwagę zasługuje też inicjatywa poznańskiej Biblioteki Raczyńskich, która w kilku swoich filiach, we współpracy z Towarzystwem Przyjaciół Biblioteki Raczyńskich w Poznaniu, ze środków Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Poznania uruchomiła punkty informacji o uzależnieniach. W ramach oferty dla osób uzależnionych i ich bliskich udostępniono specjalnie przygotowane księgozbiory zawierające publikacje dotyczące rodzajów, przyczyn i skutków uzależnień oraz sposobów walki z nimi, poradniki i informatory, fachowe opracowania tematyczne oraz multimedia.

Interesujące byłoby sporządzenie poznańskiej mapy problemu społecznego (mapy punktowej)⁶⁹⁰, jakim jest problem alkoholowy, ilustrującej jego przestrzenne ulokowanie w Poznaniu. Analiza takiej mapy powinna dostarczyć informacji o tych obszarach w przestrzeni miasta, w których ma miejsce kumulacja określonego problemu społecznego i współwystępowanie z innymi zjawiskami czy problemami, dając możliwość obserwacji wpływu infrastruk-

⁶⁹⁰ Na temat map problemów społecznych patrz. np.: K. Czekaj, *Mapy problemów społecznych jako narzędzie badawcze ekologii humanistycznej. Aspekty teoretyczne i empiryczne*, (w:) J. Wódcz (red.), *Zagrożenia ekologiczne. Warunki życia. Wizje przyszłości*, Katowice 1993; M. Zawartka-Czekaj, *Mapa jako narzędzie badawcze problemów społecznych w praktyce pracy socjalnej*, (w:) A. Kotlarska-Michalska, K. Piątek (red.), *Praca socjalna – jej dyskursy, usytuowania i profile*, Toruń-Bydgoszcz 2013.

tury miasta na powstawanie problemów społecznych w jego określonych częściach⁶⁹¹. Jest to jednak zadanie wymagające powołania sporego zespołu osób, które prawdopodobnie prędko nie zostanie zrealizowane. Z pewnością istnieje też konieczność, nie tylko w Poznaniu, systematycznego monitoringu problemu uzależnienia od alkoholu, ale wymaga to ogromu pracy zespołowej oraz specjalnych nakładów finansowych, co sprawia, że w polskich warunkach jeszcze pozostaje to w sferze marzeń.

Jak słusznie zauważono już na początku lat 70. minionego wieku, „o alkoholizmie, jego źródłach, jego wszędobylskich objawach i jego przeklętych następstwach powiedziano już tyle, że trudno spodziewać się tu jeszcze jakichś rewelacji”⁶⁹², a sam alkoholizm „nie jest już dziś zagadnieniem zawierającym wiele tajemnic – pełna problemów jest natomiast walka z nim”⁶⁹³.

4.4. Problem alkoholowy poznanianek w opiniach wybranych przedstawicieli służb społecznych

Wykorzystując technikę wywiadu (a ściślej: wywiadu eksperckiego) w oparciu o dyspozycje wywiadu, częściowo identyczne, częściowo różne (bo wyznaczone specyfiką pełnionych zadań zawodowych) dla wybranych przedstawicieli służb społecznych⁶⁹⁴, uzyskano opinie dotyczące obserwowanego przez nich w pracy zawodowej problemu alkoholowego ich podopiecznych/klientek/pacjentek. Wybór kilku profesji rozszerza pole postrzegania tej niejednorodnej grupy kobiet uzależnionych od alkoholu. Wywiadami eksperckimi objęto: specjalistów terapii uzależnień, pracowników socjalnych, asystentów rodziny, osoby zatrudnione w ramach programu realizowanego

⁶⁹¹ M. Zawartka-Czekaj, *Mapa jako narzędzie badawcze...*, op. cit., s. 327.

⁶⁹² M. Szefer, *Profilaktyka najważniejsza*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w...*, op. cit., s. 63.

⁶⁹³ Ibidem.

⁶⁹⁴ Rozumienie służb społecznych zostało tu przyjęte zgodnie z definiowaniem ich przez B. Szatur-Jaworską jako „zorganizowane struktury – w różnym stopniu sformalizowane i o różnej liczebności – realizujące pracę socjalną i społeczno-wychowawczą. Należą one do podmiotów wykonawczych polityki społecznej realizujących usługi społeczne. Na tle innych podmiotów polityki społecznej wyróżniają następujące cechy: bezpośredni kontakt z osobami, którym świadczona jest pomoc, poprzedzanie działania indywidualną diagnozą, indywidualizacja działań dostosowanych do potrzeb beneficjentów usług, wypełnianie luk między innymi instytucjami państwa opiekuńczego, posługującymi się bardziej standaryzowanymi metodami rozwiązywania problemów społecznych, reagowanie na krytyczne, trudne sytuacje życiowe zakłócające społeczne funkcjonowanie, gdy zawodzą dotychczasowe strategie działania i nie wystarczają własne zasoby czy dotychczasowe uprawnienia” (B. Szatur-Jaworska, *Kilka uwag o „życiu wewnętrznym” służb społecznych w Polsce*, (w:) A. Rączaszek (red.), *Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce*, Katowice 2006, s. 390-391).

przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu – „Program Wsparcia Rodziny”, kuratorów sądowych (ds. osób dorosłych i ds. rodzinnych i nieletnich) oraz kierowniczkę hostelu dla osób uzależnionych i ich rodzin⁶⁹⁵.

– terapeuci uzależnień

Najlepiej zorientowaną w problemie alkoholowym kobiet jest grupa zawodowa, jaką stanowią terapeuci uzależnień. Moimi rozmówcami było siedmiu certyfikowanych specjalistów terapii uzależnień z co najmniej kilkuletnim doświadczeniem.

Pierwsze pytanie diagnozowało opinię respondentów na temat tego, czy w uzależnieniu alkoholowym kobiet tkwi jakaś specyfika odróżniająca je od mężczyzn. Pytanie było trzyczęściowe i dotyczyło kobiecego uzależnienia się, uzależnienia i wychodzenia z problemu alkoholowego.

Jeśli chodzi o stopniowe uzależnianie się kobiet od alkoholu, badane terapeutki były jednomyślne, że kobiety uzależniają się o wiele szybciej niż mężczyźni, gdyż biologiczne właściwości – czyli głównie mniejsza zdolność kobiecego organizmu do rozcieńczania alkoholu i jego bardziej toksyczne oddziaływanie – mają wpływ na skrócenie czasu rozwoju kobiecego uzależnienia od alkoholu. Specyfiką kobiet jest picie alkoholu we własnym domu (skrzętnie poukrywanego w jego zakamarkach), w ukryciu, w samotności, „po cichu”, często po wykonaniu podstawowych obowiązków domowych, aby szybko zasnąć, bez zastanawiania się, co sprawia, że są napięte. Jest także drugi schemat picia kobiet, znacznie rzadszy, nazwany piciem społecznym – picie alkoholu poza domem. Trudne sytuacje życiowe, m.in. samotność, opuszczenie domu przez dorosłe dzieci, śmierć męża czy pozostawanie w związku przemocowym, w związku z pijącym mężem/partnerem, powodują pragnienie poszukiwania ulgi poprzez sięganie po alkohol. Ponadto jedna z respondentek zauważyła, że specyfiką młodych współczesnych kobiet są stawiane sobie wymagania co do perfekcyjnego funkcjonowania we wszystkich rolach społecznych – niemożność ich pogodzenia rodzi frustrację i poszukiwanie jakiegoś środka uśmierzającego. Przebywanie w środowisku, w którym spożywany jest alkohol, w połączeniu z obawą, aby nie być „inną” – to kolejne czynniki wyzwalające uzależnienie od alkoholu. Wielokrotnie powtarzana była opinia, że kobiety uzależnione od alkoholu odczuwają bardziej dojmujący wstyd niż mężczyźni. Odpowiedzialny jest za to stereotyp funkcjonujący w społeczeństwie, nieakceptujący tego, by w rolę kobiety wpisywało się picie, i oceniający pejoratywnie pijące kobiety.

Jeśli chodzi o kobiety już uzależnione, jedna z respondentek zauważyła, że kobiety gorzej znoszą głód alkoholowy i dlatego sama decyzja o odstawie-

⁶⁹⁵ Charakterystyka respondentów – ekspertów została zawarta podrozdziale 3.3.

niu alkoholu i podjęciu leczenia jest dla nich bardziej bolesna. Powtórzona została opinia, że kobiety bardziej wstydzą się swojego uzależnienia, silniej je ukrywają, tak że nawet najbliżsi nie zdołają zorientować się, że piły alkohol. Kobiety piją w stylu „kuchennym”, „rauszowym”, raczej słabsze alkohole, rzadko doprowadzając się do upicia. Ukrywanie swojego uzależnienia, potęgowane wstydem, to zamknięte koło. Jedna z badanych, w oparciu o swoje doświadczenie zawodowe, zauważyła, że cechą kobiecego uzależnienia jest łączenie alkoholu z lekami oraz łączenie się uzależnienia od alkoholu z uzależnieniem od leków. Ponadto, zdaniem innej respondentki, kobiety bardzo często uzależniają się, wchodząc w związki z pijącymi mężczyznami albo wskutek kryzysu rodzicielskiego.

W kontekście pytania o proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego zasygnalizowano, że u kobiet jest ono trudniejsze, gdyż często nie przyznają się, że mają problem albo że złamały abstynencję. Wstydzą się oceny, opinii, nawet mają taki opór przed swoim psychologiem. Z drugiej strony respondentki miały wśród swoich pacjentek i takie, które skoro już przełamały te opory, to uznawały siebie za alkoholiczki i zaczynały się systematycznie leczyć, a wtedy były bardziej skrupulatne niż mężczyźni i rzetelnie wywiązywały się z zadań. Jeśli odważyły się, wyszły z czterech ścian swojego domu (który najczęściej jest podstawowym miejscem ich upijania się), poprosiły o pomoc i znalazły się w „trybach pomocowych”, radziły sobie całkiem dobrze, czemu sprzyjało to, że spotykały nowych ludzi, nowe środowiska, znajdowały nowe cele w życiu. Jeśli uda się zatrzymać ich picie, a do tego podczas rozpoznania uzależnienia uda się zdiagnozować jego przyczynę – szerszy problem, a następnie pokaże drogi do jego rozwiązania, wzmacniając pacjentkę, wówczas zaczynają dobrze funkcjonować. Wskazano również, że charakterystyczny dla kobiet jest duży dyskomfort i poczucie winy, jeśli ma się dzieci, oraz – podkreślony wcześniej – silniejszy niż u mężczyzn wstyd. Determinacja do leczenia, zdaniem respondentki z najdłuższym stażem pracy jako terapeuty uzależnień, nie jest podyktowana płcią, jest od niej niezależna. Niestety pacjentki warunkują poczucie własnej wartości uzależnieniem od alkoholu. Zdecydowanie też oceniono, że kobiet jest mniej w terapii. Pojawił się głos, że ze względu na dominację mężczyzn wśród osób korzystających z terapii uzależnień, ze względu na wstyd kobiet, pewne obszary nie zostają przepracowane, więc wychodzenie z uzależnienia może być utrudnione. Ze względu na maskowanie, kamuflowanie swojego picia, kobietom trudniej jest „zobaczyć” destruktywną siłę ich picia i swoje uzależnienie. Ponadto kobiety mają mniejsze wsparcie ze strony mężów/partnerów w toku leczenia, niż ma to miejsce w przypadku towarzyszenia kobiet swoim leczącym się mężom/partnerom.

Z powyższymi uwagami wiązało się kolejne pytanie dotyczące specyfiki pracy z kobietami uzależnionymi od alkoholu. Zdaniem jednej z badanych terapeutek najważniejsze jest przełamanie ich oporu i nieoceniać ich (wraz z wyraźnym komunikatem skierowanym do nich, że nie są oceniane). Kobiety uzależnione od alkoholu uważają, że są kimś gorszym i jeśli przyłgnie do nich określenie „alkoholiczka”, bardziej są na nie wyczułone i bardziej obniża to ich poczucie własnej wartości, dlatego rodzi się ta silna obrona przed uznaniem siebie za alkoholiczkę. Poza tym odbiór społeczny w naszym społeczeństwie kobiet mających problemy alkoholowe jest inny niż mężczyzn alkoholików, którym więcej wolno i łatwiej się im wybacza pozostawanie pod wpływem alkoholu. Generalnie pracę z kobietami uznano za podobną do pracy z mężczyznami i nieróżniącą się od niej niczym szczególnym. Trzy respondentki dodały tu spostrzeżenie, że żony pijących mężczyzn częściej szukają pomocy w poradniach (dla swych mężów, a z czasem dla siebie samych jako współuzależnionych), chętniej i szybciej angażują się w pomoc dla swoich pijących mężów, zachęcają ich do leczenia, natomiast w odwrotnej sytuacji mężowie bardzo rzadko szukają pomocy dla swych żon w poradniach i sami zwykle nie korzystają z terapii dla siebie. Kobiety, które są uzależnione od alkoholu, zostają więc często zostawione same sobie w leczeniu. Kolejna z respondentek wskazała na rolę silniejszych u kobiet mechanizmów obronnych oraz funkcjonującego w naszym społeczeństwie tabu powodującego, że kobiecie dużo trudniej niż mężczyźnie jest powiedzieć o swoich rzeczywistych doświadczeniach z alkoholem, przyznać się do faktycznej częstotliwości i rozmiarów picia alkoholu. Trudność ta związana jest też z obawą przed przyznaniem się przed sobą samą i innymi, że jest się słabą i że jest się uzależnioną od alkoholu. Choć świadomość społeczeństwa na temat uzależnienia jest wyższa niż kilka lat temu, to jednak mentalność nie zmienia się tak szybko (pijana kobieta budzi obrzydzenie, pijany mężczyzna budzi śmiech) i stereotypy społeczne nadal funkcjonują. Cenna była także uwaga kolejnej respondentki, że bardziej na kobiety i na pogłębienie ich motywacji do leczenia ma wpływ stan, w którym uświadomiła sobie destrukcję, jakiej alkohol dokonywał w ich życiu (straty zdrowotne oraz straty związane z życiem rodzinnym i sferą zawodową, szczególnie krzywdzenie własnych dzieci). Jedna z terapeutek dodała, że w jej odczuciu kobiety – przynajmniej w mówieniu o swoim picu w początkowym etapie diagnozy i motywowania do terapii – bardziej manipulują w relacjach z terapeutą, częściej „rozmywiają” obraz swojego picia i są skłonne zakłamywać informacje.

Kolejne pytanie było zachętą do zaopiniowania, czy kobiety uzależnione od alkoholu potrzebują specjalnej oferty pomocowej. Opinie były zbieżne: nie zauważono potrzeby konstruowania specjalnej oferty pomocowej dla

kobiet ani tworzenia grup terapeutycznych złożonych wyłącznie z kobiet. Pojawiły się jednak głosy, że pewna część pracy w terapii grupowej z kobietami powinna przebiegać osobno, bez mężczyzn – byłoby to przydatne, ponieważ w terapii mogą być poruszane intymne czy wstydlive obszary, a zwierzeniami o nich kobietom trudno jest się dzielić w obecności mężczyzn. Zwrócono natomiast uwagę, że w Poznaniu istnieją dwie kobiece grupy AA, do których wstęp mają mężczyźni tylko podczas mityngów otwartych (pierwsza z tych inicjatyw, utworzona z ukonstytuowanej grupy systematycznych, cierpliwych kobiet, była niezbyt przychylnie przyjęta w poznańskim środowisku AA, ale przetrwała tę krytykę i istnieje do dziś). Kobiety korzystające z tej formy wsparcia w procesie zdrowienia, z którymi respondentka miała kontakt, stwierdziły, że uczęszczając na mityngi do kobiecej grupy AA, są bardziej szczerze, otwarte i nie czują się oceniane, inne natomiast lepiej czują się w koedukacyjnych grupach AA. Z doświadczeń innej z respondentek wynikało, że lepiej jest, gdy grupy terapeutyczne są dwupłciowe – jej zdaniem w kobiecych grupach terapeutycznych trudniej się pracuje, a wiąże się to między innymi z nieformalnym życiem grupy i większą trudnością kobiet do przystosowania się do zasad pracy grupowej, a także z niekiedy występującą walką o pozycję w grupie. Kolejna terapeutka zasygnalizowała, że kobiety potrzebują często pewnych określonych warunków terapii – mowa tu przede wszystkim o poczuciu bezpieczeństwa w terapii, pewności co do zachowania przez terapeutę tajemnicy o ich leczeniu się (nawet wobec najbliższych, ale i także w miejscu pracy). Kobiety potrzebują od terapeuty więcej uwagi, więcej czasu, okazywania im szacunku, podkreślania ich wartości jako kobiety (pomimo ich problemu alkoholowego), a także poczucia bycia „zaopiekowaną”. Częściej niż mężczyźni przedłużają pobyt na oddziale dziennym, częściej też wspierają się terapią indywidualną.

W opinii badanych terapeutek w Polsce generalnie mamy do czynienia z dobrze zorganizowaną ofertą pomocową dla osób uzależnionych od alkoholu (obu płci). Za jej mocną stronę uznano: wiele ośrodków zatrudniających licznych profesjonalistów, pracujących na zbieżnych, podobnych programach i wytycznych, zawsze otwieranie pracy z pacjentem diagnozą (niekiedy poprzedzoną detoksem), potem realizowany jest program podstawowy, następnie pogłębiany, uzupełniany i kontynuowany poprzez wiele propozycji warsztatów. Ponadto leczenie jest bezpłatne. Prawdopodobnie istnieją różnice między ofertą w dużych ośrodkach miejskich a pozostałą częścią kraju. Jeśli w mniejszych miejscowościach nie ma ośrodków leczenia, to istnieje możliwość skorzystania z ośrodków zamkniętych.

Jednomyślnie wysoko oceniono też poznański system pomocy osobom z problemem alkoholowym. Oferta jest bogata pod względem ilości, różno-

rodności i dostępności proponowanych form pomocy, a także jakości oferowanych usług: nie ma długich okresów oczekiwania na konsultację (zwykle około tygodnia), jest różnorodność placówek, wielość rodzajów terapii (w trybie ambulatoryjnym i oddziałów dziennych), dobry dostęp do nich dla uzależnionych i ich najbliższych (w każdej dzielnicy miasta, często nawet przez 12 godzin na dobę), ofertę poradni uzupełnia możliwość korzystania z terapii prywatnie. Jedna z respondentek stosunkowo dobrze oceniła współpracę z kuratorami sądowymi, choć zauważyła, że wszystko zależy od woli ludzi. Jej zdaniem swobodę w kontaktach między terapeutami uzależnień a przedstawicielami służb społecznych krępuje ustawa o ochronie danych osobowych⁶⁹⁶. Trudnością jest to, że nie ma jasnych wyznaczników tego, co wolno, a czego nie wolno powiedzieć o pacjencie.

Wśród uwag dotyczących możliwości optymalizacji systemu pomocowego dla osób uzależnionych od alkoholu, jedna z respondentek zasygnalizowała, że niegdyś dofinansowanie przez Urząd Miasta Poznania stwarzało szersze możliwości pracy i oferowanie pacjentom większej liczby możliwości (np. poza typowym programem organizowanie tzw. rajdów terapeutycznych czy weekendowe wyjazdy uzależnionych i współuzależnionych), natomiast finansowanie przez NFZ uniemożliwia realizowanie takich inicjatyw i wychodzenie poza ambulatoryjną działalność poradni (kontrakty z NFZ⁶⁹⁷ narzucają ścisłe rygory i precyzyjnie limitują udzielanie porad). Brakuje w związku z tym oferty dla pacjentów z kilkuletnią abstynencją. W porównaniu do poprzednich lat brak dodatkowych funduszy na takie działania, które zapewniał UM. Wielokrotnie wskazano również, że potrzebna jest w późniejszym etapie zdrowienia większa oferta pomocy rodzinie jako całości. Okazuje się, że oddzielny udział alkoholika w terapii i oddzielny udział w terapii osoby współuzależnionej oraz dzieci to za mało – należałoby objąć wszystkich członków terapią rodzinną jako elementem scalającym całą rodzinę w trakcie leczenia pijącego członka. Brakuje też informacji dla poszukujących pomocy (gdzie i jaką pomoc można uzyskać).

Na koniec analiz wypowiedzi terapeutek uzależnień konstatacja jednej z respondentek: powrót do środowiska, w którym pacjentka ma małe

⁶⁹⁶ Mowa tu i w pozostałych wywiadach o *Ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych* (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

⁶⁹⁷ W opracowanym przez PARPA w 2016 roku projekcie mapy potrzeb w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu ujęto między innymi postulat, aby w ogólnej puli środków NFZ na leczenie uzależnienia od alkoholu kontrakty na leczenie w poradniach stanowiły co najmniej 40-45% środków, dając możliwości, aby poradnie były czynne pięć dni w tygodniu, w godz. od 8 do 19, dysponując programem podstawowym i ponadpodstawowym dla osób uzależnionych i członków ich rodzin. Więcej patrz. J. Fudała, *Mapa potrzeb w uzależnieniu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 6, s. 3.

wsparcie społeczne, rokuje duże prawdopodobieństwo powrotu do picia. Żeby utrzymać trzeźwość, trzeba zmienić tryb życia, trzeba się „nauczyć” nowego życia.

- kierowniczka hostelu dla osób uzależnionych i ich rodzin/terapeuta uzależnień

Wywiad ten otwierało pytanie o to, na czym polega praca z kobietami uzależnionymi od alkoholu w hostelu, na którego działalność składa się pomoc ambulatoryjna i stacjonarna osobom uzależnionym i ich bliskim. Mieszkanki hostelu mają szansę uzyskać wsparcie w zakresie m.in.: utrzymania abstynencji, radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, wypełniania codziennych czynności, rozwoju osobistego i społecznego, poruszania się na rynku pracy, uregulowania spraw socjalno-bytowych, podtrzymania i/lub polepszenia kontaktów z najbliższym otoczeniem oraz doskonalenia roli rodzica/opiekuna. Poza oddziaływaniami bezpośrednio skierowanymi na utrzymanie abstynencji nie mniej uważnie traktuje się więc wszelkie problemy towarzyszące. Rozwiązuje się problemy socjalno-bytowe, rozwija możliwości osobowościowe i umiejętności praktyczne. Brak zasobów jest czynnikiem ryzyka przerwania abstynencji, ponieważ bez zasobów nie ma w oparciu o co radzić sobie z pojawiającymi się trudnościami, a wtedy łatwo wrócić do dobrze znanego sobie sposobu radzenia sobie z problemami w postaci picia. Funkcjonowanie hostelu łączy więc ze sobą kilka bardzo istotnych funkcji: pozwala na wsparcie leczenia uzależnienia rozpoczętego w placówce zamkniętej lub poradni, daje możliwość odseparowania się od często nieprawidłowo funkcjonującego systemu rodzinnego z jednoczesną możliwością sprawowania codziennej opieki nad dziećmi, daje możliwość znalezienia schronienia osobom, które kontynuują leczenie i nie mają gdzie zamieszkać oraz pozwala z pomocą specjalistów wprowadzić wiele rozwojowych zmian zależnie od potrzeb danej osoby.

Jako najbardziej specyficzne w problemie alkoholowym kobiet (porównując z mężczyznami) respondentka wymieniła trzy elementy: kobiety często piją podczas nieobecności lub snu dzieci, gdy uporać się z codziennymi obowiązkami, w bardzo krótkim czasie doświadczają silnej degradacji fizycznej, a także mają mniejsze przyzwolenie społeczne na picie i zdrowienie. Odwołując się do wiedzy i dotychczasowych doświadczeń zawodowych, za typowe problemy kobiet uzależnionych od alkoholu uznała to, że nierzadko początek uzależnienia kobiet poprzedza współuzależnienie oraz fakt, że równie często swoje problemy „leczą” używkami. Charakterystyczne dla nich jest także to, że ich rodziny pochodzenia cechuje najczęściej brak prawidłowych wzorców.

Kolejne pytania oscylowały wokół kwestii terapii kobiet uzależnionych od alkoholu. Rozmówczyni zauważyła, że wiele problemów jest dla kobiet wstydlivych (zwłaszcza problemy seksualne, doświadczenia przemocy

każdego typu), dlatego w jej opinii początek terapii może przebiegać koedukacyjnie, ale w grupach pogłębianych należy iść za potrzebami kobiet i koncentrować się (przynajmniej częściowo) na ich problemach. Kobiety zdają się także częściej „wypadać” z terapii, bo trudniej im poświęcić czas sobie, gdyż raczej koncentrują się na dzieciach, jak też częściej na kobiety niż mężczyźni nikt nie czeka po zakończonej terapii. Opierając się na swoim doświadczeniu terapeuty, respondentka odpowiedziała, iż postawione wprost pytanie o powód leczenia, o motywację jest dobrym punktem wyjścia do uruchamiania woli tych kobiet do podjęcia leczenia. Poruszenie kwestii dzieci często jest świetnym punktem startowym do pracy nad zmianą, zwłaszcza sądowe odebranie ich lub groźba ich odebrania. Motywujące dla nich może być również wyobrażenie sobie życia i siebie w przyszłości, w jakiejś dalszej perspektywie czasowej.

Jeśli chodzi o ocenę oferty pomocowej dla osób uzależnionych od alkoholu, to zdaniem rozmówczyni Polska jest pod tym względem zróżnicowana terytorialnie i nadal istnieją całe obszary/regiony nieobjęte wystarczającą pomocą. Natomiast w odniesieniu do środowiska poznańskiego, to zostało ono ocenione wysoko ze względu na dużą dostępność do specjalistów (psychologów, terapeutów i psychiatrów), wielość poradni i różnorodność form udzielanego wsparcia, a także krótkie terminy oczekiwania na wizytę u terapeuty uzależnień.

Oceniono także, że brak współpracy w tego rodzaju przypadkach z innymi podmiotami, którym przypisano funkcję diagnozy, terapii i kontroli, jest zdecydowaną bolączką w Poznaniu. Każda placówka działa na swoim polu, bez ciągłości działań międzyinstytucjonalnych skoncentrowanych na wymagającej wsparcia osobie. Osoba powinna płynnie przechodzić między placówkami, by wzmocnić efekty pomocy wcześniejszej placówki i uzyskać wsparcie adekwatne do jej potrzeb w kolejnej.

- pracownicy socjalni

Skoro praca socjalna jest działalnością zawodową, mającą na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi⁶⁹⁸, to z pewnością osoby uzależnione od alkoholu (obu płci) znajdują się w obszarze działań pracowników socjalnych.

W ramach badania przeprowadzono 14 wywiadów eksperckich z pracownikami socjalnymi, stykającymi się w swojej codzienności zawodowej z kobietami uzależnionymi od alkoholu.

⁶⁹⁸ Art. 6 pkt. 12 *Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 930).

Pierwsze pytanie diagnozowało częstość konfrontowania się badanych osób w ich codzienności zawodowej z kobietami uzależnionymi od alkoholu. Niektórzy podjęli wysiłek skrupulatnego policzenia takich klientek w ciągu całej swojej dotychczasowej praktyki zawodowej, niektórym się to nie udało. Jeśli chodzi o konkretne wskazania, to odpowiedzi były bardzo zróżnicowane: od dwóch do dziewięciu takich kobiet w ostatnim roku oraz od trzech do kilkunastu w całym doświadczeniu zawodowym. Jedna z respondentek zauważyła, że w swojej dotychczasowej praktyce zawodowej obserwuje tendencję rosnącą tego problemu oraz że na początku jej pracy były to sporadyczne przypadki (lub może po prostu nieuchwytny). Podobna była inna opinia o nasileniu tego problemu, przynajmniej w rejonie pracy respondentki w ostatnim roku. Pojawiło się także spostrzeżenie o generalnym wzroście liczby kobiet świadomych swojego problemu alkoholowego. Zdaniem innej respondentki w poprzednich latach była to raczej stała liczba kobiet, *constans* problemu. Słusznie zauważano, że wprawdzie można wskazać kilka ewidentnych przypadków kobiet uzależnionych od alkoholu, ale jednocześnie część przypadków jest utajona, ukryta pod maską niezaradności życiowej. Celna była także uwaga, że kobiety uzależnione od alkoholu pojawiają się w polu zainteresowania instytucji pomocy społecznej i jako klientki, i jako członkinie rodzin korzystających z pomocy społecznej. Jedna z respondentek oszacowała, że na przestrzeni ostatnich pięciu lat jest to problem dosyć częsty – jedna kobieta na cztery rodziny (w tym niezdiagnozowane).

Na pytanie o to, czy praca z kobietami uzależnionymi od alkoholu – w porównaniu do innych przypadków – jest łatwiejsza czy trudniejsza, jednoznacznie 11 osób odpowiedziało, że trudniejsza, dwie wstrzymały się od oceny, natomiast jedna osoba orzekła, że praca ta jest inna, bo problem uzależnienia kobiet jest mniej ewidentny, mniej widoczny, bardziej ukryty, a raczej częstszy jest problem współuzależnienia.

Respondenci w wyczerpujący sposób wskazywali, co w ich opinii stanowi największą trudność w pracy z tymi kobietami. Wielokrotnie powtarzano, że wynikają one z samego uzależnienia (bez względu na płeć i typ uzależnienia), z elementów wpisanych w jego istotę i związanych z istnieniem mechanizmów uzależnienia: braku identyfikacji z problemem, niedostrzegania go, nieuświadomienia jego wagi, zaprzeczania jego istnieniu, niekonfrontowania się z jego istnieniem, wypierania (się) problemu, manipulowania otoczeniem, kłamstwa, szukania winy w czynnikach zewnętrznych, oporu w podjęciu leczenia. Zdaniem respondentów wskazywane trudności wynikają także ze specyfiki problemu alkoholowego kobiet, a więc: picie w samotności, w ukryciu, kamuflowanie problemu przez te kobiety, ukrywanie się z nim, maskowanie go, potęgowane wstydem i funkcjonującym stereotypem społecznym, że kobiety nie powinny być uzależnione, ponieważ społeczne wyobrażenie

kobiety przypisuje jej rolę matki, a nie „pijaczki”, co wiąże się z negatywnymi konotacjami obrazu kobiety pijącej i jej gorszym postrzeganiem niż pijącego mężczyzny. Oceniono, że jest większe społeczne przyzwolenie na pijących mężczyzn, zaś kobiety spotykają się z większym potępieniem, dlatego rzadziej niż mężczyźni przyznają się do problemu i towarzyszy im silniejszy (niż u mężczyzn) opór przed przyjęciem do poradni leczenia uzależnień. Stwierdzono także, że w toku realizowania planu działania pomocowego z kobietami uzależnionymi od alkoholu najtrudniejsze są: ich nieobowiązkowość, zapominanie, składanie pustych obietnic, usprawiedliwianie się, niesystematyczność, wypieranie własnego problemu alkoholowego i istniejących problemów rodzinnych, pomimo zawarcia kontraktu – niepodejmowanie terapii, nieradzenie sobie z prostymi sprawami (takimi jak np. utrzymanie porządku w mieszkaniu czy załatwianie spraw w urzędach), obojętność na życie rodzinne i codzienne funkcjonowanie, unikanie konfrontacji z problemami i brak zrozumienia problemów, jakie zaistniały w rodzinie. Jako charakterystyczne uznano również: życie w swoim świecie z alkoholem, brak gotowości (do czegokolwiek) oraz niechęć do zmian. W sytuacji, gdy kobiety te starają się o świadczenia, są w stanie się zmobilizować, potem często kontakt się urywa. Zauważono także u tych kobiet tendencje do manipulacji i wykorzystywania dzieci dla własnych interesów, zwłaszcza że w zasadzie we wszystkich przypadkach zachodzi konieczność objęcia dzieci pomocą. Ogólnie oceniono, że jest to trudna współpraca, podejmowana i prowadzona w kontekście braku ewidentnych przesłanek do postawienia diagnozy, w poczuciu niepewności, że w każdej chwili może nastąpić nawrót choroby, a także związana z tym, że często podstawą niepowodzeń życiowych jest uzależnienie od alkoholu, ale przyczyna tego jest ukryta i zakamuflowana innymi zachowaniami (lub brakiem zachowań), a co więcej – problem alkoholowy zaburza pracę z tymi kobietami w innych obszarach.

Kolejne pytanie dotyczyło tego, czy praca z kobietami uzależnionymi od alkoholu wymaga od respondentów szczególnych kompetencji. W części wypowiedzi wskazano, że przydatne są uniwersalne umiejętności i kompetencje w pracy z ludźmi, jakimi powinien odznaczać się pracownik socjalny, szczególnie jednak podkreślano ważność kompetencji przydatnych w pracy motywującej i wspierającej. Za istotne uznano umiejętności prowadzenia rozmowy bez względu na problem, dostosowywanej indywidualnie do sytuacji danego klienta, umiejętności prowadzenia dialogu jak ze wszystkimi (z zaznaczeniem jednak, że uzależnieni wzbraniają się przed ustaleniami w kontrakcie, a jego przestrzeganie stanowi dla nich trudność), umiejętności wzbudzania świadomości problemu. Szczególne przydatne są zdolności komunikacyjne zarówno w sytuacji, gdy zachodzi podejrzenie co do istnienia problemu alkoholowego, jak i w kontakcie z osobami, które już się do tego przyznały. Często pod-

kreślano wagę posiadania umiejętności z zakresu motywowania klienta. Potrzebna jest także podstawowa wiedza na temat problemu alkoholowego, wiedza specjalistyczna na temat mechanizmów uzależnienia, umiejętności rozpoznania objawów uzależnienia (fizycznych, behawioralnych), znajomość procesu leczenia, elementów prowadzenia terapii, a także orientacja w zakresie lokalizacji placówek w Poznaniu. Zasygnalizowano również, że sprzyjającymi w pracy z takim osobami (nie tylko kobietami) są: doświadczenie zawodowe, umiejętności słuchania, motywowania, przekonywania i budowania sieci wsparcia, a także oderwanie się od własnych uprzedzeń i negatywnych emocji związanych z odbiorem osób uzależnionych. Swoistą konkluzją może być wypowiedź jednego z respondentów – generalna zasada jest taka: należy pracować intencjonalnie, a nie intuicyjnie.

W związku z tym, że badani posiadali pewne doświadczenie zawodowe, w które wpisany był kontakt z kobietami uzależnionymi od alkoholu, zapytano, czy w świetle ich wiedzy i dotychczasowych doświadczeń zawodowych problemy kobiet uzależnionych od alkoholu są typowe, powtarzalne dla nich (biorąc pod uwagę to, że każda historia życia jest unikatowa). Jedna z respondentek słusznie zauważyła, że ich klientki trafiają do pracowników socjalnych zwykle w powtarzalnym splocie elementów sytuacji życiowej: braku środków finansowych, powiązaniem z ubóstwem, bezrobociem i niskim wykształceniem. W wielu przypadkach towarzyszą temu problemy rodzinne, samotne wychowywanie dzieci, problemy opiekuńczo-wychowawcze i zaniedbania dzieci, a nawet odbieranie dzieci przez sąd. Dodatkowo sytuację życiową komplikują problemy z mieszkaniem, niespodziewane cięższe, jakieś dramatyczne doświadczenia życiowe, brak wsparcia rodziny. Wiele z nich wywodzi się z rodzin, w których występował problem alkoholowy (stając się dzieckiem alkoholika/alkoholików oraz powielając schematy i wzorce z własnego domu rodzinnego) i/lub pozostawały w związku z pijącym partnerem (będąc uzależnionymi i współuzależnionymi), wchodziły w związki z mężczyznami z „bogatą historią życia”, w relacje przemocowe. W zasadzie regułą (przynajmniej na początku pracy z nimi) jest zaprzeczenie własnemu uzależnieniu, ukrywanie go, wypieranie ze świadomości, nieprzyznawanie się do problemu, szukanie usprawiedliwień dla niepodejmowania leczenia. Większość klientek ma poczucie bycia zmuszoną do podjęcia leczenia (jako warunek uzyskania pomocy z MOPR). Wiele z nich cechuje roszczeniowość w stosunku do wszystkich i o wszystko, prymitywizm myślenia i zachowań oraz manipulowanie innymi. Za wspólny mianownik dla nich można uznać niepowodzenia życiowe, zawodowe i rodzinne.

Ponownie odwołując się do doświadczeń zawodowych respondentów, zapytano, czy w ich praktyce zawodowej zdarzyło się którejś podopiecznej

wyjsć z tego problemu. Jedna z badanych zauważyła, że podopiecznych traci się z pola widzenia, wymykają się spod kontroli, nie ma możliwości monitoringu, więc trudno ocenić. Inna respondentka nadmieniła, że dokonanie jednoznacznej oceny utrudnia to, iż zdarzają się wzloty i upadki – podejmowanie terapii, ale potem nawrót choroby. Dwie osoby zdecydowanie odpowiedziały, że nie miały takich przypadków, natomiast 10 przypominało sobie taki sukces (ale były to najwyżej jedna lub dwie osoby w całej praktyce zawodowej).

W związku z tym, że elementem pracy pracownika socjalnego jest dyrektywa odkrywania i maksymalnej mobilizacji całego wewnętrznego potencjału biopsychicznego jednostki, kolejne pytanie dotyczyło tego w oparciu o co – zdaniem respondentów, z perspektywy ich profesji – można wyzwolić uruchomienie w kobietach uzależnionych od alkoholu ich woli do podjęcia leczenia i generalnie do zmiany swojego życia. Jako punkt przełomowy wskazano: przeżyty „wstrząs” życiowy, tragedię (np. chorobę bliskiej osoby) oraz utratę czegoś cennego w swoim życiu, ale tylko, gdy ma miejsce kumulacja strat (np. utrata mieszkania i jednocześnie ubóstwo). W udzielonych odpowiedziach często pojawiał się wątek dzieci. Wypowiedzi były tutaj dwojakiego typu (co jest zrozumiałe, biorąc pod uwagę fakt, że udzielano ich na podstawie własnych obserwacji i doświadczeń zawodowych): część respondentów była zdania, iż posiadanie dzieci staje się pierwszym argumentem, że można żyć inaczej, a perspektywa ich odebrania lub zaistnienie faktu przekazania sprawy do sądu, bądź faktyczne odebranie dzieci, bywają motywującymi dla kobiet i zdarza się, że podejmują one terapię; zdecydowana większość respondentów twierdziła natomiast, że wprowadzie rodzina, a zwłaszcza dzieci (uświadomienie krzywdzenia ich lub wyraźna zapowiedź możliwego odebrania ich matce decyzją sądu) może być elementem wyjściowym do rozmowy z nimi, ale przy zaawansowanym uzależnieniu ten argument już nie działa, ponieważ w tej fazie dzieci nie stanowią dla nich wartości. Często bywa tak, że dzieci są gwarancją otrzymania zasiłku z ośrodka pomocy społecznej, więc troska o nie okazuje się manipulacją, a zagrożenie zabrania dzieci nie zawsze działa długotrwale, bo za pierwszymi chęciami zmiany siebie i swojego życia idzie „odpuszczenie sobie” (zwłaszcza gdy uzależnienie jest już w zaawansowanej fazie). Zasygnalizowano przy tym nieskuteczność zapisów prawa dotyczących dobrowolności leczenia (tj. nawet nakaz sądu do leczenia nie jest skuteczny), a także pojawianie się dylematów, jakich doświadczają pracownicy socjalni dostrzegający interesowne traktowanie dzieci jako karty przetargowej w ręku tych kobiet starających się o świadczenia pomocy społecznej. Jako kolejny „punkt zaczepienia” w rozmowie motywacyjnej z tymi kobietami wskazano istnienie szerszej rozumianej rodziny, to znaczy poza dziećmi także wnuków bądź niepijącego męża/partnera, któremu

zależy na kobiecie i który ją wspiera. Jedna z respondentek zauważyła, że kobiety te składają deklaracje, które potem okazują się pustymi, ponieważ choć na początku wierzą w zmianę swojego życia i chcą jej, potem wycofują się właśnie dlatego, że nie mają wsparcia w najbliższych. Kolejne propozycje dotyczyły pozytywnych wzmocnień motywacji w postaci: wskazania przykładów innych osób uzależnionych od alkoholu, którym się udało wyrwać z uzależnienia, utrwalenia poczucia, że nie są same z problemem i nie muszą być zamknięte w czterech ścianach, nawiązywania relacji z innymi, szukania wsparcia w otoczeniu, a także pokazania potencjalnych korzyści z trzeźwego życia. Na niektórych mobilizująco działa przykład tych, którzy zapili się na śmierć. Jedna z respondentek stwierdziła, że jej zdaniem samo sygnalizowanie problemu osobie nie przynosi efektów. Inna natomiast podkreśliła, że istotna jest nie tyle siła argumentów, co długotrwałość oddziaływań na osobę (podobnie jak kropla draży skałę). Respondenci byli natomiast jednomyślni w opinii, że finansowe argumenty nie są motywacją i że utrata świadczeń finansowych nie jest bodźcem – kobiety wolą się wycofać, zerwać kontrakt i kontakt. Niestety często leczenie podejmowane jest pod specyficznym zewnętrznym przymusem po to, by zyskać zaświadczenie z poradni leczenia uzależnień, będące warunkiem uzyskania pomocy finansowej z MOPR.

W toku wywiadu poproszono również badanych o własną ocenę poznańskiej sieci wsparcia społecznego dla kobiet uzależnionych od alkoholu, które rozpoczęły leczenie. Generalnie oceniono ją wysoko, a złożyły się na to: duży wybór placówek, wielość ich typów i wachlarz możliwości udzielanej pomocy (poradnie leczenia uzależnień, organizacje typu Monar, grupy AA, Alanon, DDA), dostępność do placówek, brak rejonizacji, możliwość wyboru poradni (jeśli ktoś chce, znajdzie pomoc i w swojej, i w innej dzielnicy), fachowość, stosunkowo krótkie terminy, wystarczająca informacja o istnieniu takich placówek. Zauważono przy tym, że czasami warto wybrać ośrodek poza swoją dzielnicą, żeby nie mieć kontaktu z pijącymi „spod domu”, z okolicy, z sąsiedztwa. Pojawiła się też opinia, że do wyboru jest wiele placówek, ale część z nich niezbyt dobrze działa, a także inna, dotycząca tego, że istnienie MKRPA wiąże się z koniecznością dopracowania rozwiązań systemowych. Zaobserwowano również, że w przypadku poznańskiego leczenia stacjonarnego jest zbyt mało miejsc i gdy zachodzi pilna potrzeba umieszczenia osoby, zwykle nie ma takiej możliwości, bo wiąże się to z długim okresem oczekiwania. Słusznie stwierdzono, że choć istnieje bogata oferta pomocowa, dostępność propozycji terapii indywidualnej i grupowej, to sama natura uzależnienia powoduje, że problem ten nie jest skutecznie rozwiązywany oraz że choć pomoc jest dla tych, którzy jej potrzebują, i w Poznaniu każdy, kto chce się leczyć, ma taką możliwość, to

wszystko zależy od gotowości osoby uzależnionej, ale to, co osoba uzależniona zrobi z tą ofertą, zależy wyłącznie od niej.

Kolejne pytanie odnosiło się do tego, czy każdy z respondentów dostrzegł istnienie jakiejś płaszczyzny wymiany i dzielenia się doświadczeniami w gronie osób reprezentujących jego profesję, które pozwoliłyby na ich rozwój i samorozwój (w kontekście pracy z osobami uzależnionymi). Opinie były tu zróżnicowane. Sześć osób jednoznacznie oceniło, że nie ma takiej płaszczyzny. Inni orzekli, że brak jest oficjalnych spotkań przedstawicieli służb społecznych, raczej są to półprywatne kontakty, w obiegu nieoficjalnym, zrodzone wskutek wieloletnich znajomości. Część badanych wskazała na możliwość uzyskiwania ewentualnych wskazówek w ramach grup roboczych czy superwizji, jak również na radzenie się w gronie innych pracowników socjalnych i nieformalną wymianę doświadczeń z nimi. Niektórzy badani mieli okazję rozwijania swojej wiedzy, biorąc udział w zewnętrznych szkoleniach w ramach doksztalcania, skupiających osoby z innych instytucji i z innych filii MOPR. Trzy osoby wskazały Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, ale wyłącznie w przypadku podejrzenia stosowania przemocy, w sytuacji procedury „Niebieskiej Karty”. Tylko dwie osoby wymieniły kilka podmiotów (kuratorów, psychiatrów, terapeutów uzależnień, pedagogów szkolnych, służbę zdrowia, policję, sąd), z którymi, ich zdaniem, istnieje taka płaszczyzna kontaktu i wymiany doświadczeń. Jedna z badanych osób nadmieniła, że z perspektywy rejonowego pracownika socjalnego brak jest czasu na takie działania. Inni podkreślali blokujący takie kontakty nakaz zachowania tajemnicy zawodowej terapeutów uzależnień.

Nieco w nawiązaniu do poprzedniego pytania respondenci mieli także wyrazić swój pogląd co do istnienia współpracy z innymi podmiotami, którym przypisano funkcję diagnozy, terapii i kontroli (w kontekście problemu alkoholowego mieszkańców Poznania). Zdaniem ośmiorga spośród nich nie ma takiej współpracy. Jeśli o takiej można mówić, to sprowadzona jest do korespondencji służbowej lub telefonicznej i raczej ma ona charakter działania interwencyjnego niż stałej współpracy. Pojedyncze, pozytywne doświadczenia wiązano z kontaktem ze szkołami, przedszkolami i kuratorami sądowymi. Za najbardziej pożądanym uznano kontakt z terapeutami uzależnień⁶⁹⁹,

⁶⁹⁹ W § 11.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz.U. z 2012 r. poz. 734) mowa o tym, że podmioty lecznicze wykonujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu współpracują między innymi właśnie z ośrodkami pomocy społecznej właściwymi ze względu na miejsce zamieszkania lub stałego przebywania osoby uzależnionej od alkoholu. Często praktyka pokazuje jednak, że stwierdzenie to ma charakter życzeniowy.

lecz ten jest znikomy – ogranicza się do uzyskiwania od nich poświadczeń o podjętej lub realizowanej terapii, raczej bez osobistego kontaktu z nimi, niekiedy tylko telefonicznie, choć *Ustawa o ochronie danych osobowych* znacznie ogranicza te możliwości (tę barierę często podkreślano). Sygnalizowano również minimalną, a oczekiwaną współpracę z Miejską Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Kolejne pytanie dotyczyło tego, kto lub co powinien współtworzyć system wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu podejmujących terapię, gdyby takowy zaistniał. Każdy z respondentów wskazał własne miejsce pracy – MOPR, a w jego ramach zarówno rejonowych pracowników socjalnych, zatrudnionych tam pedagogów, jak i utworzony dla wszystkich filii lub w każdej z nich osobno zespół ds. uzależnień, bądź specjalistę/specjalistów ds. leczenia uzależnień w każdej z filii. Najczęściej wskazywani byli także terapeuci uzależnień oraz przedstawiciele MKRPA. Wśród potencjalnie współtworzących taki system wsparcia wymieniano również: kuratorów sądowych, sądy, policję (dzielnicowych), pracowników służby zdrowia (lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów, w tym psychiatrów), pedagogów szkolnych, a także przeróżne ośrodki wsparcia, w tym ośrodki dla bezdomnych, Caritas, CIS, jak również asystenturę rodzin, poznański system świadczeń, grupy AA, stowarzyszenia i fundacje. Jako koordynatora takiej współpracy widziano by: Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (3 wskazania) lub szerzej Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych (1 wskazanie), zespół ds. pracy z osobą uzależnioną i jej rodziną w ramach MOPR (1 wskazanie), specjalistę ds. uzależnień z MOPR (1 wskazanie), MOPR jako instytucja (1 wskazanie) oraz specjalistę ds. uzależnień (3 wskazania). W jednej opinii uznano, że najlepszą byłaby jakaś organizacja pozarządowa, w innej odwrotnie – reprezentant pionu rządowego. Pojawił się tu też pogląd, że najbardziej w takiej roli sprawdziliby się terapeuci uzależnień, ale poradniom nie zależy na współpracy, bo pracują na własny koszt i poza kontraktem z NFZ nie są zainteresowane dodatkowymi zadaniami. Jedna z osób zastrzegła od razu, że pracownicy socjalni nie mają czasu na taką koordynację ze względu na biurokrację wpisaną w ich obowiązki zawodowe. Jeden z respondentów stwierdził natomiast, że najlepszym w takiej sytuacji byłoby partnerstwo, bez wyraźnego koordynatora, bez podległości.

W toku realizacji wywiadów baczna uwagę poświęcano spostrzeżeniom (wyrażanym niejako na uboczu odpowiedzi na zadawane pytania) badanych pracowników socjalnych, zbudowanym na ich wieloletnim doświadczeniu zawodowym. Część z nich można uznać za swoiste postulaty, przydatne w toku weryfikacji i optymalizacji istniejącego systemu pomocowego w ogóle w Polsce, w tym zwłaszcza w problemie uzależnienia od alkoholu. Jest to cenna część materiału badawczego, warta prezentacji.

Niektóre uwagi dotyczyły codzienności zawodowej pracowników socjalnych, związanej bezpośrednio i pośrednio z pracą z klientem uzależnionym od alkoholu. Dwukrotnie pojawiła się sugestia, aby wyspecjalizować grupy pracowników socjalnych według problemów klientów i utworzyć sekcje przeszkolone w jakimś węższym zakresie, np. problemu alkoholowego. Zgłoszono też potrzebę – w ramach samorozwoju pracowników socjalnych – szkoleń służących nabywaniu wiedzy i umiejętności dotyczących tego, jak pracować, żeby nie szkodzić sobie i klientowi, oraz specjalistycznych szkoleń z elementów diagnozy i terapii uzależnień oraz umiejętności motywowania i kierowania na terapię (zauważono też, że takie szkolenia mogą być okazją do nawiązywania kontaktów). Jako bariery dla efektywnej pracy pracowników socjalnych wskazano ograniczenia czasowe w związku z pełnieniem obowiązków zawodowych i ograniczenia wynikające z *Ustawy o ochronie danych osobowych* (konieczna jest zgoda klienta, by terapeuta udzielił informacji o nim pracownikowi socjalnemu). Stwierdzono, że zbyt rzadki kontakt z klientami, brak czasu i przeciążenie obowiązkami utrudnia solidne wejście w dane środowisko, dogłębne zrozumienie sytuacji, przeprowadzenie rzetelnej diagnozy i skuteczne rozwiązanie problemu, zwłaszcza że najefektywniejsze byłoby rozwiązywanie nie tyle problemu alkoholowego, ile jego przyczyn. Za dobre rozwiązanie uznano zatrudnienie w każdej filii MOPR specjalistów ds. uzależnień, pracujących stacjonarnie i z możliwością wyjścia wspólnie z nimi w teren na wywiady; stanowiliby oni źródło informacji i wsparcia (informacyjnego i emocjonalnego), a także odciążenie w sprawach związanych z uzależnieniem alkoholowym klientów dla pracowników socjalnych, jako pośrednicy z poradnikami uzależnień, ze stacjonarnymi ośrodkami i z MKRPA. Pojawiła się również podpowiedź, by intensywniej rozpowszechniać informacje o ofercie pomocowej dla pracowników socjalnych i dla służby zdrowia. Zwrócono też uwagę na brak chęci współpracy ze strony terapeutów oraz brak odpowiedzi ze strony Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (warto, aby MKRPA wysyłała do konkretnych filii MOPR decyzje o danym kliencie), a także obojętność lekarzy pierwszego kontaktu.

Część uwag odnosiła się do kwestii przymusowego leczenia⁷⁰⁰. Zaznaczono, że w rzeczywistości nie ma przymusu leczenia, a czasami bez tego w ogóle nic nie można zrobić. Nadmieniono też, że niekiedy terapia pod przymusem bywa „wyrzuceniem pieniędzy publicznych” i jest „sztuką dla sztuki”, ale bywa też autentycznym punktem wyjścia dla zmiany swojego życia.

⁷⁰⁰ We wspomnianym już wcześniej projekcie mapy potrzeb dotyczących leczenia zaburzeń wywołanych używaniem alkoholu pojawiło się stwierdzenie, że leczenie pacjentów zobowiązanych do tego sądowo jest nieefektywne i ogranicza dostępność do tych świadczeń pacjentom dobrowolnym, a zatem likwidacja tego zobowiązania urealniałaby i poprawiała rynek świadczeń całodobowych oddziałów terapeutycznych. Patrz J. Fudała, *Mapa potrzeb w uzależnieniu...*, op. cit., s. 3.

Następna grupa uwag związana była ze współpracą pomiędzy szeroko rozumianymi służbami społecznymi, które na co dzień stykają się z osobami uzależnionymi od alkoholu. Wyrażono opinię, że w Polsce mamy do czynienia z powielaniem działań przez różne podmioty, brakiem kompetencji, przygotowania merytorycznego i chęci, a skorupa organizacyjna instytucji odbiera kreatywność w podejmowaniu nowych działań. Formalne porozumienia nie są tak efektywne, jak kontakty na niższych szczeblach – osób pracujących bezpośrednio z klientem. Ponadto narzucane działania zwykle nie są skuteczne. Współpraca byłaby sukcesem, gdyby były widoczne jej efekty. Pojawiła się też interesująca sugestia, by w Poznaniu utworzyć centra pomocy rodzinie, w których w jednym miejscu udzielana byłaby całościowa, komplementarna pomoc.

Ostatnia grupa spostrzeżeń stanowiła efekt luźnych obserwacji. I tak wyrażono zdanie, że jednym z istotnych powodów rozszerzania się problemu alkoholowego jest łatwość dostępu do alkoholu oraz pobłajające reakcje społeczne na osoby pijące i osoby pijane. Zwrócono też uwagę na to, że problem alkoholowy może być ukryty, a dotyczy kobiet pracujących, na pozór dobrze funkcjonujących.

Trzeba tu zaznaczyć, że kobiety uzależnione od alkoholu, będące klientkami ośrodków pomocy społecznej, stanowią specyficzną kategorię, odmienną pod pewnymi względami od kobiet z tym samym problemem, ale znajdujących się w diametralnie innej sytuacji życiowej.

- osoby zatrudnione w ramach programu realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu – *Program Wsparcia Rodziny*

Obie badane osoby (dwie kobiety będące psychologami) w swojej pracy zawodowej miały styczność z kobietami uzależnionymi od alkoholu, będącymi przed leczeniem, w jego trakcie i po jego zakończeniu. W przypadku pierwszej podgrupy praca z nimi polegała głównie na motywowaniu ich do podjęcia decyzji o terapii. Nieco odmienna była druga kategoria podopiecznych – kobiet w trakcie leczenia; tu oddziaływania nakierowane były głównie na wspieranie wytrwania w leczeniu, ewentualnie na monitorowaniu go w konsultacji z terapeutą. Wspólna dla tych kobiet była praca z poczuciem ich własnej wartości, a także nieocenianie ich, a raczej wspieranie.

Częstość pojawiania się podopiecznych mających problem alkoholowy oceniono od mniej więcej trzech do siedmiu w ciągu roku (w tym kobiety z podejrzeniem uzależnienia), co stanowi prawdopodobnie od 10 do 20% wszystkich przypadków kobiet będących podopiecznymi respondentek.

Pracę z tymi kobietami oceniono – porównując ją do pracy z mężczyznami – jako trudniejszą i jako inną. Tę odmienną dostrzegano w tym,

że kobiety usilniej ukrywają swój problem alkoholowy, dłużej zaprzeczają, racjonalizują, tłumaczą sobie i innym swoje picie jako standardowe, mają większe problemy z nazywaniem rzeczy po imieniu. Zarówno trudniej zainicjować z nimi rozmowę na ten temat, gdyż wyraźniej unikają tego wątku w rozmowach, jak i trudniej je motywować do leczenia. Jednocześnie zauważono, że charakteryzuje je wstyd większy niż mężczyzn. Z powodu mniejszej akceptacji przez społeczeństwo pijących kobiet i faktu, że kobieta alkoholiczka ma niewielką wartość w odbiorze społecznym, trudniej jest im przyznać się do tego, że jest się alkoholizującą, dłużej bronią swojego wizerunku dobrej matki, porządnej kobiety, stosując silniejsze niż w przypadku mężczyzn mechanizmy ochronne. Kobięce uzależnienie od alkoholu, zdaniem jednej z respondentek, cechuje również to, że piją w ukryciu, nikt się nie orientuje w rozmiarach ich picia, które jest zamaskowane pod przykrywką innych problemów, a do tego rzadziej trafiają do ośrodków na leczenie. Zauważono również, że w przypadku kobiet częstsze jest łączenie uzależnienia od alkoholu z uzależnieniem od leków oraz że degradacja fizyczna, społeczna i psychiczna dotyka je w większym stopniu niż mężczyzn. W konkluzji jednej z wypowiedzi pojawiła się opinia, że kobietom tak szybko nie wybacza się picia, że ich picie w wymiarze konsekwencji zbiera większe żniwo i że kobiety wskutek uwikłania w alkoholizm chyba więcej tracą na każdym polu (dzieci, małżeństwa).

Jako specyficzne dla kobiet uzależnionych od alkoholu wskazano to, że zwykle są one obarczone jakimś „bagażem rodziny pochodzenia”, wiążącym się z dysfunkcjami i tego bagażu konsekwencjami, oraz że powielają schematy z domu rodzinnego. Często same wychowywane przez rodzica alkoholika (rodziców alkoholików) wiążą się z uzależnionymi mężczyznami; w pewnej części przypadków bywają też ofiarami przemocy. Zdaniem jednej z respondentek charakteryzuje je niskie poczucie własnej wartości jako kobiety, jako partnerki, jako matki; czują się gorszymi pod każdym względem; nie pozwalają sobie na równe prawa z innymi; nie wierzą w istnienie własnej wartości, znajdują w sobie więcej negatywów niż pozytywów. Jednocześnie nierzadko łatwo pozwalają przekraczać granice, nie potrafią zadbać o siebie, odmawiać, potrafią się bardziej upodlić, same odzierają się z własnej godności.

W związku z tym, że kobiety są klientkami PWR niejako z przymusu, najczęściej nie ma w nich wewnętrznej woli do zmiany swojego życia, motywacja jest zewnętrzna. Jak odpowiedziała jedna z badanych, punktem wyjścia może być odwołanie się do potrzeby tychże kobiet bycia zrozumianą. Niekiedy motywację do podjęcia leczenia i generalnie do zmiany swojego życia można budować na odwołaniu się do dzieci oraz perspektywy ich fizycznego i emocjonalnego odzyskania. Impulsem może stać się także realne prawdopodobieństwo konsekwencji niezaprzestania picia.

Na pytanie, czy istnieje jakaś płaszczyzna wymiany doświadczeń dla osób pracujących w ramach PWR, która pozwoliłaby na rozwój i samorozwój (w kontekście pracy z osobami uzależnionymi), odpowiedziano, że istnieją możliwości wspólnego omówienia danej osoby, zarówno w formie wysoko cenionych przez pracowników superwizji, jak i służenia sobie nawzajem koleżeńsko. Sporadycznie pojawiają się szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne.

Respondentki poproszono również o ocenę poznańskiej sieci wsparcia społecznego dla osób uzależnionych od alkoholu, które chcą rozpocząć leczenie i które już je rozpoczęły. Podkreślono zróżnicowany charakter świadczonej pomocy (wielość trybów udzielanej pomocy) oraz dobry dostęp do form pomocy instytucjonalnej – w każdej dzielnicy mieści się przynajmniej jedna placówka (poradnie leczenia uzależnień i poradnie zdrowia psychicznego), a także grupy AA.

Ostatnia część wywiadu dotyczyła współpracy w przypadkach kobiet (osób) uzależnionych od alkoholu z innymi podmiotami, którym przypisano funkcję diagnozy, terapii i kontroli. Oceniono jednomyślnie, że obecnie istnieje pewna współpraca, ale zaangażowanie bywa zróżnicowane (wiele zależy od dobrej woli konkretnej osoby). Zauważono, że gdy taka współpraca funkcjonuje, płyną z niej same korzyści: wymiana informacji, łączenie strzępków informacji w całościowy obraz, weryfikacja działań i ich niepowielanie. Najwyższą ocenę – jako współpracujących – zyskali tu pracownicy socjalni. Ich też – w ewentualnie współtworzonym systemie wsparcia – wskazano jako koordynatorów. W takim systemie widziano również konieczność obecności kuratorów, asystentów rodziny, terapeutów uzależnień, pedagogów i psychologów szkolnych, policjantów/dzielnicowych, przedstawiciela MKRPA, lekarzy rodzinnych i psychiatrów.

- asystenci rodziny

W zakres obowiązków asystentów rodziny (wyszczególnionych w art. 15 *Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*⁷⁰¹) wpisują się działania, których adresatkami są kobiety nadużywające alkoholu lub uzależnione od niego.

⁷⁰¹ Na mocy art. 15 *Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 697) do zadań asystenta rodziny należy w szczególności: opracowanie i realizacja planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym; opracowanie (we współpracy z członkami rodziny i koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej) planu pracy z rodziną, który jest skoordynowany z planem pomocy dziecku umieszczonemu w pieczy zastępczej; udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej (w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego); udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu ich problemów: socjalnych, psychologicznych, wychowawczych; wspieranie aktywności społecznej rodzin; motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych; udzielanie pomocy w poszukiwa-

W toku realizacji wywiadów eksperckich do ich przeprowadzenia wybranych zostało dwóch asystentów mających najliczniejsze w swojej praktyce zawodowej sytuacje pracy z kobietami, co do których zachodziło podejrzenie, że są uzależnione od alkoholu, bądź z kobietami z takim rozpoznaniem. Jeden z nich oszacował, że w ostatnim roku kobiety takie stanowiły ok. 30% przypadków (niezdiagnozowane oraz stanowiące mniejszość już zdiagnozowane), zaś druga z osób w ciągu czteroletniej praktyki miała styczność z czterema takimi osobami. Te dysproporcje w oszacowaniu częstości kontaktu z takimi kobietami biorą się stąd, że praca jest długofalowa, a ponadto osoby, które nie chcą podjąć leczenia, „wypadają” z programu.

Praca badanych asystentów rodziny, mająca charakter pogłębionej pracy socjalnej z kobietami uzależnionymi od alkoholu, zależała od zaawansowania uzależnienia i zdrowienia danej kobiety. W przypadku uzależnienia niezdiagnozowanego (te sytuacje są częstsze, zwykle problem alkoholowy podopiecznych ujawnia się dopiero w toku pracy) działania wiązały się z zachęcaniem do poddania się diagnozie; gdy uzależnienie było już zidentyfikowane, oddziaływania nakierowane były na motywowanie do kontynuacji terapii. Ponadto jeden z respondentów określił, że do zadań asystenta rodziny należy bycie pewnego rodzaju pomostem między kobietą a instytucją, np. poradnią uzależnień. Zaznaczono, że istotna jest konsekwencja w pracy z tymi kobietami, pokazywanie istniejących możliwości leczenia oraz nakreślanie możliwych skutków dokonywanych przez nie wyborów (w tym decyzji o niepodjęciu leczenia), przy jednoczesnym pozostawianiu wolności w ich dokonywaniu. Zwrócono też uwagę, że gdy uzależnienie jest stwierdzone, idealnie jest zacząć od terapii, a potem stopniowo porządkować inne sprawy i rozwiązywać inne problemy, ponieważ uzależnienie od alkoholu jest zazwyczaj ich pierwotną przyczyną.

Na pytanie o to, jak praca z uzależnionymi od alkoholu kobietami rysuje się w porównaniu do pracy z mężczyznami, jednomyślnie stwierdzono,

niu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej; motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych; udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych; w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodzin – podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych; prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci; prowadzenie dokumentacji dotyczącej pracy z rodziną; dokonywanie okresowej oceny sytuacji rodziny (nie rzadziej niż co pół roku) i przekazywanie tej oceny odpowiedniemu podmiotowi; monitorowanie funkcjonowania rodziny po zakończeniu pracy z nią; na wniosek sądu sporządzanie opinii o rodzinie i jej członkach; współpraca z jednostkami administracji rządowej i samorządowej, właściwymi organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami i osobami specjalizującymi się w działaniach na rzecz dziecka i rodziny; współpraca z zespołem interdyscyplinarnym lub grupą roboczą, o których mowa w art. 9a *Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* lub innymi podmiotami, których pomoc przy wykonywaniu zadań uzna za niezbędną.

że jest trudniejsza, choć mechanizmy uzależnienia są identyczne dla obu płci. Co wobec tego stanowi, w opinii respondentów, największą trudność w pracy z tymi kobietami? Kobiety piją w ukryciu i starają się o to, żeby się nie ujawnić. Są bardziej skłonne wmawiać innym i sobie, że nie mają problemu alkoholowego ani nie istnieją jego konsekwencje. Charakteryzują je powtarzalne dla nich tendencje racjonalizowania swojego picia, zrzucania odpowiedzialności i winy na innych, podważania obiektywnie stwierdzonych faktów, wypierania i utwierdzania się w przekonaniu, że nie mają problemu, negowania lub pomniejszania szkód. Ponieważ trudno jest się przebić przez ich mur zaprzeczeń, a ponadto nie dostrzegają one negatywnych skutków swojego picia, trudno skonfrontować je z tymi konsekwencjami i pokazać im zyski z niepicia. Często, gdy pojawia się propozycja poddania się leczeniu, reagują odmową lub zerwaniem współpracy, lub gdy wstępnie wyrażają zgodę, często deklaratywnie podchodzą do proponowanej współpracy. Inne spostrzeżenie respondentki dotyczyło stosunkowo często powtarzalnej kwestii: sygnalizowanych przez wiele kobiet oporów w uczestniczeniu w terapii grupowej (można mieć podejrzenia, że jest to tylko pretekst do tego, by nie podejmować leczenia, ale skoro obserwacja jest powtarzalna, trzeba założyć, że są to autentyczne obawy). Respondent, będący mężczyzną, dodał także, że jego zdaniem praca z nimi jest trudniejsza ze względu na jego płęć.

Odwołując się do dotychczasowych doświadczeń zawodowych, respondenci wskazali pewne powtarzalne problemy i cechy kobiet uzależnionych od alkoholu. Zauważono, że w większości są to kobiety skrzywdzone, wychowywane w rodzinach z jakimiś dysfunkcjami, z dużym bagażem negatywnych doświadczeń dotyczących dzieciństwa i dorastania, powtarzające we własnych związkach dysfunkcje z domu rodzinnego (głównie w związkach z mężczyznami przemocowymi lub pijącymi). Częstokroć przyczyną ich picia było przeżycie jakiegoś kryzysu czy bolesnego wydarzenia, który nastąpił w ich życiu (np. śmierć bliskiej osoby). Nierzadko ulegają pokusie usprawiedliwiania swojego picia pochodzeniem z rodziny alkoholowej. Często też stosują techniki manipulacyjne. Tworzą pewnego rodzaju pancierz chroniący ich tajemnice, przez który trudno się przebić.

Interesujące były opinie badanych asystentów rodziny dotyczące uruchamiania motywacji ich uzależnionych od alkoholu podopiecznych do zmiany swojego życia, w tym do podjęcia leczenia. Jednomyślnie stwierdzono, że ponieważ zwykle klientkami są matki, więc skuteczne jest odwołanie do dobra dzieci, pokazanie, co ich dzieci tracą w wyniku picia alkoholu przez matkę i jak się zachowują, wskazanie korzyści ze zmiany postępowania wobec dzieci. Często dzieci bywają jedynym punktem zaczepienia (nawet jeśli są umieszczone w jakiejś placówce); dla samych siebie

zwykle te kobiety nie robią nic. Ciekawa propozycja wiązała się z odwoływaniem się do pozytywnie wspomianej przeszłości, kiedy kobieta nie piła, albo do przykrych przeszłości, podpowiadając, żeby jej nie powielala, mając własne dzieci (uświadomienie wstydu dzieci za mamę też może zadziałać), a z drugiej strony rysowanie przyszłości ze zobraowaniem kobiecie, jak może być, gdy podejmie abstynencję i rozpocznie leczenie. Skuteczne może się także okazać przywołanie pozytywnych wzorców z najbliższego środowiska. W zachęce do uczestnictwa w grupach terapeutycznych można użyć argumentu, że jest to okazja do tego, by posłuchać, jak inni sobie radzili i poradzili.

Praca asystenta rodziny, podobnie jak innych profesji pomocowych, jest z różnych powodów i w wielu aspektach obciążająca psychicznie. Poznańscy asystenci rodziny mają – wysoko cenioną przez nich – możliwość uczestnictwa w superwizji, która stwarza okazję do wymiany doświadczeń, przemyśleń, poszukiwania źródeł trudności i nowych rozwiązań, doskonalenia warsztatu pracy, ale i poznawania siebie. Szanse analizy problemów merytorycznych lub osobistych trudności, omówienia sukcesów i błędów pracy asystenta rodziny dają również cotygodniowe spotkania w gronie asystentów, a także tocząca się swobodnie, w miarę potrzeb, nieformalna wymiana doświadczeń.

Rozmówcy zostali także poproszeni o własną ocenę poznańskiej sieci wsparcia społecznego dla osób uzależnionych od alkoholu, podejmujących leczenie. Oceniono, że sieć ta jest rozległa, obejmująca wiele łatwo dostępnych poradni, natomiast poziom profesjonalizmu bywa różny.

Asystenci rodziny w toku realizacji swoich obowiązków zawodowych inicjują kontakty z pewnymi grupami specjalistów, reprezentujących różne instytucje. Badani dostrzegali potrzebę takiej współpracy również w kontekście pracy z kobietami uzależnionymi od alkoholu. Jako ścisłą i satysfakcjonującą oboje wskazali współpracę z pracownikami socjalnymi. Jedna z badanych osób dodała, że warto byłoby wprowadzić grupy robocze podobne do tych, które działają w przypadkach przemocy wewnątrzrodzinnej, do których zaproszeni mogliby być pracownicy socjalni, asystenci rodziny, kuratorzy, terapeuci uzależnień, wychowawcy, pedagodzy. W odpowiedzi na to pytanie poruszające kwestię możliwej współpracy międzyinstytucjonalnej jednej z respondentek zrodził się pomysł wspólnych spotkań interdyscyplinarnych dwojakiemu rodzajowi: pierwszy stanowiłyby cykliczne spotkania specjalistów profesjonalistów pracujących z daną osobą w celu omówienia tego, co się zadziało, i opracowania wspólnego planu działania, zaś drugi przewidywałby obecność klienta podczas tych spotkań, który miałby okazję wyrazić swoje zdanie dotyczące trudności, sukcesów i oceny tego, jakie wsparcie było dla niego najcenniejsze.

Jak zauważa A. Żukiewicz, „asystowanie rodzinne we współczesnych rozwiązaniach strukturalno-organizacyjnych zalicza się do sfery usług, których celem zasadniczym jest poprawa warunków życia codziennego i wzmacnianie więzi rodzinnych przez towarzyszenie rodzinom dysfunkcyjnym, które nie potrafią samodzielnie pokonywać trudności życiowych. (...) Ów towarzysz społeczny funkcjonuje wraz z rodziną, pełniąc przy tym różne role wpisujące się w zakres potrzeb danej rodziny i poszczególnych jej członków. Dla jednych jest nauczycielem, dla innych pomocnikiem, jeszcze innym pomaga zrozumieć codzienne reakcje i uwalniać się od napięć, które w życiu codziennym przeszkadzają w prawidłowym funkcjonowaniu rodzinnym, sąsiedzkim, zawodowym czy społecznym. Pełni przy tym rolę doradcy, niekiedy terapeuty oraz koordynatora, który wspomaga osoby niemogące dotrzeć do kooperantów świadczących usługi uzupełniające i wspierające w osiągnięciu samodzielności życiowej”⁷⁰². Analiza przeprowadzonych wywiadów eksperckich z asystentami rodziny potwierdza, że ta wielość ról wraz z ich wzajemnym przenikaniem się ma miejsce także w przypadku pracy z kobietami uzależnionymi od alkoholu.

- kuratorzy sądowi (ds. osób dorosłych oraz ds. rodzinnych i nieletnich)

W oparciu o *Ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych*⁷⁰³ kuratorzy sądowi realizują określone przez prawo zadania o charakterze wychowawczo-resocjalizacyjnym, diagnostycznym, profilaktycznym i kontrolnym, związane z wykonywaniem orzeczeń sądu. Wśród podopiecznych kuratorów bywają osoby uzależnione od alkoholu⁷⁰⁴.

Dla przypomnienia: do wywiadów eksperckich zaproszono pięciu kuratorów, w tym czworo związanych było z zespołami kuratorskiej służby sądowej ds. dorosłych, zaś jeden – ds. rodzinnych.

Bez względu na delegowanie do spraw dorosłych czy do spraw rodzinnych, praca kuratorów podobnie wiąże się z kontrolowaniem wykonywania przez nadzorowanych i dozorowanych nałożonych nań obowiązków, a także z motywowaniem do ich realizacji. W praktyce zawodowej przekłada się to na ukierunkowywanie, wskazywanie, podpowiadanie. Jako fundamentalne wskazano jednak jednogłośnie motywowanie do podjęcia działań w kierunku

⁷⁰² A. Żukiewicz, *Asystent rodzinny: profesja i pomoc. Odniesienia do etycznych aspektów ingerencji w życie rodzinne*, (w:) A. Żukiewicz (red.), *Asystent rodzinny. Nowy zawód i nowa usługa w systemie wspierania rodzin. Od opieki i pomocy do wsparcia*, Kraków 2011, s. 19.

⁷⁰³ *Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych* (t.j. Dz.U. z 2014 r. Nr 98 poz. 795 ze zm.).

⁷⁰⁴ Więcej na temat specyfiki pracy kuratora sądowego z osobami nadużywającymi lub uzależnionymi od alkoholu patrz. K. Nosal, *Co może kurator sądowy?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 2.

ku leczenia. Interesująco i szeroko tę pracę opisała jedna z respondentek: jako próby wskazania problemu, uświadomienia go, pokazania mechanizmów obronnych i przełamania ich, wspieranie w podjętej decyzji o leczeniu, pomoc w radzeniu sobie z emocjami, wskazanie możliwości, gdzie można uzyskać pomoc – konkretnego miejsca, wskazanie drogi, pokazanie kierunku i towarzyszenie nadzorowanej osobie, a także wzmacnianie podopiecznego. Tę samą respondentkę cechowało dalekowzroczne dostrzeganie efektów swojej systematycznej, konsekwentnej (choć może tu i teraz wydającej się jako bezowocna) pracy: nawet jeśli podopiecznym nie uda się za pierwszym czy kolejnym razem zaprzestać picia alkoholu, to pokazuje, jak można sobie pomóc w przyszłości.

Respondenci, podejmując próbę oszacowania częstości występowania problemu kobiet uzależnionych od alkoholu w ich dotychczasowej praktyce zawodowej, orzekali, iż można przyjąć, że na 10 mężczyzn dozorowanych uzależnionych od alkoholu przypada średnio 1 kobieta. Zaznaczono przy tym, że takie proporcje są różne w zależności od specyfiki dzielnicy – rejonu pracy kuratora i że w ogóle jest mniej dozorowanych kobiet niż mężczyzn (jedna na kilkadziesiąt mężczyzn w populacji skazanych)⁷⁰⁵.

Odpowiedzi na kolejne pytanie okazały się rozbieżne. Pracę z kobietami uzależnionymi od alkoholu raz uznano za łatwiejszą (była to opinia kobiety kuratora, która argumentowała to tym, iż kobiecie łatwiej pracować z kobietą ze względu na znajomość kobiecego funkcjonowania psychologicznego), dwukrotnie za trudniejszą (choć zaznaczono, że mechanizmy uzależniania się są takie same) i dwukrotnie jako inną od pracy z mężczyznami (wskazując, że w przypadku kobiet silnie uzależnionych od alkoholu trudniej je zmotywować do leczenia oraz że kobiety zdają się mieć większe poczucie winy).

Szczególnie interesujące były opinie badanych kuratorów dotyczące tego, co ich zdaniem stanowi największą trudność w pracy z tą grupą kobiet. W porównaniu do pijących mężczyzn stwierdzono, że system zaprzeczeń, iluzji, zakłamań i manipulacji pijących kobiet zdaje się być silniejszy oraz częstsze jest minimalizowanie własnego problemu alkoholowego, zaprzeczanie jego istnienia. Kobiety zdają się być bardziej odporne w przypadkach wszelkich

⁷⁰⁵ Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa, skazanych i uwięzionych kobiet od lat – w świetle statystyk – jest dużo niższa od liczby mężczyzn w podobnej sytuacji. Przykładowo liczba kobiet podejrzanych o popełnienie różnych kategorii przestępstw stanowi zwykle od kilku do kilkunastu procent całej liczby osób podejrzanych; dokładne dane można prześledzić na podstawie zestawień policyjnych (patrz. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przestepczosc-kobiet>): w 1990 roku współczynnik uwięzionych kobiet na 1000 uwięzionych mężczyzn wynosił 19, w roku 2000 – 25, zaś w roku 2007 – 35 (za: A. Siemaszko, B. Gruszczynska, M. Marczewski, *Atlas przestępczości w Polsce*, t. 4, Warszawa 2009, s. 169).

działań interwencyjnych; więcej czasu zajmuje im, żeby uznać swoje uzależnienie i żeby podjąć decyzję o leczeniu. Jako prawdopodobne przyczyny takich postaw wskazano: obawy przed oceną innych, przed odrzuceniem, przed odczuwaniem odrazy ze strony otoczenia; wstyd; świadomość społecznego myślenia o tym, że kobieta nie powinna być „pijaczką”, zwłaszcza gdy jest matką. Uzależnienie dozorowanych kobiet wydaje się być głębsze niż mężczyzn, trudniej w ich przypadku interweniować, przebić się przez mur zaprzeczeń, zmotywować do tego, żeby choć spróbowały podjąć leczenie. Jako charakterystyczne wskazano także, że kobiety podejmują terapię, gdy mają „nóż na gardle” i że kobiety matki znajdują więcej wymówek, żeby nie podejmować leczenia (wysuwanie argumentów typu „kto zajmie się moimi dziećmi podczas mojej terapii?”).

Nie jest możliwe ujednoczenie obrazu dozorowanych i nadzorowanych kobiet, jednak w świetle wiedzy i dotychczasowych doświadczeń zawodowych badanych kuratorów pewne problemy kobiet uzależnionych od alkoholu są u nich powtarzalne. Jako specyficzne określono pochodzenie z rodzin z problemem alkoholowym, ale także pozostawanie w związku z pijącym mężczyzną, jak również doznawanie przemocy w rodzinach pochodzenia i w związkach, które tworzyły (kiedyś i obecnie), a w których alkohol pomagał radzić sobie z tym doświadczeniem przemocy. Powtarzalne dla nich okazują się być negatywne doświadczenia – traumy z własnego domu rodzinnego, sytuacje różnych kryzysów rodzinnych. Powszechne u kobiet uzależnionych od alkoholu zdaje się być także nałogowe regulowanie sposobu funkcjonowania i emocji (wyróżnik osób uzależnionych bez względu na płeć), ale także postrzeganie rzeczywistości w sposób życzeniowy i nieoddający faktycznego stanu. W przypadku kobiet o dużej degradacji społecznej szczególnie była ich sytuacja ekonomiczna, tj. problemy finansowe, brak stałej pracy, długotrwałe bezrobocie, niechęć do podejmowania pracy, pozostawanie na utrzymaniu innych osób. Za wspólny dla nich mianownik uznać można specyficzną sytuację rodzinną i jej cechy: nietrwałość związków partnerskich/mażeńskich, nieudane związki, rozpad rodziny (niekiedy ze wspomnianą przemocą w tle), problemy w relacjach w rodzinie, niewydolność wychowawcza, zaniedbania wobec dzieci (o różnym nasileniu i różnie przejawiające się), utrata dzieci (decyzją sądu). W odniesieniu do tych kobiet podkreślono także: niedowartościowanie, brak wiary w siebie, bezradność, niezaradność w codziennym funkcjonowaniu i codziennych problemach.

Nawiązując do wcześniejszych spostrzeżeń kuratorów dotyczących trudności w motywowaniu do zmiany swojego życia dozorowanych i nadzorowanych kobiet z problemem alkoholowym, należy postawić pytanie: w oparciu o co można wyzwolić uruchomienie w tych kobietach woli do podjęcia

leczenia. Jako skuteczną w pracy z dozorowanymi i nadzorowanymi czterokrotnie wskazano strategię pokazania zysków i strat picia i niepicia alkoholu, eksponując wobec niektórych podopiecznych koszty nadużywania alkoholu, konsekwencji społecznych (np. odebranie dzieci) i prawnych. Jeden z rozmówców podzielił się swoją taktyką: długa praca pozostawiania wyboru, z jednoczesnym wskazywaniem i nazywaniem sytuacji, faktów, ukazywaniem konsekwencji różnych wyborów osób dozorowanych, zawsze w postawie szacunku dla nich. Trzykrotnie wskazano, że argumentem bywają dzieci, ale tylko małoletnie. Zdaniem jednej z respondentek u kobiet łatwiej o motywację do leczenia; nazywanie swoich emocji przez kobiety i wyrzucanie ich z siebie (a nie praca z mężczyznami zamkniętymi w swoim panczeru uczuć – stąd trudniej do nich dotrzeć) daje szerszy wachlarz możliwości zaczątku pracy z nimi. Ta sama rozmówczyni interesująco rozwinęła swoją wypowiedź – za cenne w pracy z kobietami uzależnionymi od alkoholu (lecz nie tylko) uznała: próby pokazania ich ukrytej siły; wzmocnienie ich wiary i siły, które kiedyś miały w sobie, ale utraciły lub zapomniały o nich w wyniku negatywnych doświadczeń życiowych; wspieranie na zasadzie bycia z nimi w trudnych momentach; próby pomocy w bieżących problemach; pokazanie, że coś można zmienić w swoim życiu i pomóc w „wyplątywaniu się” z różnych sytuacji; pomoc w poszukaniu szczęścia w sobie; pokazanie, że można zrobić coś dla siebie samej; pomaganie w radzeniu sobie z emocjami i praca nad emocjami.

„Możliwość składania wniosku, zarówno zaostrzającego, jak i łagodzącego rygory nałożone postanowieniem sądu, dają kuratorowi dodatkowe argumenty w celu zmotywowania podopiecznych. Dla wielu uczestników perspektywa skierowania na leczenie stacjonarne, podobnie jak perspektywa wcześniejszego zakończenia wykonywania obowiązku, stanowi poważny bodziec motywujący do podjęcia leczenia i współpracy z kuratorem”⁷⁰⁶. Żaden z moich rozmówców nie użył jednak tego argumentu, wręcz zaniegowano strategię „straszenia”, gdy taka została zasugerowana w toku wywiadów. Raczej więc trafniejsze jest szukanie motywacji w tych kobietach niż oddziaływanie na nie groźbą (które jest skuteczne krótkotrwale). Jednocześnie też stwierdzono, że bez woli podopiecznych trudno wywołać taką zmianę.

W toku wywiadu poproszono także kuratorów o zaopiniowanie, czy istnieje dla nich jakaś płaszczyzna wymiany doświadczeń, która pozwoliłaby im na rozwój zawodowy (w kontekście pracy z osobami uzależnionymi). Jednogłośnie stwierdzono, że nie ma ani grup roboczych, ani superwizji (można o nią zadbać, ale tylko prywatnie), którą oceniono jako bardzo wartościową

⁷⁰⁶ T. Jedynek, *Nadzór kuratora...*, op. cit., s. 583.

i służącą efektywności pracy. Brakuje oficjalnych kanałów umożliwiających taką wymianę doświadczeń i zawodowe wspieranie się; raczej radzenie się ma charakter nieformalny w gronie innych kuratorów, wzajemne wspieranie się, rozmowy, wymiana doświadczeń, która uczy, otwiera na nowe perspektywy myślenia o danym problemie, pewnego rodzaju „koleżeńska superwizja”, niekiedy spotkania informacyjne, mające połowicznie charakter szkoleniowy. Jako wartościowe jedna z respondentek określiła szkolenia odświeżające i uzupełniające wiedzę, pozwalające na analizowanie problemu pod innym, nowym kątem, zaznaczając jednocześnie subiektywne odczuwanie ich braku.

Kolejna dyspozycja dotyczyła dokonania subiektywnej oceny poznańskiej sieci wsparcia społecznego dla osób uzależnionych od alkoholu, które zamierzają rozpocząć leczenie i/lub które je rozpoczęły. Zaznaczono, że infrastruktura w zakresie tego typu pomocy w samym Poznaniu jest dobrze rozwinięta. Na tę wysoką ocenę poznańskiego leczenia odwykowego złożyły się: wielość placówek, możliwość wyboru spośród zróżnicowanej oferty pomocowej (trybu i charakteru udzielanej pomocy), proponowanie przez część z nich pomocy na wysokim poziomie merytorycznym, dobra dostępność do nich (zarówno pod względem rozlokowania na mapie Poznania, jak i funkcjonowania w dogodnych godzinach i praktycznie przez siedem dni w tygodniu), zatrudnienie dobrych specjalistów. Zauważono też, że każda uzależniona osoba przyjmowana jest bez konieczności legitymowania się ubezpieczeniem zdrowotnym. Jako mankament wskazano natomiast odległe terminy w przypadku zamkniętego leczenia.

W związku z postulowaną w wielu kręgach zawodowych koniecznością współdziałania profesji pomocowych w przestrzeni środowisk lokalnych i ponadlokalnych, zapytano kuratorów sądowych o ich zdanie w tej kwestii. Respondenci byli zgodni co do potrzeby takiej współpracy⁷⁰⁷ z podmiotami, którym przypisano funkcję diagnozy, terapii i kontroli, lecz różnili się w ocenie jej istnienia. Jeden z badanych ocenił ją jako fasadową, fikcyjną, dodając krytyczną ocenę dotyczącą zespołów interdyscyplinar-

⁷⁰⁷ Na mocy art. 11 *Ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych* (t.j. Dz.U. z 2014 r. Nr 98 poz. 795 ze zm.) kurator jest zobowiązany do współpracy z właściwym samorządem i organizacjami społecznymi, które statutowo zajmują się opieką, wychowaniem, resocjalizacją, leczeniem i świadczeniem pomocy społecznej w środowisku otwartym. W ramach pełnienia dozoru do zakresu jego działania należy między innymi współdziałanie z właściwymi stowarzyszeniami, organizacjami oraz instytucjami w zakresie poprawy warunków bytowych i zdrowotnych, zatrudnienia i szkolenia osób, których dotyczy postępowanie wykonawcze oraz w toku przeprowadzania wywiadów środowiskowych zbieranie niezbędnych danych od organów administracji rządowej, samorządu terytorialnego, zakładów pracy, stowarzyszeń, organizacji i instytucji (*Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy* (Dz.U. z 2017 r. poz. 665), art. 174, pkt. 3 i 6).

nych i grup roboczych, w których dotąd przyszło mu pracować. Ci, którzy postrzegali wspomnianą współpracę jako istniejącą, wskazywali na praktykowane kontaktowanie się na drodze formalnej i nieformalnej (oficjalnie kierowane pisma i bezpośrednie, nieformalne kontakty, z zachowaniem tajemnicy zawodowej) oraz na istnienie zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych. Pytanie to sprowokowało u dwojga z respondentów skojarzenie z procedurą Niebieskiej Karty, przy czym jedna z opinii była zdecydowanie negatywna, zaś druga stanowiła propozycję powielenia jej w przypadkach innych niż przemoc wewnątrzrodzinna (dobry przykład tego, że taka współpraca międzyinstytucjonalna jest możliwa i że można kompleksowo pracować z klientem; są to pozytywne doświadczenia, ale mogłoby ich być znacznie więcej). Raczej pozytywnie wypowiediano się na temat kooperacji z pracownikami MOPR, natomiast zdecydowanie negatywnie na temat policji⁷⁰⁸. Odpowiedzi respondentów w tym zakresie są zbieżne z wynikami uzyskanymi w innych badaniach obejmujących kuratorów sądowych⁷⁰⁹.

⁷⁰⁸ W świetle art. 9 pkt. 5 *Ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych* (t.j. Dz.U. z 2014 r. Nr 98 poz. 795 ze zm.) kurator ma prawo do żądania od policji oraz innych organów lub instytucji państwowych, organów samorządu terytorialnego, stowarzyszeń i organizacji społecznych oraz osób fizycznych pomocy w wykonywaniu czynności służbowych. W toku prowadzenia jednego z wywiadów spontanicznie przywołano autentyczną sytuację zaistniałą w godzinach nocnych, gdy wezwanych kilku (!) policjantów zdawało się być kompletnie bezradnymi i nie potrafiło, bądź nie chciało, podjąć wiążącej decyzji co do losu kilku dzieci kobiety (mającej nadzór kuratorski) znajdujące się w stanie upojenia alkoholowego.

⁷⁰⁹ Kuratorzy z okręgu poznańskiego w badaniu K. Jadach wśród instytucji, z którymi współpraca przebiegała sprawnie, wskazywali najczęściej ośrodek pomocy społecznej, natomiast jako sprawiającą trudności określili współpracę z policją, wybranymi zakładami karnymi, PCPR i urzędami administracyjnymi. Wyniki patrz. K. Jadach, *Praca kuratora sądowego w sprawach rodzinnych, nieletnich i karnych*, Poznań 2011.

Z innych badań, przeprowadzonych w wybranych losowo 18 zespołach kuratorskich z woj. mazowieckiego i podkarpackiego, wynika, że najczęściej dobra współpraca z policjantami, głównie dzielnicowymi pracującymi na terenie rejonu kuratorskiego, była wynikiem osobistego zaangażowania kuratorów w wypracowanie kontaktów z nimi i polegała nie tylko na uzyskiwaniu podstawowych informacji o dozorowanych, ale również na wzajemnej wymianie spostrzeżeń dotyczących dozorowanych i ich rodzin. Ponadto współpraca dotyczyła również OPS (sprowadzona głównie do uzyskiwania informacji, czy podopieczny korzysta z ich pomocy) oraz poradni odwykowych i poradni zdrowia publicznego (o ile zachodziła taka potrzeba). Współpraca dotyczyła także urzędów pracy, organizacji pozarządowych i kościelnych organizacji pomocowych. W jednym z 18 badanych zespołów kuratorskich utworzono interdyscyplinarny zespół pomocy (w składzie: kurator, psycholog, pedagog i dzielnicowy), spotykający się okresowo celem przedyskutowania problemów podopiecznych i znalezienia dla nich optymalnego sposobu pomocy. Wyniki patrz. K. Buczowski, *Obserwacja uczestnicząca w zespołach kuratorskiej służby sądowej – opis wyników*, (w:) D. Wójcik (red.), *Kuratela sądowa. Sukcesy i porażki*, Warszawa 2010.

Na pytanie o to, kto i/lub co powinien współtworzyć taki system wsparcia, odpowiadano, że częścią tego systemu powinni być reprezentanci następujących instytucji: sądu (sędziowie, kuratorzy sądowi), policji (zwłaszcza dzielnicowi), ośrodków pomocy społecznej (pracownicy socjalni, asystenci rodziny), urzędów pracy, służby zdrowia, ośrodków leczenia uzależnień, szkół (pedagodzy szkolni), KOPD, organizacji pozarządowych. Pojawił się tu pomysł rozwiązania przyjętego w Wielkiej Brytanii, głównie na zasadzie systemu teleinformatycznego, gdzie przy ustalonych poziomach dostępu dla różnych służb możliwe jest wejście do bazy działań instytucjonalnych.

Skoro wspomniana współpraca została uznana za wartościową, postawiono pytanie o to, jakie są powody tego, że o tę autentyczną współpracę jest tak trudno. Stwierdzono, że każda instytucja ma swoje cele i zadania, różne wobec innych instytucji, dlatego trudno je pogodzić. Zaobserwowano też przerzucanie odpowiedzialności na innych oraz obawy przed podejmowaniem wiążących decyzji. Opór przedstawicieli różnych instytucji spowodowany jest zbędną biurokracją wszystkich służb, uniemożliwiającą autentyczne zaangażowanie w dodatkowe zadania. Z powodu przeciążenia obowiązkami i konieczności „papierologii” wiele służb ogranicza się do kontroli, a brakuje im czasu na faktyczną pracę z człowiekiem. Tymczasem, podkreślono, taka współpraca byłaby znakomitą okazją do weryfikacji rzeczywistej sytuacji klienta, dawałaby spójny obraz podopiecznego i możliwość szerszego spojrzenia na osobę. Zauważono jednak, że formalne rozporządzenia nie przyniosą żadnego skutku, jeśli nie będzie indywidualnej wrażliwości i woli przedstawicieli tych profesji. Trafnie skonkludowała to jedna z respondentek: „Každy próbuje sam «szarpać» klienta w swoją stronę. Tymczasem niewiele potrzeba, żeby spróbować być razem dla klienta i z klientem, przecież cel jest ten sam – wydobyć człowieka z dna”.

Z innego badania wynika, że negatywna ocena współpracy kuratorów dla dorosłych na poziomie jedynie 12% dotyczyła ośrodków pomocy społecznej, placówek rehabilitacyjno-leczniczych, organizacji pozarządowych, sądu, zakładów karnych i prokuratury, co można ostrożnie przełożyć na konkluzję o pozytywnie układającej się współpracy między tymi podmiotami. Nieco inaczej odpowiedzi rozkładały się w przypadku kuratorów rodzinnych – tutaj wysoko oceniono współpracę z sądami, szkołami, żłobkami, przedszkolami, ośrodkami pomocy społecznej, placówkami opiekuńczo-wychowawczymi, policją, Kościołem i organizacjami kościelnymi. Wyniki patrz. D. Wójcik, K. Buczkowski, R. Kulma, *Badanie ankietowe...*, op. cit.

Pozytywne doświadczenia współpracy rejestrowano częściej w gminach i miasteczkach niż dużych miastach. Wyniki patrz. M. Marczewski, *Opinie zawodowych kuratorów o problemach swojej pracy*, (w:) D. Wójcik (red.), *Kuratela...*, op. cit., s. 239.

Trzeba jednak zaznaczyć, że omawiana tu ocena współpracy dotyczyła wykonywania przez kuratorów ich obowiązków zawodowych; może służyć jednak jako prognoza szans nawiązania współpracy w omawianej kwestii problemu alkoholowego podopiecznych – kobiet uwikłanych we własny problem alkoholowy.

Z powyższych wywiadów wynika, że przedstawiciele tych kilku profesji, w których doświadczenia zawodowe wpisane były kontakty z kobietami uzależnionymi od alkoholu, spostrzegają i interpretują tę grupę kobiet w niejednorodny sposób.

Terapeuci uzależnień mieli do czynienia zarówno z kobietami z częściowo obudzoną świadomością istnienia w nich problemu alkoholowego, niekiedy niezmotywowanymi bądź słabo zmotywowanymi do leczenia, jak i z kobietami z pewną motywacją do zmiany swojego życia, która wraz z upływem czasu, okolicznościami życiowymi i postęпами w terapii ulegała bądź wzmocnieniu, bądź osłabieniu. Wśród ich pacjentek znajdowały się kobiety reprezentujące różne zawody, wykształcenie, stan posiadania i sytuację życiową.

Do pracowników socjalnych trafiały kobiety z uzależnieniem alkoholowym przede wszystkim z powodu ubóstwa, bezrobocia i braku środków do życia. Często podjęcie przez nie terapii kończyło się wraz z uzyskaniem pomocy finansowej z MOPR; często też ich deklaracje podjęcia leczenia okazywały się bez pokrycia, gdy odmawiano im pomocy finansowej. Zdecydowana większość z nich miała poczucie bycia zmuszoną do podjęcia leczenia (jako warunek uzyskania pomocy z MOPR). Podkreślano również, że część przypadków kobiet uzależnionych od alkoholu jest utajona, ukryta pod maską niezaradności życiowej.

Częściowo zbieżne ze spostrzeżeniami pracowników socjalnych były opinie asystentów rodzinnych, których codzienność zawodowa (zarówno jednych, jak i drugich) związana jest z pracą socjalną, przy czym w przypadku asystentów rodziny ma ona pogłębiony charakter. Wspólne dla reprezentantów obu tych profesji (jak również dla psychologów zatrudnionych w ramach „Programu Wsparcia Rodziny” oraz terapeutki uzależnień z hostelu) było spostrzeżenie, że ich podopieczne nieradzące sobie z własnym problemem alkoholowym w większości wnosily w swoje dorosłe życie spory bagaż negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa i dorastania, powielając niewłaściwe zachowania swoich rodziców, w tym picie alkoholu jako (niekiedy jedynej) strategii radzenia sobie ze zmartwieniami. Ponieważ zwykle podopieczne asystentów rodziny i psychologów z PWR to kobiety będące matkami, jako skuteczne w motywowaniu ich do pracy nad sobą oceniono odwoływanie się do dobra ich dzieci oraz szansy ich odzyskania (fizycznego i emocjonalnego).

Z nieco innej perspektywy rysuje się obraz uzależnionych od alkoholu kobiet, jaki jawi się w wyniku analizy wywiadów przeprowadzonych wśród kuratorów sądowych, ponieważ ich praca (bez względu na pion: karny czy rodzinny) wiąże się z kontrolowaniem wykonywania przez nadzorowanych i dozorowanych nałożonych nań obowiązków. Podobne do sygnalizowanych

przez pracowników socjalnych, asystentów rodziny i psychologów z PWR były cechy tych spośród nich, których dotyczyła zaawansowana degradacja społeczna: kiepska sytuacja materialna związana z bezrobociem (często długotrwałym) i niechęcią do podejmowania pracy, nieudane związki partnerskie/małżeńskie oraz niewydolność wychowawcza.

Bez względu na wykonywany zawód, badani profesjonaliści byli zgodni co do jednego: powszechne u kobiet uzależnionych od alkoholu jest nałogowe regulowanie sposobu funkcjonowania i emocji, ukrywanie się za murem zaprzeczeń i niedostrzeganie stopnia zaawansowania własnego problemu alkoholowego, ukrywanie go, wypieranie jego negatywnych konsekwencji, zaprzeczanie im lub ich pomniejszanie (a zatem cechy uniwersalne dla osób uzależnionych od alkoholu, bez względu na płeć). W wywiadach powtarzała się opinia respondentów co do istnienia społecznego myślenia i wyobrażenia kobiety, w których nie ma miejsca na bycie „pijaczką”, co wiąże się z jej postrzeganiem i potępieniem bardziej negatywnym niż pijącego mężczyzny, a co pociąga za sobą większy opór tych kobiet, by podjąć leczenie. Każda z podopiecznych/klientek/pacjentek doświadczona była jakąś tragedią (niekiedy kilkoma), przeżyta w okresie dzieciństwa, dorastania i/lub dorosłości. Za wspólny dla nich mianownik można też uznać niepowodzenia życiowe, zawodowe, rodzinne.

Odnosząc się zatem do pierwszego z przyjętych założeń badawczych, należy stwierdzić, że istotnie środowisko mieszkańców Poznania doświadcza problemu alkoholowego (dotykającego osób obu płci), co jednoznacznie potwierdziły wyniki uzyskane w efekcie zastosowania wszystkich obranych technik badawczych. Również wspomniana w hipotezach badawczych supozycja o istnieniu instytucji powołanych (na mocy *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁷¹⁰) w celu niwelowania (a przynajmniej osłabiania) tego problemu (w sposób bezpośredni lub pośredni) potwierdziła się w toku diagnozowania poznańskiego środowiska.

Przystępując do badań, założyłam również, że pomimo wpływu różnych zjawisk i procesów uniwersalizacji nadal zaznacza się pewna specyfika płciowa problemu alkoholowego. Istotnie była ona dostrzegana i sygnalizowana w wypowiedziach badanych przedstawicieli instytucji środowiska poznańskiego. Najczęściej podkreślano, że choć mechanizmy uzależnienia są identyczne dla obu płci, to zarówno proces diagnozy, jak i właściwa praca z uzależnionymi od alkoholu kobietami bywa – w porównaniu do mężczyzn – z różnych powodów trudniejsza.

⁷¹⁰ *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).

Drugą próbę badawczą stanowiły mieszkanki Poznania (a także jego okolic), które zostały zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu oraz które w momencie badania bądź uczestniczyły w terapii uzależnień, bądź już ją zakończyły. Jednym z celów było tu zweryfikowanie, czy doświadczanie przez nie problemu alkoholowego pozostawało w związku z kontekstem środowiskowym w poszczególnych fazach tego doświadczenia (od inicjacji alkoholowej, poprzez stopniowe uzależnianie się, trwanie w uzależnieniu, aż po próby utrzymania abstynencji i podjęcia leczenia). Wyniki tych analiz zostaną zaprezentowane w kolejnym rozdziale.

ROZDZIAŁ V

Problem alkoholowy w doświadczeniu mieszkanek Poznania – analiza wyników badania sondażowego

Kobiety tworzące próbę badawczą nie stanowiły grupy homogenicznej, lecz zróżnicowaną pod wieloma względami. Wspólne dla nich było to, że zostały zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu oraz to, że korzystały z jakiejś formy pomocy terapeutycznej, ulokowanej w środowisku poznańskim, natomiast różnicujące były inne ich przymioty o charakterze podmiotowym i społecznym, co stworzyło interesującą poznawczo mozaikę cech ilustrujących ich sytuację życiową.

Zakładając, że niektóre cechy podmiotowe, przeszłe doświadczenia oraz aktualna sytuacja życiowa mogą mieć znaczenie w procesie wychodzenia z uzależnienia alkoholowego, dokonałam ich charakterystyki, tworząc nie tylko statystyczny obraz respondentek, lecz także cytując ich wypowiedzi (umieszczając przy każdej imię lub pseudonim obrany przez badaną kobietę na potrzeby badania⁷¹¹) dla stworzenia pełniejszego, podmiotowego portretu tych kobiet.

5.1. Charakterystyka badanych kobiet i ich sytuacji życiowej

W świetle koncepcji Tadeusza Tomaszewskiego⁷¹² człowiek działa w określonej sytuacji zdeterminowanej dwoma elementami: samym człowiekiem (jego cechami, właściwościami) oraz jego środowiskiem, a działanie człowieka dokonuje się w dynamicznej relacji między nim a jego środowiskiem, gdzie cechy tych dwóch podmiotów określają przebieg ludzkich zachowań. W próbach wyjaśniania sensu przydawanego pojęciu sytuacji sko-

⁷¹¹ Pięć respondentek odmówiło podania imienia lub wybranego przez siebie pseudonimu, więc w wynikach badań oznaczone zostały jako: XXX, YYY, ZZZ, VVV oraz AAA.

⁷¹² T. Tomaszewski, *Człowiek i otoczenie*, (w:) T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, Warszawa 1976, s. 17-22.

rzystać można z definicji przyjętej jeszcze w początkach XX wieku przez Williama Izaaka Thomasa i Floriana Znanieckiego, którzy wskazywali na jego trojką strukturę, zawierającą: obiektywne warunki, w jakich działa jednostka, a które w danym momencie wpływają bezpośrednio lub pośrednio na jej świadomy stan, dotychczas ukształtowane postawy jednostki, które w danym momencie mają faktyczny wpływ na jej postępowanie, oraz mniej lub bardziej wyraźne podmiotowe wyobrażenie owych warunków i świadomość ukształtowanych postaw⁷¹³. W tego rodzaju próbach można również przywołać rozumienie sytuacji w ujęciu socjologów, a dokładniej reprezentantów interakcjonizmu symbolicznego⁷¹⁴, którzy ujmują sytuację jako centralne pojęcie służące rozumieniu ludzkiego działania oraz jako autonomiczny czynnik określający przebieg działania, mający znaczenie dla osoby z jej punktu widzenia i przez nią interpretowany⁷¹⁵. Dookreślenia rozumienia sytuacji odnaleźć można w propozycji Bronisława Misztala⁷¹⁶, który wyróżnił zarówno obiektywne sytuacje społeczne, rozumiane przez niego jako zespół elementów wyznaczających potencjalne możliwości działania jednostki oraz określających jej pozycję społeczną, jak i subiektywne odbicie tej sytuacji w umyśle jednostki związane z uwewnętrznieniem zobiektywizowanych warunków, w których się znajduje.

Analizowana tu sytuacja badanych kobiet nawiązuje do subiektywnego ujęcia sytuacji, sięga do zindywidualizowanego, jednostkowego jej postrzegania przez respondentki⁷¹⁷ i należy do kategorii sytuacji egzystencjalnych (życiowych)⁷¹⁸. Jak zauważa Mikołaj Winiarski, każda sytuacja życiowa ma zawsze charakter podmiotowy (tzn. zawsze jest czyjaś – konkretnego człowieka lub konkretnej grupy społecznej) oraz indywidualny (o czym przesądza stopień natężenia i zakres poszczególnych, wybranych składników sytuacji życiowej), a jednocześnie ma charakter społeczny (ponieważ oprócz podmiotu sytuacji uczestniczą w niej także inni ludzie – pojedynczo lub tworząc grupy społeczne), jak i relacyjny (co oznacza, że pomiędzy podmiotem sytuacji

⁷¹³ W.I. Thomas, F. Znaniecki, *Chłop polski w Europie i Ameryce*, t. 1, Warszawa 1976, s. 85.

⁷¹⁴ Omówienie w oparciu o: E. Hałas, *Interakcjonizm symboliczny. Społeczny kontekst znaczeń*, Warszawa 2006, rozdz. 4. Dodać należy, że w interakcjonizmie symbolicznym używa się pojęcia „definicji sytuacji”.

⁷¹⁵ Rozległe rozważania wokół definicji sytuacji prowadzi np. A. Manterys, prezentując wybrane stanowiska teoretyczne, a sięgając do dorobku socjologii klasycznej – patrz. A. Manterys, *Klasyczna idea definicji sytuacji*, Warszawa 2000 oraz idem, *Sytuacje społeczne*, Kraków 2008.

⁷¹⁶ B. Misztal, *Zagadnienia społecznego uczestnictwa i współdziałania. Analiza w świetle teorii i badań socjologicznych*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1977, s. 227.

⁷¹⁷ Czytelnikowi zainteresowanemu interdyscyplinarnymi perspektywami poszukiwań definicji sytuacji polecić można interesująco prowadzone rozważania przez D. Krzysztofiak, w pracy: *Oblicza starości w perspektywie lokalnej. Studium socjopedagogiczne*, Kraków 2016, s. 43-50.

⁷¹⁸ T. Tomaszewski, *Człowiek i...*, op. cit., s. 19.

a wspomnianymi uczestniczącymi w niej innymi ludźmi występują określone interakcje, stosunki międzyludzkie, przybierając postać albo współrzędności, albo podrzędności); ponadto sytuację życiową cechuje dynamiczność (zmienność elementów strukturalnych i relacji między nimi) oraz aktualizowanie się w określonych ramach przestrzenno-czasowych⁷¹⁹. Mając na względzie powyższe ustalenia, w niniejszym podrozdziale zostaną omówione komponenty współtworzące sytuację życiową respondentek – kobiet zdiagnozowanych jako uzależnione od alkoholu, będących w procesie wychodzenia z tego uzależnienia.

Próbę badawczą stanowiło 55 kobiet, urodzonych w przedziale od 1946 do 1989 roku.

Tabela 1. Rok urodzenia respondentek – przedziały wiekowe

Dekada	Liczebność	%
1940-1949	2	3,6
1950-1959	14	25,5
1960-1969	17	30,9
1970-1979	8	14,5
1980-1989	13	23,6
brak odpowiedzi	1	1,8
Ogółem	55	100,0

Źródło: wyniki badań własnych

Jak wynika z tabeli 1, ukazującej przedziały wyznaczone rocznikami urodzenia respondentek, najliczniejszą kategorię stanowiły kobiety urodzone w latach 1960-1969, a zatem mające w momencie badania od 50 do 60 lat, jak i kobiety urodzone dekadę wcześniej. Najmłodsza z respondentek miała 25 lat, zaś najstarsza prawie 70 lat.

W większości były to mieszkanki miast (85%), przy czym ok. 60% stanowiły kobiety zamieszkujące w Poznaniu, zaś pozostałe to kobiety dojeżdżające na terapię spoza Poznania – z okolicznych miast lub wsi (niekiedy pacjenci tak czynią, poszukując najbardziej odpowiadającej im oferty pomocowej lub próbując zapewnić sobie anonimowość).

Aktualną sytuację rodzinną respondentek wyznaczał ich stan cywilny, deklarowany w momencie badania, jak i podejmowanie przez nie roli macierzyńskiej.

W związku małżeńskim pozostawało 29% respondentek. Małżeństwa innych 40% badanych kobiet albo zostały rozwiązane, albo rokowały rozwo-

⁷¹⁹ M. Winiarski, *Pedagogika społeczna humanistycznie zorientowana*, (w:) S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*, Toruń 2005, s. 75-76.

dem. Wdowy stanowiły 7% próby badawczej. Prawie 16% kobiet nigdy nie było w związku małżeńskim. Sumując: w trakcie badania ok. 70% respondentek nie było aktualnie w żadnym związku (ani małżeńskim, ani partnerskim).

Na podstawie analizy wyników kolejnego pytania okazało się, że 4/5 badanych kobiet było matkami, z czego 22% miało jedno dziecko, 44% dwoje dzieci (w tym 7% kobiet mających dzieci w okresie wczesnego, średniego i późnego dzieciństwa), 13% - troje dzieci i jedna kobieta mająca pięcioro dzieci.

Badane kobiety legitymowały się także zróżnicowanym wykształceniem i znajdowały się w różnej sytuacji zawodowej.

Tabela 2. Wykształcenie respondentek

Wykształcenie respondentki	Liczebność	%
niepełne podstawowe	1	1,8
podstawowe	14	25,5
zawodowe	16	29,1
średnie bez matury	3	5,5
średnie z maturą	5	9,1
nieukończone studia	3	5,5
ukończone studia licencjackie	1	1,8
ukończone studia magisterskie	12	21,8
Ogółem	55	100,0

Źródło: wyniki badań własnych

Wykształcenie niepełne podstawowe, podstawowe i zawodowe deklarowała w sumie nieco ponad połowa badanych (56%), wykształcenie średnie (z maturą i bez niej) - prawie 15%, natomiast ok. 30% badanych podjęło studia (licencjackie lub magisterskie), przy czym 5,5% spośród nich ich nie ukończyło. Co charakterystyczne, najliczniej reprezentowana była kategoria kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz wyższym. Dokładne dane zostały zamieszczone w tabeli 2.

Wśród 55 respondentek znalazły się kobiety obecne na rynku pracy: 2 prowadzące własną działalność gospodarczą, 13 mających stałą pracę na cały etat i 1 kobieta na część etatu oraz 3 kobiety pracujące dorywczo, jak i kobiety, które wypadły z rynku pracy: 3 kobiety bezrobotne z prawem do zasiłku oraz 20 kobiet bez tego prawa, 11 kobiet z orzecznym stopniem niepełnosprawności, uniemożliwiającym podjęcie pracy, i 1 oczekująca na nie, 1 kobieta otrzymująca zasiłek przedemerytalny oraz 3 emerytki. Oznacza to, że 1/3 próby badawczej stanowiły kobiety aktywne zawodowo, 1/5 - te, które ze względu na wiek lub stan zdrowia już do pracy nie powrócą, zaś najliczniej reprezentowana była grupa kobiet bezrobotnych, stanowiących 2/5 całej próby.

Sytuację bytową respondentek zobrazowały odpowiedzi na dwa pytania dotyczące: dominujących źródeł utrzymania oraz samooceny sytuacji finansowej.

Główne źródła utrzymania badanych kobiet można zanalizować, dzieląc je na cztery grupy:

- własne dochody respondentek (w sumie: 30 wskazań): stała pensja (14 wskazań), dochody z dorywczej pracy (4 wskazania), emerytura (3 wskazania), renta (4 wskazania), prowadzona działalność gospodarcza (3 wskazania), inne (1 wskazanie – zbieranie złomu, 1 wskazanie – wynajem mieszkania);
- dochody męża lub partnera (w sumie: 21 wskazań): stała pensja (12 wskazań), dochody z pracy dorywczej (5 wskazań), emerytura (2 wskazania), renta (2 wskazania);
- wsparcie instytucjonalne (w sumie: 24 wskazania): zasiłek dla bezrobotnych dla respondentki (2 wskazania) i/lub jej męża/partnera (0 wskazań), świadczenia z ośrodka pomocy społecznej (21 wskazań), zasiłek przedemerytalny (1 wskazanie);
- wsparcie nieformalne (w sumie: 12 wskazań): okazjonalna pomoc rodziny (7 wskazań), stała pomoc rodziny (4 wskazania), pomoc innych osób (1 wskazanie – dary).

Jak wynika z tego zestawienia, najczęściej sytuację bytową badanych kobiet tworzyły głównie własne dochody (niekiedy uzupełniane dochodami męża/partnera), jak i zależność od instytucjonalnej pomocy materialnej (w obu wskazaniach – ok. 38%).

W subiektywnej ocenie własnej sytuacji finansowej 13 respondentek stwierdziło, że brakuje im pieniędzy nawet na podstawowe potrzeby, 17 kobietom wystarczało środków finansowych jedynie na skromne utrzymanie i tyle samo względnie dobrze radziło sobie finansowo, nie mając jednak oszczędności. Sytuacja finansowa zaledwie 7 kobiet była na tyle dobra, że pieniędzy wystarczało im na codzienne życie i niewielkie oszczędności, zaś tylko 1 respondentka określiła siebie jako osobę niezależną materialnie.

Jedno z pytań zadanych badanym kobietom zawierało prośbę o samoocenę aktualnej sytuacji zdrowotnej (o zdrowotnych skutkach toksycznego działania alkoholu na organizm była mowa w podrozdziale 1.2.). Raczej dobrym – ocenionym jako przeciętne – zdrowiem cieszyło się tylko 60% badanych. Pozostałe kobiety deklarowały problemy ze zdrowiem, przy czym dla nieco ponad 1/4 całej próby badawczej miały one związek z wcześniejszym pić alkoholu.

Polska jest krajem, w którym większość obywateli – w różnorodnych badaniach sondażowych na próbach ogólnopolskich – deklaruje swoją przynależność do Kościoła katolickiego i uważa się za osoby wierzące. W przypadku badanych kobiet uzyskane wartości były niższe w porównaniu do danych uży-

skiwanych na przykład w badaniach przeprowadzanych przez CBOS⁷²⁰. Wyniki rozłożyły się następująco: 11% respondentek nie potrafiło jednoznacznie określić siebie w tej kwestii, 5,5% uznało siebie za osoby niewierzące, a zatem pozostała część zadeklarowała, iż są osobami wierzącymi (wszystkie wyznania rzymskokatolickiego). Pytanie uszczegóławiające tę kwestię dotyczyło stosunku do wiary i praktyk religijnych. Za osoby wierzące i regularnie praktykujące uznało siebie 25,5% respondentek (w tym 5,5% – osoby głęboko wierzące). Najliczniejszą była grupa kobiet uznających siebie za wierzące, ale raczej nieregularnie praktykujące (58%). Nieco mniej wskazań dotyczyło pozostałych kategorii wiążących się z deklaracjami kobiet, jako: raczej niewierzących, choć czasami praktykujących – 3,6%, raczej niewierzących i niepraktykujących – 7% oraz zdecydowanie niewierzących i niepraktykujących – 3,6% (czyli w sumie ok. 15% kobiet deklarujących się jako niewierzące i niepraktykujące). Choć w ilościowych badaniach religijności badacze skupiają się głównie na jej zewnętrznych przejawach i deklaracjach w tym zakresie⁷²¹, to jednak pytanie o wiarę i praktyki religijne w przypadku kobiet wychodzących z uzależnienia od alkoholu jest zasadne, gdyż wyniki różnorodnych badań potwierdzają, że Bóg i wiara stanowią dla wielu zdrowiejących osób silną motywację i wsparcie (potwierdzają to także moje badania, zwłaszcza odpowiedzi na pytania dotyczące czynników dodających sił na początku i w trakcie terapii).

Oprócz nakreślenia w wyniku analizy z uzyskanych odpowiedzi obecnej sytuacji rodzinnej respondentek, można zarysować obraz ich rodzin pochodzenia, próbując przy tym zdiagnozować zwłaszcza to, czy pochodziły one z rodzin dysfunkcyjnych, z patologicznymi wzorami picia alkoholu, i czy były wychowywane w otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu (na podstawie niektórych wyników badań formułowany został bowiem wniosek o tym, że niestabilne dzieciństwo, formowane przez niekonsekwentne metody wychowawcze, wydaje się być czynnikiem predykcyjnym alkoholizmu w przyszłości⁷²²; wspomnieć należy także o znaczeniu wsparcia rodzicielskiego i więzi z rodzicami jako czynnikach ryzyka lub chroniących⁷²³). Warto przyjrzeć się wybranym cechom środowisk rodzinnych respondentek, ponieważ „rodzina

⁷²⁰ Z systematycznie prowadzonych badań CBOS wynika, że od końca lat 90. stale ponad 90% ankietowanych (92-97%) uważa się za wierzących, w tym ok. co dziesiąty (ostatnio co jedenasty-dwunasty) ocenia swoją wiarę jako głęboką. Odsetek osób zaliczających się do raczej lub całkowicie niewierzących pozostaje od lat na poziomie 3-8%. Patrz. R. Boguszewski (oprac.), *Zmiany w zakresie podstawowych wskaźników religijności Polaków po śmierci Jana Pawła II. Komunikat z badań CBOS, nr 26/2015*, Warszawa 2015, s. 2

⁷²¹ R. Boguszewski, *Religia i religijność Polaków w zmieniającym się społeczeństwie*, <http://kulturaswiecka.pl/node/18> (dostęp: 01.08.2015).

⁷²² Potwierdzenie patrz. np w: McCord, McCord 1960 czy Robins 1966, za: G.E. Vaillant, S. Hiller-Sturmhöfel, *Naturalna historia alkoholizmu*, za: A. Bartosik (red.), *Picie alkoholu w różnych okresach życia*, Warszawa 2000 s. 34.

⁷²³ J. Jarczyńska, *Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki...*, op. cit.

jest powszechnie traktowana jako podstawowy obszar wpływów oddziałujących na rozwój i funkcjonowanie dziecka. Przede wszystkim w niej dziecko uczy się podstawowych umiejętności życiowych, kształtuje swoją osobowość, nabiera przekonań o świecie, o jego wartościach i zasadach życia, tu formuje się jego tożsamość i wzorce zachowań. Jednakże nierzadko w rodzinie tkwią też źródła wielu zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń zachowania, (...) czy życiowej dysfunkcyjności, jakie rozwijają się u dziecka⁷²⁴, a które przeważnie przenoszone są przez nie w dorosłość.

Psychologiczno-pedagogiczne analizy wpływu braku ojca lub matki na funkcjonowanie rodziny i wychowywane w niej dzieci wykazują, że dla prawidłowego rozwoju dziecka konieczna jest czynna obecność obojga rodziców i obydwa wzorce osobowe. Tymczasem tylko ok. 65% badanych było wychowywanych przez oboje rodziców. W rodzinach monoparentalnych socjalizowało się 27% respondentek, w tym prawie 10% z nich wychowywało się bez osoby matki, a dla niemal 28% badanych okres dorastania upływał bez osoby ojca (przy czym najczęstszą przyczyną rozpadu ich rodzin było uzależnienie ojca od alkoholu). Pozostałe kobiety były wychowywane przez inne osoby: babcie (2 kobiety), rodzinę adopcyjną (1 kobieta) i dom dziecka (1 kobieta).

Jeśli chodzi o sytuację materialną rodzin pochodzenia respondentek – w ich opinii – to w przypadku 5,5% nie było w nich pieniędzy nawet na podstawowe potrzeby, takie jak żywność czy odzież, w 29% rodzin żyło się biednie, wiążąc „koniec z końcem”, 56% stanowiły rodziny przeciętne pod względem sytuacji materialnej, a 9% stanowiły rodziny zaliczone do zamożnych.

Niebagatelne znaczenie dla tworzenia się stosunku do samego siebie i innych, dla kształtowania się wzorów zachowania i zębów osobowości ma nacechowanie uczuciami stosunków między poszczególnymi członkami rodziny i stopień zaspokajania w rodzinie potrzeb wyższego rzędu. Z zebranych wyników można odtworzyć atmosferę domów rodzinnych i stosunek rodziców do respondentek w okresie ich dzieciństwa i dorastania – osobno ojca i matki. Spora część respondentek – wbrew temu, co wykazują inne doniesienia badawcze – nie wywodziła się z domów z dysfunkcyjnymi postawami rodzicielskimi i pozytywnie wspominała stosunek swoich rodziców do nich.

W przypadku matek respondentek najczęstsze były postawy zbudowane na troskliwości (57% wskazań), czułości (49%) i wspieraniu we wszystkim (43%); tylko nieco rzadziej wskazano na zwyczajne traktowanie respondentki przez matkę (37,3%) oraz nadopiekuńczość (25,5%). Nieco mniej liczną grupę stanowiły respondentki, które w relacjach ze swoimi matkami doświadczyły stawiania przez nie dużych wymagań (33,3%), ciągłego kontrolowania (25,5%)

⁷²⁴ E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006, s. 111.

i głównie zakazów (23,5%). Blisko 1/5 z nich wspominała, że były bite przez matki, 1/6 – że głównie były przez nie krytykowane, 1/8 – że ich matki były obojętne wobec nich i nie interesowały się nimi i ich sprawami, a 1/12 – że ich matki wychowywały je w dość dużej swobodzie (wszystko było im wolno).

Podobnie rozkładały się odpowiedzi dotyczące ojców i ich stosunku do respondentek. Na poziomie ok. 30% odpowiedzi usytuowały się: ojcowska troskliwość, czułość i zwyczajne traktowanie, a następnie poczucie bycia wspieraną we wszystkim (23,5%). We wspomnieniach części badanych kobiet dominował brak zainteresowania respondentką i jej sprawami (13,7%), obojętność wobec niej (4%) oraz przyzwolenie na wszystko (12%). Kilka zaznaczeń dotyczyło: głównie krytykowania przez ojca (10%), bicia (8%), ciągłego kontrolowania (4%) i stawiania dużych wymagań (8%). W stosunku do 10% respondentek ich ojcowie byli nadopiekuńczy, a wobec 2% spośród nich głównie stawiali zakazy.

Interesujące jest także to, jak w domach rodzinnych respondentek był traktowany alkohol. 14,5% badanych kobiet stwierdziło, że w ich rodzinach w ogóle nie piło się alkoholu, 11% – że piło się go bardzo rzadko, a 33% – że piło się go przy okazji różnych uroczystości rodzinnych. Aż 40% orzekło, że w ich rodzinach był jakiś członek rodziny uzależniony od alkoholu: w 18 przypadkach – ojcowie, 1 ojczym (a także ojciec tej samej kobiety), w 3 przypadkach – matki (przy czym dwukrotnie byli to oboje rodzice), w 3 przypadkach – bracia, w 2 przypadkach – siostry, w 2 przypadkach – babcie, w 3 przypadkach – dziadkowie (tylko wychowanka domu dziecka nie miała odpowiedniej wiedzy i nie udzieliła odpowiedzi).

Istotnym wyznacznikiem obecnej sytuacji życiowej badanych kobiet jest długość okresu ich abstynencji. Szczegółowe dane zawiera tabela 3.

Tabela 3. Staż abstynencji respondentek

Długość stażu abstynencji respondentek	Liczebność	%
do 3 miesięcy	20	36,4
do pół roku	6	10,9
do roku	9	16,4
do 2 lat	7	12,7
2-5 lat	8	14,5
5-8 lat	1	1,8
8-10 lat	1	1,8
powyżej 10 lat	3	5,5
brak odpowiedzi	1	1,8
Ogółem	55	100,0

Źródło: wyniki badań własnych

Przyjmując z DSM-IV niektóre elementy definicji „remisji” w zaburzeniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i opartą na nich propozycję ram czasowych określających stabilizację trzeźwości⁷²⁵, wśród 55 badanych kobiet znalazło się 35 kobiet (prawie 64%) z wczesną trzeźwością (do roku), 15 kobiet (27%) z utrwaloną trzeźwością (do 5 lat) oraz 5 kobiet (9%) ze stabilną trzeźwością (powyżej 5 lat). To kryterium – długości okresu abstynencji respondentek – incydentalnie będzie stanowiło punkt odniesienia do dalszych analiz.

5.2. Na kontinuum od inicjacji alkoholowej, używania, nadużywania i uzależnienia od alkoholu, po terapię – w relacjach respondentek

Konstrukcja pytań zadawanych respondentkom pozwoliła na prześledzenie ich drogi od inicjacji alkoholowej, poprzez używanie i nadużywanie alkoholu, okres uzależnienia od niego, po podjęte próby terapii.

Inicjacja alkoholowa

Dla niektórych inicjacja alkoholowa może stanowić pierwszy krok na równi pochyłej, jaką jest uwikłanie w uzależnienie, dlatego nie można lekceważyć jej znaczenia. Istotne jest, „czy i w jakiej postaci te początkowe doświadczenia pojawiają się jako mniej lub bardziej stały element w systemie zachowań jednostki, czy też mówiąc bardziej ogólnie, zostaną zintegrowane, wtopione w całokształt jej psychospołecznego funkcjonowania”⁷²⁶.

Duża część badanych kobiet (31 z 55) po raz pierwszy spróbowała napoju alkoholowego jeszcze przed osiągnięciem pełnoletności. Najwcześniej, bo w wieku dziewięciu lat, wypila go respondentka, która wychowywała się w domu dziecka (z koleżanką, gdy nie było wychowawcy), zaś najpóźniej inna – w wieku 44 lat (gdy dowiedziała się o chorobie syna). Jak wynika z danych zawartych w tabeli 4, w okresie uzyskania pełnoletności inicjacji alkoholowej doświadczyło 13 kobiet, w okresie wczesnej dorosłości – 6 kobiet, zaś jeszcze później – 5 kobiet. Średnia wieku, w jakim respondentki przeżyły inicjację alkoholową, to nieco ponad 17 lat.

⁷²⁵ Za: *Czym jest wyzdrowienie? Jeszcze raz o definicji Panelu Dyskusyjnego Instytutu Betty Ford „Alkoholizm i Narkomania”* 2010, t. 23, nr 3, s. 260.

⁷²⁶ E. Stępień, K. Wojcieszek, *Alkohol a polska młodzież. Raport 1994*, Warszawa 1995, s. 6.

Tabela 4. Wiek inicjacji alkoholowej respondentek

Wiek	Liczebność	Przedziały wiekowe	Liczebność
9 lat	1	do 10 r.ż.	1
13 lat	4	13-17 r.ż.	30
14 lat	4		
15 lat	5		
16 lat	6		
17 lat	11		
18 lat	9	18-19 r.ż.	13
19 lat	4		
20 lat	1	20-24 r.ż.	6
21 lat	1		
22 lata	1		
23 lata	1		
24 lata	2		
27 lat	1	27-44 r.ż.	5
34 lata	1		
35 lat	1		
40 lat	1		
44 lata	1		
ogółem	55		55

Źródło: wyniki badań własnych

Interesujące są motywy, które wówczas kierowały zachowaniem respondentek. Najczęściej wskazywaną przyczyną (respondentki mogły tu zakreślić dwie odpowiedzi) spróbowania po raz pierwszy alkoholu okazała się odpowiedź: „byłam ciekawa, jak wpłynie na mnie alkohol” – 25 wskazań, na drugim miejscu: „nie chciałam być gorsza od innych, nie chciałam być inna” – 21 wskazań, zaś na trzecim: „namówili mnie znajomi” – 15 wskazań. Odpowiedź: „chciałam przeżyć coś nowego w moim życiu” uzyskała 9 wskazań, „chciałam zaimponować rówieśnikom” – 5 wskazań oraz „liczyłam na to, że alkohol doda mi odwagi” – 4 wskazania oraz „zrobiłam to z nudów” – 4 wskazania. Pozostałe odpowiedzi zaznaczono sporadycznie, tj. „chciałam udowodnić, że jestem już dorosła i mogę robić, co chcę” – 2 wskazania, „chciałam zapomnieć o czymś przykrym” – 3 wskazania oraz „chciałam zrobić na złość rodzicom” – 1 wskazanie. Okres dorastania i wczesnej dorosłości (w których inicjację alkoholową przeżyła większość respondentek) niesie w sobie i ze sobą wiele czynników, które dynamizują próby eksperymentowania z alkoholem, w tym potwierdzone w badaniu: ciekawość, poszukiwanie i „smakowanie” nowych zachowań i sytuacji oraz silną potrzebę rówieśniczej akceptacji.

Nadużywanie alkoholu i uzależnienie od niego

Motywy towarzyszące inicjacji alkoholowej mogą albo zostać zachowane, albo z czasem dołączają do nich, lub zastępują je, inne motywy. Badane kobiety (zaznaczając maksymalnie trzy odpowiedzi) wskazywały na powody późniejszego sięgania przez nie po napoje alkoholowe. Uzyskane dane zostały ujęte w zestawieniu 8.

Zestawienie 8. Motywy sięgania po alkohol przez respondentki

Odpowiedzi	Liczebność	%
bo zapomniałam o swoich problemach, trudnych przeżyciach	27	49,1
bo mój mąż/partner też pił	20	36,4
bo alkohol pozwalał mi się zrelaksować i odpocząć	18	32,7
bo nie czułam się wtedy samotna	18	32,7
bo alkohol dodawał mi odwagi	15	27,3
bo alkohol przynosił mi odprężenie po pracy	15	27,3
bo miałam wtedy wrażenie, że jestem bardziej atrakcyjna i przestawałam myśleć o moim niskim poczuciu własnej wartości	12	21,8
bo inni też pili	8	14,5
bo tylko po alkoholu mogłam zasnąć	8	14,5
bo uważałam, że mogę tym zaimponować innym	5	9,1
bo skupiałam na sobie uwagę innych	3	5,5
bo w wolnym czasie i tak nie było co robić	2	3,6
inny powód	2	3,6

Źródło: wyniki badań własnych

Zabieg rangowania wykazał, że najczęściej wskazywanymi tu powodami były: chęć zapomnienia o swoich trudnych sprawach, problemach (prawie połowa respondentek wskazała na ten motyw) oraz szybkiego zrelaksowania się i odpoczynku (prawie 33%), a także odprężenia po pracy (27%). Prawie 1/3 badanych zaznaczyła, że piły alkohol, ponieważ nie czuły się wówczas samotne, i tyle samo zaznaczyło, że piły, ponieważ pił ich mąż lub partner, bądź inne osoby (14,5%). Także piciem alkoholu często rekompensowane było niskie poczucie własnej wartości respondentek, który: dodawał odwagi (27%), wzmacniał wrażenie większej atrakcyjności i podnosił niskie poczucie własnej wartości (22%), stanowił czynnik, którym można było zaimponować innym (9%) i skupić na sobie uwagę innych (5,5%). Nielicznej grupie kobiet alkohol pozwalał zasnąć (14,5%), innym – po prostu wypełnić czas (3,6%). Zatem najczęściej wskazywanymi były motywy sięgania po alkohol, nazwane

przez Mariusza Jędrzejko, Małgorzatę Janusz i Marka Walancika⁷²⁷ ucieczkowymi (powodowanymi chęcią ucieczki od codzienności, problemów, pustki, nudy, monotonii, samotności, lęku i chęcią rozluźnienia się, oderwania od rzeczywistości, wytlumienia emocji) oraz prestiżowymi (związanymi z chęcią pokazania się jako osoby ważnej, ciekawej, wyróżniającej się ponad przeciętność).

Pozytywne efekty uzyskiwane po wypiciu napojów alkoholowych podsycają chęć ich ponownego spożycia. Destruktywność uzależnień (nie tylko od alkoholu) pociąga za sobą negatywne konsekwencje, których – ze względu na mechanizmy uzależnienia – zwykle nie dostrzega osoba uzależniona lub wypiera je, a które zaczyna sobie uświadamiać dopiero z perspektywy czasu, po podjęciu terapii. Z odpowiedzi respondentek wyłonił się obraz najbardziej zaniedbywanych przez nie w okresie picia sfer życia. Najwięcej wskazań uzyskały odpowiedzi dotyczące zdrowia (45,5% respondentek stwierdziło, że zaniedbywało je bardzo, a 29% częściowo) oraz sfery duchowej (31% nie dbało o nią bardzo, a 22% częściowo). Kolejne odpowiedzi wskazywały na zaniedbania wiążące się z innymi ludźmi i z pełnieniem jakiejś roli społecznej: zaniedbywanie relacji z członkami najbliższej rodziny (42% respondentek – w bardzo dużym stopniu, 35% – częściowo), zaniedbywanie obowiązków matki (20% spośród wszystkich respondentek pełniących tę rolę oceniło, że zaniedbywało je bardzo, zaś 35% – częściowo), brak dbałości o dom (w znacznym stopniu dotyczyło to 13% i częściowo – 46%), zaniedbywanie obowiązków pracowniczych (w dużym stopniu zarzucało to sobie 7% badanych kobiet, a częściowo – 31%), zaniedbywanie relacji z członkami dalszej rodziny (16% orzekło, że zaniedbywało je bardzo, a 31% częściowo) oraz relacji ze znajomymi (11% oceniło, że zaniedbywało je bardzo, a 36% częściowo). Najmniej wskazań dotyczyło kształcenia się (13% bardzo zaniedbało tę sferę, a 22% – częściowo). Pojedyncze odpowiedzi dotyczyły takich aspektów, jak brak dbałości o: wygląd, higienę ciała, higienę życia, aktywność fizyczną, zainteresowania i relacje z partnerem.

W historię uzależnienia od alkoholu kobiet wpisane są często trudne doświadczenia życiowe, a temu ciężarowi bolesnych doświadczeń przeważnie towarzyszy poczucie wstydu i winy. Mimo to jednak duża część badanych kobiet (48 na 55) odważnie odpowiedziała na pytanie o najbardziej dojmujące wspomnienia z okresu picia.

Część z tych strat 3 respondentki nazwały dość ogólnie: „popętnienie wielu złych rzeczy” (Marta 1), „przez alkohol powstało wiele problemów, za które trzeba było ponieść konsekwencje, choć można było tego uniknąć” (Dorota 1), „piętrząca się

⁷²⁷ M. Jędrzejko, M. Janusz, M. Walancik, *Czynniki ochronne i ryzyka w uzależnieniach i zachowaniach ryzykownych*, (w:) M. Jędrzejko, M. Janusz, M. Walancik, *Zachowania ryzykowne i uzależnienia. Zjawisko i uwarunkowania*, Warszawa-Dąbrowa Górnicza 2013, s. 86.

lawina problemów i niepowodzeń na własne życzenie" (Anna 3). Sporo wypowiedzi wskazywało jednak na konkretne straty. Znaczna ich część dotyczyła relacji z najbliższymi: „kłótnie z dziećmi, rodziną, partnerem” (Hanna 1), „awantury” (Monika), „robiłam przykrość rodzicom” (Inga), „lęk i złość matki” (Anna 3), „opuścił mnie mąż” (Lidia 1), „groźby męża dotyczące rozwodu” (Agnieszka), jak również – dobitniej i szczerze – ich krzywdzenia: „stosowanie przemocy fizycznej i psychicznej wobec najbliższych członków rodziny (rodzice, siostra, partner)” (Magda), „sytuacje, w których stawiałam się agresywna (fizycznie i psychicznie) i robiłam innym krzywdę” (Alex), „agresja słowna wobec domowników” (Owca), „obrażanie innych” (XXX). W niektórych przypadkach respondentki były świadome, że zawiodły czyjeś zaufanie i wiarę pokładaną w siebie: „picie w okresie, gdy umierała mama” (YYY), „boli mnie to szczególnie, dlatego że mam poczucie winy, że ich krzywdziłam, a oni ciągle dawali mi kolejne szanse” (Magda), „spojrzenie syna, który nawet nic nie musiał mówić” (Dorota 2), „utrata zaufania dzieci, mamy, siostry, pracodawcy” (Hanna 1), „nie byłam dobrą żoną i matką” (Elżbieta), „zawiodłam ludzi, którzy o mnie walczyli, w tym moją terapeutkę, szefa mojej firmy, wykładowców z Charci” (Hanna 2). Niektóre z respondentek podkreślały straty dotyczące ich macierzyństwa i zaniechań wobec dzieci: „piłam, gdy byłam potrzebna synowi, gdy miał problemy psychiczne” (YYY), „to, że dzieci widziały, jak piję” (Dorota 1), „zaginięcie mojego dziecka podczas mojej nietrzeźwości” (Justyna), „pozostawienie bez opieki córki” (Sandra), „przerwanie ciąży; poczucie żalu i bólu do siebie i męża mam do dzisiaj” (Maria 1), „lęk i złość dzieci” (Anna 3), „nie potrafiłam zająć się własnymi dziećmi” (Katarzyna), „odebranie praw rodzicielskich do młodszego dziecka” (Lidka), „dziecko oddane do rodziny zastępczej i ból z tym związany” (Marta 1), „odebranie dzieci” (Danuta), „mąż zabrał mi syna” (Magdalena), „zabrano mi dziecko” (Kinia). Część badanych kobiet dostrzegała problemy, które były bezpośrednio spowodowane nadużywaniem alkoholu i utratą kontroli nad nim: „umieszczenie w zakładzie karnym” (Anna 1 i Danuta), „izba wytrzeźwień” (Elwira i Kinia), „utrata prawa jazdy na rok, w konsekwencji – utrata bardzo dobrze płatnej pracy, która sprawiała mi ogromną satysfakcję” (Joanna/Pędzel), „długi w bankach i u znajomych” (Hanna 1), „porzucenie pracy” (Gaga), „utrata pracy” (Hanna 1 i Mariola), „straty finansowe” (Mariola), „strata pieniędzy i biżuterii (lombard)” (Hanna 1), „problemy z prawem” (Elwira), „koniec mojego pierwszego najpoważniejszego związku trwającego 11 lat” (Joanna/Pędzel), „pobyt w szpitalach” (VVV), „detoks” (VVV), „próba samobójcza” (Krystyna), „nieobecność na pogrzebie szwagra” (Dorota 3). Wskazywały także na utratę kontroli nad własnym życiem i postępowaniem: „wiele ważnych decyzji podjęłam w amoku alkoholowym” (Paulina), „wstyd towarzyszący zawsze, gdy wypitałam za dużo i traciłam kontrolę nad tym, co mówię i robię” (Paulina), „ciągłe myślenie, żeby tylko się napić, aby zapomnieć o myślach samobójczych” (Angelika), „zaniedbanie wyglądu, mieszkania, psa” (Hanna 1), „brak rozsądnego myślenia” (Hanna 1), „zapominanie” (Maria 2), „wieczorny przymus picia” (Kinga), „ranki z poczuciem, że znowu coś źle zrobiłam/

powiedziałam" (YYY), „gdy zaczynałam tracić kontrolę nad swoim zachowaniem” (AAA), „czułam się strasznie i piłam dalej” (Anna 3). Wspomniano również o utracie kontroli nad własnym ciałem: „upadki w łazience i ze schodów” (Małgorzata), „urywane filmy” (XXX), „wstyd przed synem i synową dotyczący własnej niemocy ciała” (Ewa 1). Część wymienionych strat dotyczyła sfery zdrowia: „narażanie swojego zdrowia i życia” (XXX), „prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu” (Justyna), „silne leki popijane alkoholem” (Asia), „kace” (Marzena 2), „ból na drugi dzień po ostrzejszym piciu, konieczność klinowania” (Owca), „zaniedbanie i utrata zdrowia (wycieńczenie organizmu)” (Hanna 1), „kac i trzeźwienie” (Marta 4), „złe samopoczucie” (Angelika), „nieprzespane noce i kac na drugi dzień” (AAA), „okropne samopoczucie po przepiciu” (Inga), „pobicie mnie przez męża, a potem przez mojego partnera” (Renata). Wskazane zostały także konsekwencje w sferze emocjonalnej: „nieprawdziwość emocji” (Paulina), „huśtawki nastrojów (od euforii do użalania się nad sobą); irytowanie się z błahych powodów; zwiększony niepokój, lęki, uczucie szarości życia, zagubienie w sobie i rzeczywistości” (Anna 2), „lęki, ból, wstyd” (VVV), „poczucie osamotnienia, braku motywacji do działania, bezradność” (Anna 3), „ogólne rozbitcie; niesmak, niedowartościowanie” (Dora), „kac moralny” (Owca). Wiele kobiet jako stratę wskazało również utratę poczucia wartości samej siebie: „brak szacunku dla samej siebie” (XXX), „wyzwiska męża pod moim adresem” (ZZZ), „stawiałam się wulgarna, nawet wobec nieznanomych, czyniłam propozycje seksualne” (Alex), „kace moralne po tym, jak obiecywałam sobie, że przestanę pić, a potem i tak piłam; wyrzuty sumienia, że zawiodłam siebie i innych” (Dorota 2), „brak szacunku ze strony partnera” (Hanna 1), „poczucie wstydu i poniżenia” (AAA), „nie mogę sobie wybaczyć, że tak długo piłam” (Lidia 2). Wskazywane przez respondentki straty z okresu picia dotyczyły więc trzech aspektów ich ówczesnego funkcjonowania: somatycznego, psychicznego i społecznego.

W innym pytaniu, porządkującym największe straty poniesione w okresie picia, respondentki orzekły, jak obecnie oceniają ich wielkość i wagę. Z zestawienia uzyskanych informacji (dane procentowe dotyczą tu udzielonych, ważnych odpowiedzi, bowiem spora część respondentek dokonała tu wybiórczych wyborów, jak i niektóre ze wskazanych sytuacji ich nie dotyczyły) wynika, że najbardziej dotkliwe konsekwencje, określone jako straty z okresu picia, dotyczyły relacji międzyludzkich: utraty zaufania najbliższych osób (97%), skrzywdzenia własnych rodziców (80%), krzywdzenia dzieci (74%) oraz utraty przyjaciół (70%). Natomiast najczęściej stratami związanymi bezpośrednio z osobą respondentki były: brak szacunku do samej siebie (98%), zrujnowanie zdrowia (85%) oraz strata pieniędzy i dobytku (77%). Szczegółowa analiza udzielonych w tym pytaniu odpowiedzi ujawniła, że zdecydowana większość respondentek (aż 98%) wskazała tę nazwaną jako „brak szacunku dla samej siebie” (nawet jeśli nie zaznaczyła innych strat), przy czym dla 89% była to strata określona jako wielka. Potwierdza to opinię wielu te-

rapeutów o tym, że kobiety uzależnione od alkoholu są narażone na bardziej (niż mężczyźni) krytyczne oceny otoczenia, same też często myślą o sobie z potępieniem i szybciej „przepijają” szacunek do samych siebie (mowa o tym w podrozdziale 2.2. i 5.1.). Te raniące doświadczenia i straty, wzmacniane wstydem, poczuciem winy i obawami przed napiętnowaniem przez innych, mogą być barierami w procesie terapii.

Ponieważ alkoholikom trudno jest się pogodzić z realnym stanem rzeczy, dlatego coraz szczelniej odgradzają się od alarmujących, przykrych sygnałów i coraz solidniejszy, bardziej rozbudowany i kunsztowny mur informacyjny budują między rzeczywistością a sobą⁷²⁸. Zdarza się jednak, iż to złudzenie, że jeszcze się nie utraciło kontroli nad alkoholem, chwilowo słabnie i osoba zaczyna dostrzegać dominującą obecność alkoholu w swoim życiu. Zadaniem respondentek w jednym z pytań było wskazanie dotyczących ich głównych objawów, świadczących o braku kontroli nad swoim piciem, dostrzeganych obecnie z perspektywy czasu. Badane kobiety najczęściej zaznaczały, że takimi symptomami było picie alkoholu po kryjomu, w tajemnicy przed innymi oraz fakt, że osoby z ich otoczenia zaczęły im zwracać uwagę na to, że piją za dużo (po 28 wskazań). Wiele z nich obiecywało innym, że przestaną pić, ale przekonywały się, że nie potrafią tego zrobić (19 wskazań). Z powodu alkoholu zaniedbywały obowiązki matki (19 wskazań). Niektórym z badanych kobiet było już obojętne, co inni o nich myślą (18 wskazań). Kilku respondentek dotyczyło także to, że gdy zaczęły pić, nie mogły przestać (16 wskazań), jak i to, że zaniedbywały obowiązki domowe (15 wskazań). 15 respondentek dostrzegało reakcje swojego ciała, będące typowymi objawami abstynencyjnymi, tj. drżenie rąk, przyspieszoną akcję serca, bóle głowy, senność, spowolnienie ruchów, poty, trudności ze skupieniem uwagi, zasypianiem i chodzeniem, brak apetytu, bóle żołądka, wymioty, ogólne osłabienie organizmu. Powtarzalnymi objawami były także: myślenie coraz częściej w ciągu dnia głównie o tym, jak, gdzie i czego się napić, niemożność skupienia się na niczym innym oraz rozdrażnienie, gdy nie było sposobności natychmiastowego napicia się alkoholu (po 13 wskazań), trudności z przypomnieniem sobie, co się działo z respondentką po wypiciu alkoholu, oraz zaniedbywanie obowiązków zawodowych (po 12 wskazań). 10-krotnie zaznaczono, że ważniejsze wydarzenia w życiu respondentka mogła przeżyć tylko po wypiciu alkoholu, a 8-krotnie – że zawsze musiała mieć dostęp do alkoholu. O zaawansowaniu uzależnienia świadczyły takie objawy, jak: obojętność z kim i gdzie pije, byleby się tylko napić (6 wskazań), trudności z rozpoczęciem dnia bez wypicia alkoholu (4 wskazania) i kierowanie samochodem po wypiciu alkoholu (4 wskazania). Jedna z respondentek dopisała, że niepokojącym przejawem

⁷²⁸ A. Dodziuk, *Trudna nadzieja*, Warszawa 1993, s. 15.

jej uzależnienia od alkoholu było to, że z niecierpliwością czekała na powrót z pracy, żeby się wreszcie napić, inna natomiast, że piła do utraty przytomności, jej jedynym sposobem spędzania czasu było picie alkoholu, nie miała planów i celów w życiu i nie doprowadzała spraw do końca.

Splot wielu czynników powoduje, czy podjęcie pierwszej próby terapii okaże się ostatnią, czy nastąpią po niej kolejne. W przypadku badanych kobiet ilości tych prób rozłożyły się następująco: 1 raz – 38%, 2 razy – 32%, 3-5 razy – 18% (brak odpowiedzi – 13%). Co przyczyniło się do tego, że wcześniejsze próby terapii okazały się nieudane? Respondentki, które miały takie doświadczenia, najczęściej wskazały, że: nie były dość zmotywowane do leczenia i do tego, żeby przestać pić (10 wskazań), nie wierzyły, że to się może udać (8 wskazań), nie trafiły na odpowiednią instytucję i ludzi, którzy mogliby im pomóc (7 wskazań). Wśród odpowiedzi pojawiły się również i takie: brak oparcia w najbliższych osobach (5 wskazań), tak naprawdę nie zależało im, żeby zmienić swoje życie (4 wskazania). Jedna z respondentek stwierdziła, że właściwie nie wie, dlaczego przerwała abstynencję po 12 latach. Inna niepowodzenie swojej wcześniejszej próby leczenia uzasadniła tym, że poczuła znużenie realizacją programu leczenia, jak i z jednej strony czuła już obojętność, zaś z drugiej poczuła w sobie siłę (która okazała się złudną). Kolejna respondentka wytłumaczyła to tym, że jest słaba, a alkoholizm to choroba nawrotów. Przytoczone tu odpowiedzi respondentek na to pytanie mogą okazać się przydatnymi dla terapeutów uzależnień w toku ich pracy i starań wokół umacniania motywacji pacjentek do kontynuowania terapii. „Przyjmując, że oddziaływania terapeutyczne mogą być efektywne i ekonomiczne przede wszystkim w stosunku do osób odpowiednio umotywowanych do leczenia odwykowego, należałoby właściwy proces terapeutyczny poprzedzić etapem wstępnym, polegającym na wzbudzaniu pozytywnych motywów i wygaszaniu niekorzystnych, antymotywacyjnych tendencji. Problemem istotnym dla praktyki leczenia odwykowego jest w związku z tym identyfikacja motywów pacjenta, określenie ich rodzaju i natężenia oraz ustalenie czynników mogących utrudniać terapię”⁷²⁹ – potwierdza Ryszard Cibor.

Alkoholicy należą do kategorii osób cierpiących na osłabienie zdolności dojrzałego, zdroworozsądkowego myślenia i uporczywie powtarzających szkodzące im zachowania⁷³⁰. Część badanych kobiet przyjrzała się bliżej powodom, dla których wcześniej nie podjęły leczenia. Kilka respondentek wierzyło we własne siły: „byłam przekonana, że sama zdołam przerwać picie, dotrzymać danej sobie obietnicy, że nie piję więcej” (Kinga), „myślałam, że dam radę

⁷²⁹ R. Cibor, *Motywy podejmowania leczenia odwykowego*, „Problemy Alkoholizmu” 1989, nr 6, s. 8.

⁷³⁰ E. Woydyłło, *Rak duszy. O alkoholizmie*, Kraków 2009, s. 60.

sama" (Marta 1 i Hanna 2), „uważałam, że jest mi to zupełnie niepotrzebne i że jeśli będę chciała, to mogę w każdej chwili przestać pić" (Inga), „choć byłam kilka razy w poradni uzależnień, to zawsze odkładałam terapię na później, myśląc, że sobie poradzę" (Marta 1), „wydawało mi się, że pomogę sama sobie, że mam silną wolę i że gdy nie chcę pić, to nie będę piła" (Angelika), „uważałam, że sama powinnam sobie poradzić" (Justyna). Ponad połowa udzielających odpowiedzi kobiet nie dostrzegала wcześniej swojego uzależnienia i stopnia jego zaawansowania: „nie widziałam u siebie problemu" (ZZZ), „nie dopuszczałam do siebie myśli, że jestem uzależniona od alkoholu" (Maria 5), „bo nie piłam tyle" (Beata), „uważałam, że nie potrzebuję leczenia" (Renata), „nie widziałam takiej potrzeby" (Dorota 3), „nie zdawałam sobie sprawy z tego, jaka to groźna choroba" (Ewa 2), „nie wierzyłam, że jestem uzależniona" (Elżbieta), „nie widziałam problemu" (YYY, Tatiana i Lidka), „nigdy nie myślałam, że mam problem z alkoholem (raczej z narkotykami)" (Marta 2), „nie czułam takiej potrzeby" (Monika), „uważałam, że nie potrzebuję pomocy" (Maria 2), „myślałam, że ten problem mnie nie dotyczy" (Dora), „nie wierzyłam, że mi się to zdarzy" (Marzena 2), „ponieważ nie miałam ciągów picia" (Dorota 1), „nie do końca uświadamiałam sobie ogrom problemu, odpychałam od siebie prawdę" (Joanna/Pędzel), „uważałam, że nie muszę się leczyć" (Mariola), „nie uważałam się za osobę uzależnioną" (Magda), „nie dostrzegałam mojego problemu alkoholizmu" (Alex), „choć byłam kilka razy w poradni uzależnień, to zawsze odkładałam terapię na później, myśląc, że sobie poradzę" (Anna 2), „uważałam, że piję, bo chcę i lubię, że jest to kontrolowane; zdrowie było w miarę dobre, rodzina nie krytykowała, bo nie zauważała, że piję więcej niż inni; nie myślałam, że jestem alkoholiczką" (Hanna 1), „nie chciałam uwierzyć, że faktycznie mam problem z alkoholem" (Paulina), „nie zdawałam sobie sprawy, że picie alkoholu szkodzi mojemu myśleniu i tylko zamiast rozwiązywać moje problemy, nawarstwiały się kolejne" (Elwira). Jako przyczynę wymieniono także brak wiedzy: „nic nie wiedziałam na ten temat" (Maria 4), „nie byłam świadoma, co robić" (Sandra), „nie wiedziałam, że mam problem, że jestem chora" (Dorota 2) oraz kilkakrotnie brak motywacji (YYY, Danuta, Kinia, Anna 1, Paulina, Ewa 1, AAA i Anna 3). Sporadycznie wskazywano na przyczyny tkwiące w innych ludziach i okolicznościach uniemożliwiających podjęcie leczenia: „ponieważ wszyscy wokół pili" (Agnieszka), „brak informacji o pomocy" (Małgorzata), „próbowałam, ale po dwutygodniowym detoksie wróciłam do tego samego pijącego towarzystwa" (Magdalena). Pięć kobiet nie udzieliło tu odpowiedzi i także pięć odpowiedziało: „nie wiem", co oznacza, że ani wcześniej się nad tym nie zastanawiały, ani na potrzeby wypełniania kwestionariusza ankiety nie wzbudziły w sobie takiej refleksji. Podsumowując odpowiedzi udzielone w tym pytaniu: u podstaw powodów, dla których respondentki nie podjęły wcześniej terapii, leżało ich uwikłanie w system iluzji i zaprzeczeń. Alkoholizm należy bowiem do grupy chorób nazywanych „chorobami zaprzeczeń" (ang. *diseases of denial*) – jego integralną częścią jest mechanizm, który

nieustannie przekonuje chorego o tym, że nie jest on alkoholikiem mimo istnienia łatwo rozpoznawalnych objawów⁷³¹.

Podjęcie leczenia

Pokonywanie uzależnienia często otwiera jakieś wydarzenie, które sprawia, że osoba uzależniona zaczyna dostrzegać powagę i beznadziejność swojej sytuacji lub które wiąże się z utratą kogoś znaczącego, bądź czegoś cennego (często sami alkoholicy, zwłaszcza związani z AA, używają tu określenia „osiągnięcie dna”). Niekiedy ów punkt zwrotny jest skumulowanym rezultatem złożonego wpływu wielu różnych zewnętrznych i wewnętrznych zdarzeń – doświadczeń i przeżyć, z których żadne nie musi być decydującym⁷³². Często jednak alkoholicy potrafią odtworzyć kolejność zdarzeń, które doprowadziły do osiągnięcia wewnętrznej „gotowości”⁷³³, zatem i respondenci również zostały poproszone o wspomnienie momentu przełomowego, wydarzenia tak szczególnego w ich życiu, że postanowiły zerwać z piciem alkoholu⁷³⁴. Najczęściej impulsem było jakieś wydarzenie powiązane z obecnością bliskich osób (w tym częstokroć dzieci): „kiedy moje 4-letnie dziecko poszło samo się kąpać na wakacjach, gdy ja zasnęłam pijana w leżaku” (Justyna), „przyjazd mojej córki z dzieckiem, z daleka, a ja piłam przez cały jej pobyt” (Krystyna), „chciałam odzyskać syna, bo prawie nie miałam z nim kontaktu, a on nie chciał mnie widzieć, gdy byłam pijana” (Magdalena), „zabranie syna do rodziny zastępczej” (Tatiana), „wyrzuty sumienia wobec syna” (YYY), „rozmowa z córką, w trakcie której powiedziałam jej, że chcę przestać pić, ale nie wiem, jak to zrobić” (ZZZ), „chciałam żyć dla moich dzieci, które okazały się chore, choć urodziły się zdrowe” (Dora), „stwierdziłam, że dzieci i wnuki nie mogą mieć nietrzeźwej matki i babci” (Lidia 1), „urodzenie się wnuczek” (Monika), „dzieci i wnuczka uświadomiły mi, dla kogo mam żyć” (Lidia 2), „rozmowa z członkami rodziny, którzy postanowili, że muszę się leczyć” (Anna 2), „rozmowa z córką i siostrzenicą” (Małgorzata), „zakochałam się w mężczyźnie pod wpływem alkoholu, który traktował mnie tylko jak obiekt seksualny i wykorzystał mnie, w ogóle mnie nie szanując” (Alex), „awantura z mężem” (Agnieszka), „gdy podczas rozprawy w sądzie mąż mnie oszkalował, mówiąc, że jestem złym człowiekiem” (Hanna 2), „ktoś, kogo kocham, nazwał mnie alkoholiczką” (Asia), „śmierć ojca” (Danuta). Przełomowymi okazały się także: „wizyta u psychiatry” (XXX) i „rozmowa z koleżanką, która podjęła leczenie” (Kinga). Niekiedy decyzje respondentek wymusił jakiś „zewnętrzny” czynnik sprawczy, jak na przykład: „wypadek” (Mariola), „groźby pracownika socjalnego, że nie otrzymam pomocy z MOPRu, a moje

⁷³¹ W. Osiatyński, *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, Warszawa 2005, s. 18.

⁷³² S. Brown, *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model...*, op. cit., s. 126.

⁷³³ Ibidem, s. 144.

⁷³⁴ Pytanie to otwierało zaproszenie w formie „Jeśli Pani chce...” i aż 18 spośród respondentek odmówiło odpowiedzi.

dzieci zostaną odebrane" (Sandra), „trafiłam do więzienia za debet w banku, którego nie spłaciłam; nie stawiałam się na rozprawę apelacyjną, bo cały poprzedni wieczór piłam" (Dorota 2), „dostałam wyrok sądowy i trafiłam do aresztu" (Magda), „strata pracy i mieszkania" (Anna 3), „stan zdrowia" (Maria 2). W niektórych przypadkach było to kilka motywów łącznie: „utrata prawa jazdy i pracy; trzykrotne zapicie od czasu, gdy podjęłam leczenie i chociaż organizm odmawiał już alkoholu, wlewałam go w siebie; podczas ostatniego zapicia piłam przez cały tydzień i z powodu wycieńczenia zemdlałam, będąc samą w domu, boleśnie się poturbowałam" (Joanna/Pędzel), „utrata pracy i złe traktowanie mnie przez pracodawcę i pracowników firmy, do tego bardzo zły stan zdrowia, wycieńczenie organizmu" (Hanna 1), „miałam już dosyć takiego trybu życia, było mi wstyd, że nadużywam alkoholu, zaczęłam zaniedbywać obowiązki w pracy i domu, coraz bardziej zaczęłam tyć i miałam problemy ze zdrowiem" (AAA), „zniszczone zdrowie, wstyd przed dziećmi" (Maria 4), „stwierdziłam, że mam dzieci, rodzinę i nie mogę im robić wstydu oraz że zrobię to dla samej siebie" (Marzena 2), „miałam dość siebie, świata; utrata sił; zostałam oszukana i pobita tak, że dzisiaj jestem kaleką" (VVV), „uświadomienie sobie konieczności wypijania większej ilości alkoholu, aby osiągnąć stan uzyskiwany wcześniej przy mniejszych dawkach; zmęczenie wstawaniem z kaczem i koniecznością długiego odsypiania" (Paulina), „nie mogłam już dłużej patrzeć na moją degenerację jako kobiety" (YYY), „zaczęłam się wstydzić swojego wyglądu i niektórych zachowań pod wpływem alkoholu" (Lidka).

Ludźmi podejmującymi terapię uzależnień kierują różne motywy. Najogólniej można je podzielić na uzasadnienia zewnętrzne (sytuacyjne) i wewnętrzne podejmowania leczenia⁷³⁵. Poniżej zamieszczono zestawienie procentowe ukazujące częstość wystąpienia motywacji, leżących u źródeł decyzji o terapii podjętych przez badane kobiety.

Motywy podjęcia leczenia zostały pogrupowane następująco:

a) motywy uwarunkowane rodzinnie:

- uciążliwość myśli o krzywdzeniu własnych dzieci – 34,5%,
- ostrzeżenie, że sąd zadecyduje o odebraniu dzieci – 16,4%,
- umieszczenie dzieci w placówce opiekuńczo-wychowawczej – 5,5%,
- zajście w ciążę – 3,6%,
- opuszczenie przez męża/partnera – 3,6%,
- zagrożenie odejściem przez męża/partnera – 3,6%,
- zerwanie relacji z rodzicami – 7,3%;

b) motywy zawodowe:

- utrata pracy – 9,1%,
- perspektywa dobrej pracy – 1,8%;

c) motywy dotyczące zdrowia:

- zły stan zdrowia – 14,5%;

⁷³⁵ A. Adam, *Pokonać dysonans*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 1, s. 18-19.

- d) motywy związane z kondycją psychiczną:
- niedostrzeżenie sensu własnego życia - 25,5%,
 - myśli samobójcze - 21,8%,
 - spowodowanie wypadku, w którym respondentka otarła się o śmierć - 3,6%,
 - chęć zmiany swojego życia - 1,8%,
 - złe samopoczucie; huśtawki emocjonalne - 1,8%,
 - świadomość własnej choroby i ambicjonalne podejście do życia - 1,8%,
 - wstyd - 1,8%,
 - ogólne wycieńczenie, kapitulacja, zmęczenie sobą i własnym życiem - 1,8%;
- e) motywy związane z sytuacją bytową:
- ogromne długi - 14,5%,
 - pozostanie bez dachu nad głową - 7,3%;
- f) motywy o charakterze społecznym:
- utrata kontaktów z przyjaciółmi - 5,5%,
 - rozmowa z niepijącym alkoholikiem - 18,2%,
 - rozmowa z osobą duchowną - 7,3%,
 - rozmowa ze znajomym lub członkiem rodziny namawiającym do podjęcia terapii - 3,6%,
 - zakochanie się - 10,9%;
- g) motywy prawne:
- nakaz lub wyrok sądowy - 3,6%;
- h) motywy wywołane wpływem mediów i treści dotyczących problemów alkoholowych:
- artykuł w gazecie - 5,5%,
 - audycja w telewizji/radio - 7,3%,
 - film - 3,6%.

Z analizy zebranego materiału wynika, że najczęściej motywy podjęcia leczenia przez respondentki uwarunkowane były rodzinnie i związane zwłaszcza z dziećmi oraz świadomością ich krzywdzenia. Na drugim miejscu uplasowały się motywacje biorące się ze swoistego zmęczenia własnym życiem, niedostrzeżenia jego sensu i kielkujących myśli samobójczych.

Kolejne pytanie miało na celu odtworzenie tego, jakie pierwsze działania wyzwoliła decyzja respondentek, podjęta po refleksji nad sobą i swoim życiem, gdy stwierdziły, że już nie chcą tak żyć i że muszą coś zrobić, żeby wyrwać się z tego stanu, w którym alkohol stał się dominującym w ich życiu. Zwykle badane kobiety rozpoczynały poszukiwania pomocy specjalistów (terapeutów, lekarzy, psychiatrów, psychologów), w większości w poradniach leczenia uzależnień (nawiązując kontakt telefonicznie, poszukując adresów

poradni przez Internet lub wykorzystując informacje od innych już leczących się znajomych). Cztery spośród respondentek rozpoczęły swoje leczenie dektoksem, trzy przeszły terapię w warunkach typu stacjonarnego. Kilka z nich zaakcentowało, że przede wszystkim przestały pić, a potem rozpoczęły terapię. Dwóm pomógł w podjęciu decyzji przedstawiciel jakiejś profesji pomocowej: kierownik domu samotnej kobiety, w którym wówczas mieszkała respondentka, oraz psycholog w zakładzie karnym, w którym przebywała inna respondentka. Kolejna z badanych kobiet najpierw przystąpiła do spowiedzi, a później umówiła się na spotkanie w poradni odwykowej; inna wspominała „modlitwę do Boga, aby ją zabrał lub jej pomógł”, rozmowę z dziećmi i osobą duchowną; jeszcze kolejna – rozmowę z niepijącymi alkoholikami i osobą duchowną. Część orzekła, że nie pamięta, co wówczas zrobiła (jedna tłumacząc, że była wówczas pogrążona w myślach samobójczych). Jedna z badanych kobiet odbyła rozmowę z partnerem, bratem i jego dziewczyną (z którymi najczęściej piła), oznajmiając im, że musi się leczyć i wprowadzić zmiany w swoim życiu; inna zaś od razu zakończyła znajomość z osobami, z którymi piła, i unikała miejsc, w których piła. Kolejna osoba wspominała, że zaczęła oglądać filmy o alkoholikach. Dwie respondentki były dość zasadnicze w tamtym czasie – jedna stwierdziła: „powiedziałam sobie «dość» i w swoje imieniny przestałam pić”, inna natomiast: „przestałam pić sama, bo mam silną wolę i postanowiłam skończyć z takim życiem”. Uczciwie przypominała swoje postępowanie inna z kobiet, która piła dalej, bo jak sama stwierdziła – wypierała problem. W jednym przypadku wspomniano o udziale (w tamtym wczesnym etapie procesu zdrowienia) w mityngach AA.

Terapia

Rozpoczynając analizę procesu stopniowego wychodzenia z problemu alkoholowego badanych kobiet, należy zacząć od ich subiektywnych ocen fazy uzależnienia, w której każda z nich rozpoczęła leczenie. Pytanie to zostało skonstruowane w oparciu o charakterystykę faz uzależnienia wyznaczonych przez Elvina M. Jellinka (opisaną w podrozdziale 1.3.).

Rozkład odpowiedzi był następujący:

- pozostawanie w fazie, w której picie alkoholu dawało przyjemność respondentce, poprawiało jej humor, czuła się po nim lepiej, zapomniała o tym, jakie życie jest zwyczajne albo trudne – 45,5%,
- pozostawanie w fazie, w której respondentka piła alkohol łączywie, po kryjomu, każda okazja była dla niej dobra do picia, miała przy tym poczucie winy w związku z piciem, ale unikała rozmów na ten temat – 14,5%,
- pozostawanie w fazie, w której respondentka miała objawy głodu alkoholowego, wpadała w ciągi picia, próbowała przestać pić, ale były to próby nieskuteczne – 29%,

- pozostawanie w fazie, w której stan nietrzeźwości respondentki był niemal codzienny i całodobowy, gdy piła już cokolwiek, co tylko wprawiało ją w stan upojenia, było jej już wszystko jedno – 5,5%,
- brak odpowiedzi – 5,5%.

Pamiętać jednak należy, że odpowiedzi cechował subiektywizm, a od części respondentek wymagało to sięgania pamięcią kilkunastu miesięcy wstecz, co mogło spowodować zniekształcenie wspomnień.

Przywoływanie w pamięci decyzji o podjęciu leczenia miało być prowokacją do odtworzenia przez respondentki niektórych ich ówczesnych myśli, uczuć i odczuć. Jak zauważył Ireneusz Kaczmarczyk: trudności w przejściu od „pijanej rzeczywistości” do abstynencji sprawiają, że osoba pozostaje wciąż w obszarze oddziaływań starych mechanizmów, nawyków i zachowań, a więc w fazie, w której „wiele osób mówi o zamieszaniu, chaosie, niepewności, braku oparcia w sobie, braku odpowiedzi na pytanie: jak żyć?, braku zasad, które byłyby wskazówką, jak postępować, czym się kierować”⁷³⁶.

Kiedy już zdecydowały się na leczenie, część z pierwszych myśli respondentek przesycona była nadzieją i długo oczekiwanym ukojeniem: „może się uda” (Małgorzata), „odczuwanie ogromnej ulgi i spokoju” (Justyna), „że dam radę, życie będzie piękne i będę mogła kontrolować picie” (Anna 3), „że wyjdę z natogu” (Monika), „że to mi pomoże” (Tatiana), „że już będzie dobrze, że nie dam się sprowokować, bo jestem silna, że chcę żyć i trzeźwieć” (Hanna 2), „ucieszyłam się, że będę mogła powiedzieć komuś o swoich problemach z alkoholem i uzyskam pomoc” (AAA), „że wyjdę z tego paskudztwa” (Kinia), „że nie będę piła” (Gaga), „czułam ulgę i postanowienie, że nie mogę się stoczyć” (Mariola), „myślałam, że dobrze, że to już się wszystko zakończyło, byłam spokojna” (Inga), „myślałam, że musi się udać” (Ewa 1). „że uratuję małżeństwo” (Agnieszka), „żebym dała sobie radę z alkoholem, a on mną nie rządził” (ZZZ). Częściej jednak targaly nimi wątpliwości i obawy: „myślałam, że to się nie uda” (Maria 5), „myślałam, że nie dam rady” (Anna 1, Dorota, Anna 2, Sandra, Kinga, Katarzyna, Owca, Elwira, Marzena, Maria 4), „nigdy przed nikim nie chciałam opowiedzieć swojego życiorysu” (Renata), „myślałam, że mi się nie uda, czułam, że jestem na samym dnie i nie dam rady się od niego odbić” (Angelika), „strach, kogo spotkam na OLU, z kim zostawię dzieci” (Marta 1). Zdarzały się też odczucia i uczucia ambiwalentne: „najlepsze, co mogło mi się przytrafić, ale bałam się, że nie dam rady przy równoczesnej nadziei na poprawę mojego życia” (YYY), „choć miałam mieszane uczucia (bo w czym mogą pomóc osoby chore i uzależnione, które tylko opowiadają o swoich zachowaniach i życiu, które przepili), pomyślałam, że warto spróbować (skoro myślałam o samobójstwie i miałam dość wyzwisk i pretensji pod moim adresem)” (Maria 1), „chwiejność emocjonalna” (VVV), „poszłam na terapię «na pokaz», żeby odzyskać córkę, a dopiero później zrobiłam to dla siebie samej” (Lidka), „zobaczę, co to

⁷³⁶ I. Kaczmarczyk, *Wspólnota Anonimowych Alkoholików...*, op. cit., s. 237.

jest, najwyżej zrezygnuję, raz kozie śmierć; chciałam poznać tę chorobę, bo mój obecny partner jest uzależniony" (Marta 2). W tamtym okresie części z respondentek nadal towarzyszył mechanizm wyparcia, widoczny we wspomnieniach myśli z tamtego okresu: „nie jestem alkoholizką, przychodzę na grupę, ponieważ mam nakaz sądu i mogę nie pić, jeśli chcę" (Joanna/Pędzel), „może nie jestem uzależniona i inni przesadzają" (XXX), „czy rzeczywiście jestem alkoholizką" (Asia), „nie muszę się leczyć, ale dam radę sama" (Dorota 1), „może sama sobie poradzę" (Maria 2), „ten problem mnie nie dotyczy" (Dora), „zastanawiałam się, po co tam chodzę, bo przecież ze mną nie jest tak źle" (Dorota 2). Niektóre z respondentek ujawniły ówczesną determinację: „wyleczyć się z nałogu" (Lidia 1), „że chcę żyć tak, jak kiedyś, lub w okresie mojej 12-letniej abstynencji po poprzedniej terapii" (Krystyna), „że muszę być silna, że dam radę, że nikt tego za mnie nie zrobi, że walczę o samą siebie, że to jedyny ratunek, że chcę być «normalna»" (Alex), „że zrobię wszystko, aby przestać pić" (Ewa 1), „że muszę się przebudzić i prowadzić nowy tryb życia" (Marzena 2), „chciałam czuć się lepiej pod względem zdrowia, przestać pić alkohol, odzyskać zaufanie dzieci, mamy, siostry, koleżanki; zacząć żyć na trzeźwo" (Hanna 1), „że muszę chcieć sama" (Magdalena), „koniecznie chciałam się leczyć, przestać pić" (Ewa 2). Pojawiły się i takie wspomnienia: „czułam skrępowanie i żal" (Dorota 2), „czułam wstręt do samej siebie" (Dora), „uświadomiłam sobie, że jestem alkoholizką i podjęłam terapię" (Elżbieta), „że to chyba będzie cud, jeśli przestanę pić, bo przecież piją wszyscy, których znam" (Ewa 1), „miałam sporo oczekiwań, ale starałam się nie wybiegać za bardzo w przyszłość; naiwnie zakładałam, że inni wykonają za mnie całą pracę, a ja będę tylko podmiotem, w którym dokonają się zmiany – same, bez własnego ciężkiego wewnętrznego wysiłku" (Paulina).

Czego wtedy, na początku swojej drogi zdrowienia, bały się najbardziej? Najczęściej wskazywały na obawy dotyczące leczenia i tego, że okaże się ono ponad ich siły i nie podołają mu: „że nie dam rady" (Lidia 1, Marzena 1, Dorota 2, Marta 2, Tatiana i Ewa 2), „że nie dam rady, że okaże się zbyt słaba i ulegnę pokusie, że pojawi się jakiś problem, z którym nie będę mogła sobie poradzić, który mnie przerosnie i wtedy sięgnę po alkohol" (Alex), „że nie wytrzymam w trzeźwości i sięgnę po alkohol" (Magdalena), „samej terapii" (Dorota 3), „skomplikowanych pytań" (Kinia), „spotkań z ludźmi na terapii grupowej" (Elżbieta), jak również, że okaże się ono mało skuteczne: „tego, że nikt nie jest w stanie mnie przekonać, żebym przestała pić, bo nie czułam się ani chora, ani uzależniona" (Maria 1), „że mogę sięgnąć po alkohol" (ZZZ) oraz że powrócą do picia: „że będę miała nawrót choroby" (Elwira), „nawrotu, tego, że wróci do mnie chęć picia" (Dorota 2), „że sięgnę po kieliszek" (Gaga), „powrotu do picia" (Kinga, Owca i Katarzyna), „że po powrocie z oddziału zamkniętego sięgnę po alkohol" (Maria 5), „że nie wytrzymam bez alkoholu" (AAA), „że gdy w końcu uda mi się choć trochę zwalczyć nałóg, to stracę silną wolę i wrócę do alkoholu; nie miałam wiary w siebie" (Angelika), „żeby nikt mnie nie zdenerwował, bo wtedy mogłyby mi przyjść myśli, żeby wypić" (Inga). Niektóre kobiety obawiały się

też konfrontacji z własnym uzależnieniem: „prawdy, że jednak jest ze mną źle” (Dorota 2), „samej choroby alkoholowej” (XXX), „stwierdzenia, że jestem alkoholizką” (Joanna/Pędzel), „bałam się rozmów o picie” (Lidka). Inne lęki wiązały się z własną osobą: „bałam się samotności” (Maria 3), „bałam się wstydu” (Marzena 2), „nie wiedziałam, jak to będzie” (Beata), jak również z reakcjami innych osób (członków rodziny, znajomych, obcych): „tego, że ktoś się dowie” (XXX), „otoczenia, zwłaszcza osób pijących; opinii innych, że będą na mnie patrzeć jak na trędowatą” (Ewa 1), „wstydziłam się swojej sytuacji i że ktoś będzie mnie oceniał” (YYY), „opinii innych znajomych, ludzi, żeby się wyśmiewali, że byłam na detoksie” (Marta 1), „otoczenia” (Anna 1), „ludzi” (VVV), „że ludzie będą mnie źle postrzegać” (Dora), „że spotkam znajomą osobę” (Mariola), „utrąty rodziny” (Lidia 2), „że mąż odejdzie” (Agnieszka), „męża i jego zachepek” (Hanna 2). Niektóre z respondentek wspominały obawy związane z ówczesną terażniejszością: „bałam się objawów abstynencyjnych” (Asia), „bałam się otaczających ludzi pijących” (Ewa 1), „świadomość, że moje życie uległo radykalnym zmianom; cały mój rytm dnia został zaburzony (piłam wieczorami); bałam się wszystkich doznań, które były dla mnie nowe; bałam się zwyczajnej codzienności; bałam się bezsenności” (Paulina), „że bez alkoholu nie poradzę sobie” (Owca), „najpierw o zdrowie, a potem, czy poradzę sobie z nałogiem” (Hanna 1). Inne respondentki przypominały sobie obawy związane z przyszłością: „tego, że się nie odnajdę w trzeźwym życiu” (Ewa 1), „czy poradzę sobie z otaczającym światem i czy potrafię żyć w abstynencji” (Krystyna), „że nie będę mogła do końca życia wypić lampki wina” (Anna 3), „rozwiązywać problemy, pozałatwiać kilkuletnie zaniedbania” (Dorota 1), „tego, że umrę jak mój brat (z powodu alkoholu)” (Hanna 1), „że nie dostanę pomocy z MOPR-u” (Sandra). Zdarzyły się też odpowiedzi skrajne: „bałam się wszystkiego” (Maria 4) i „nie bałam się niczego” (Małgorzata, Monika i Justyna). Jedna z respondentek tak argumentowała swój brak lęków: „nie bałam się, wiedziałam, że muszę coś zrobić ze swoim piciem” (Anna 2).

Na początku drogi ku zdrowieniu najtrudniejsze było dla niektórych respondentek przyznanie się przed samą sobą i innymi, że jest się uzależnioną od alkoholu: „przyznać się bliskim i przyjaciółom, że jestem uzależniona i przedstawić się «Ewa-alkolizka»” (Ewa 1), „przyznać się do tego, że jestem uzależniona od alkoholu” (Anna 2), „przyznanie się do tego, że jestem alkoholizką” (Hanna 1 i Elwira), „przyznać się w pracy” (Anna 3), „zrozumieć, że nie tędy droga” (Dora), „zaakceptowanie diagnozy terapeuty” (XXX), „przyznanie się przed ludźmi, że mam ten sam problem, że piję, ponieważ jestem alkoholizką i że potrzebuję pomocy, ponieważ sama z tego nie wyjdę” (Joanna/Pędzel). Inne trudności wiązały się z samą terapią: „dostosowanie się do zaleceń terapii” (Kinga), „zaufać terapii” (Dora), „pierwsze spotkanie z grupą” (Ewa 2), „kontaktowanie się z innymi alkoholikami” (Maria 2), „otwarte rozmowy o alkoholu” (Tatiana), „otwieranie się przed ludźmi” (VVV), „otwieranie się przed obcymi osobami w grupie” (Marta 2), „nie mogłam się otworzyć na terapiach, słuchałam, ale prawie nic nie mówiłam” (Hanna 1), „mówienie o sobie” (Beata), „opowie-

dzenie, jak sięgnęłam po alkohol" (Kinia), „mówienie o swoim picciu alkoholu" (Elżbieta), „mówienie o kłótniach z czasu picia" (ZZZ), „pisanie prac, zagładanie i zmaganie się z przeszłością, ból podczas rozmyślenia o przeszłości i pijackich ekscesach" (Owca), „być szczerą" (Lidka), „dojazdy do poradni, przestawienie się na inny tryb życia" (Dorota 3). Niektóre musiały się uporać z bieżącymi okolicznościami i sytuacjami: „poranne wstawanie" (Małgorzata i Marta 2), „pozbycie się głodu alkoholowego" (Krystyna), „kace" (Marzena 2), „pierwsze 2 tygodnie odstawienia leków (codeina)" (YYY), „przeżyć ten dzień" (Mariola), „wieczory" (Paulina), „rozstanie z najmłodszą córką" (Marta 1), „zmobilizowanie się do pójścia na pierwszy mityng i potem odnalezienie się we wspólnocie" (Paulina), „chodzenie na mityngi AA" (YYY), „wysiętek fizyczny i psychiczny wkładany w leczenie" (XXX), „spotkania z pijącym towarzystwem" (Monika), „odmówić alkoholu" (Danuta i Gaga), „utrzymywanie kontaktu z osobami, które piją, z którymi spędzałam czas zawsze, pijąc, i wybór, czy zrezygnować ze spotkań z tymi osobami, czy znosić ich widok, czując zapach alkoholu" (Alex), „spotkania z rodziną, która nie wierzyła we mnie" (Dorota 1), „relacja z mężem" (Agnieszka), „samotność" (Maria 4). Części respondentek niełatwo było stawić czoła perspektywie dalekosiężnej zmiany trybu życia, będącej konsekwencją podjęcia terapii: „rezygnacja ze spotkań towarzyskich-alkoholowych" (Kinga), „świadomość, że już nigdy nie będę mogła wypić ani kropli alkoholu" (Maria 1), „przestać pić" (Marzena 1), „świadomość, że do końca życia nie będę mogła wypić" (Dorota 2), „musiałam pożegnać się z moim poprzednim trybem życia" (Angelika), „zmiana stylu i sposobu życia, do którego byłam przyzwyczajona od lat" (AAA), „to, że muszę pokonać chęć do alkoholu i zapomnieć wszystkie problemy bez użycia tego braku, tego, że muszę się nauczyć żyć od nowa" (Angelika), „powrót do domu po terapii, bo nigdy nie wiedziałam, co mnie tam czeka" (Hanna 2), „wytrwałość" (XXX), „myślenie o tym, co było i co będzie po skończeniu leczenia" (Marta 1). Na pytanie o to, co wówczas, na samym początku leczenia, było najtrudniejsze, pojawiły się także odpowiedzi: „wszystko było trudne" (Anna 1), jak i „wszystko stało się łatwiejsze" (Justyna). Osiem respondentek nie udzieliło tu odpowiedzi.

Można sądzić, że odpowiedzi udzielone przez respondentki pozwalają odkryć choć część obaw i trudności, z jakimi muszą się zmierzyć kobiety rozpoczynające terapię. To istotne, aby uwadze terapeutów nie umykał z pola widzenia ten „bagaż", z którym pacjentki wkraczają w proces terapeutyczny (choć doświadczeni terapeuci mają świadomość jego istnienia, nie zawsze jednak, z różnych powodów, udaje im się bliżej – razem z pacjentką – przeanalizować go, by zniwelować jego negatywny wpływ).

Interesujące jest również przyjrzenie się temu, co dodawało sił badanym kobietom na początku ich procesu zdrowienia. Stosunkowo wiele z nich zaakcentowało wartość ich udziału „w terapii" (Anna 1, Marta 1, YYY, Agnieszka i Ewa 1) oraz „mityngach grup AA" (Anna 1, Paulina, Maria 1 i Ewa 1), w tym osobno rolę „programu 12 kroków" (Justyna) i czytania „Medytacji na każdy dzień i 24 godzi-

ny" (Maria 1). Dla wielu respondentek znaczenie miało istnienie bliskich osób: „rodzina” (Marzena 1 i Elżbieta), „bliscy, przyjaciele” (VVV), „dzieci i konkubent” (Katarzyna), „znajomi i rodzina” (Owca), „rodzina, bliscy znajomi” (Tatiana), „dzieci” (Sandra), „dzieci, których bardzo nie chciałam zawieść” (ZZZ), „syn i moja siostra, bo widziałam, że są ze mnie dumni” (Dorota 2), „wnuk, dla którego przestałam pić, żeby dobrze wspominał swoje dzieciństwo, a nie było ono takie jak moich dzieci; wnuk dał mi sens życia” (Dorota 1), jak i wsparcie najbliższych, różnie wyrażane i nazywane: „wsparcie mojej rodziny, jej pomoc i zrozumienie” (Hanna 1), „wsparcie mojej rodziny” (Dora), „wiara, nadzieja i miłość partnera i bliskich” (Anna 3), „dobre relacje z dziećmi i mężem” (Maria 5). Dla kolejnych badanych kobiet źródłami wzmocnień były osoby spotykane w toku terapii (inne alkoholiczki i terapeuci uzależnień): „ludzie ze wspólnoty” (Paulina), „przykład innych niepijących osób” (Kinga), „wsparcie osób uzależnionych niepijących” (Ewa 1), „kontakt z trzeźwymi ludźmi i dzielenie się swoimi troskami” (Elwira), „terapeutka” (Elwira i Elżbieta) i „stosowanie się do jej zaleceń” (Ewa 1), „wizyty u psychologa” (Marzena 2), „rozmowy z psychologiem” (Angelika), „życzliwość personelu” (Marta 1), jak i „rozmowy” (Anna 1) oraz „słuchanie innych” (Maria 1). Dla niektórych respondentek motywację stanowiła wiara: „w Boga” (YYY, Asia, Justyna), w tym „modlitwa” (Maria 1 i Hanna 2), „w innych ludzi” (Asia i Hanna 2), „w skuteczność leczenia” (Małgorzata), „w sens leczenia” (XXX), „wiara, że się uda” (Krystyna). Inne wskazywały na czynniki będące rezultatem ich przemyśleń: „nadzieja, że dotąd abstrakcyjne niepicie stanie się normalne” (Paulina), „chęć zmian w dotychczasowym picciu” (Lidka), „myśl o tym, żeby ocalić siebie i znowu mieć szacunek do siebie samej” (Dora), „zrozumienie, że mam po co i dla kogo żyć” (Hanna 1), „myśl, żeby być lepszą dla siebie i otoczenia” (Dorota 3), „myśl, że mogę żyć normalnie, bez alkoholu” (Angelika), „nadzieja, że wytrwam w trzeźwości; motywacja, że chcę zmienić swoje życie” (AAA), „chęć niepicia” (Lidia 1), „chęć przestania picia” (Maria 2), „satysfakcja z każdego dnia bez alkoholu” (Joanna/Pędzel). Niektóre z nich deklarowały, że siłę do kontynuowania terapii czerpały z własnych cech: „silnego postanowienia” (Inga), „silnej woli” (Mariola i Ewa 2), „odwagi” (Beata), „ambicji” (Renata), „poczucia własnej wartości” (Magdalena), „własnej wytrwałości” (Anna 2), jak i „sposrżenia coraz lepszego stanu zdrowia i wyglądu oraz większej energii” (Hanna 1). Inne respondentki czerpały wzmocnienia do kontynuacji terapii z obrazów z przeszłości: „przypominanie sobie, jaką byłam osobą przed picciem” (YYY), „wspomnienie mojego «dna», najgorszych wspomnień z okresu picia, tego, kim byłam po wypiciu i jak się wtedy zachowywałam” (Alex), inne z wyobrażeń przyszłości: „moje plany” (Marta 1), „myśl, że będzie dobrze” (Danuta), a jeszcze kolejne z bieżących wydarzeń w ich życiu, takich jak: „ciąża” (Marta 2) i „podjęcie nowej, spokojniejszej pracy” (Kinia).

Respondentki miały również orzec, jaka forma terapii (spośród prezentowanych odpowiedzi) najbardziej im odpowiada. Najczęściej wskazywanymi były formy terapii prowadzonej przez kobietę: terapia indywidualna z tera-

peutką (40 wskazań) oraz terapia w grupie kobiet i mężczyzn prowadzonej przez kobietę (24 wskazania). Identycznie (10 wskazań) preferowane były formy terapii w grupie kobiet i mężczyzn prowadzonej przez mężczyznę, jak i prowadzonej przez parę – mężczyznę i kobietę. Znikomy odsetek respondentek opowiadał się za terapią indywidualną z terapeutą – mężczyzną (4 wskazania), jak i terapią grupową prowadzoną przez mężczyznę (5 wskazań). Ośmiokrotnie za najbardziej pożądaną formę uznano terapię w grupie, w której są tylko same kobiety i terapię też prowadzi kobieta, a 23-krotnie za spotkaniami w grupie AA (bez podziału na płeć jej uczestników). Pojedyncze odpowiedzi dotyczyły takich wariantów, jak: samodzielne radzenie sobie, wspólnota przykościelna, terapia indywidualna bez względu na płeć terapeuty oraz terapia indywidualna i terapia grupowa bez względu na płeć prowadzących. Uzyskane wyniki potwierdzają zasadność postulatów rozdzielnego traktowania w terapii uzależnienia od alkoholu kobiet (szerzej będzie o tym mowa w rozdziale VI).

W procesie zdrowienia kobiet uzależnionych od alkoholu warto znaleźć ich „sojuszników” w tym trudzie, jak również poszukać w biografii i sytuacji życiowej pacjentek czynników – wydarzeń, osób, pragnień – które najbardziej mogą im pomagać i motywować do trwania w postanowieniu o trzeźwości i chęci zmiany swojego życia. Po zsumowaniu odpowiedzi wskazujących na to, że dany czynnik miał dla respondentki duże i średnie znaczenie, jak i po dokonaniu zabiegu rangowania zaproponowanych do wyboru respondentkom odpowiedzi, okazało się, że zdecydowanie największe znaczenie miały dla nich: „*motywowanie przez terapeutę*” oraz „*odzyskanie poczucia własnej godności*”. Również silnie docenione zostały: „*odkrycie, jaki świat jest piękny i że warto go odczuwać na trzeźwo*”, „*odzyskany szacunek ze strony innych*”, „*zerwanie z dawnymi towarzyszami picia*”, a także „*pamięć o straconym czasie*”. W grupie nieco niższych wskazań znalazły się: „*odzyskana miłość dziecka/dzieci*”, „*lepszy stan zdrowia*”, „*chodzenie na spotkania AA*” oraz „*realizowanie swojego hobby*”. Za tymi wyborami kolejno uplasowały się następujące: „*podjęcie pracy*”, „*poznany w tym okresie partner*” i „*zaangażowanie religijne*”. Najniższa liczba wyborów dotyczyła pozostałych odpowiedzi: „*powierzenie odpowiedzialnej funkcji, roli, stanowiska*”, „*nowe miejsce zamieszkania*” i „*odrodzenie się małżeństwa*”. Marginalne znaczenie w tej grupie badanych kobiet miały: „*zajście w ciążę*” i „*narodziny dziecka*”.

Można więc wyodrębnić kilka kompleksów – punktów zagęszczenia – potencjalnie istotnych „sprzymierzeńców” w procesie wychodzenia przez badane kobiety z ich uzależnienia alkoholowego, począwszy od tych najbardziej do najmniej ważkich. Raz jeszcze należy tu zaakcentować czołową spośród wybranych odpowiedzi, jaką było motywowanie przez terapeutę. Ponownie wybrzmiało znaczenie odzyskiwania przez respondentki poczucia godności

i odzyskiwania szacunku ze strony innych osób (korespondując z wynikami z innego pytania, w którym kobiety dokonywały subiektywnej oceny wagi pewnych strat z okresu picia, gdzie najczęściej wskazywaną stratą związaną z osobą respondentek był brak szacunku do samej siebie). Motywującymi do zmiany swojego życia i trwania w trzeźwości dla badanych osób były również bieżące wydarzenia i stany, ale także wspomnienia z przeszłości (nazwane tu pamięcią o straconym czasie). W pytaniu tym nie znalazło potwierdzenia znaczenie motywującej obecności dzieci respondentek, co podkreślane były przez nie w odpowiedziach na inne pytania (zwłaszcza dotyczących momentu przełomowego tuż przed podjęciem terapii i motywacji na jej początku).

Z uzyskanych odpowiedzi na kolejne pytanie sondujące, co obecnie sprawia respondentkom największą radość na co dzień i co zastępuje im alkohol – pomocnicze w diagnozie tych czynników – wynika, że spore znaczenie miały dla nich relacje z innymi ludźmi i „bycie dla innych” (osób z grona rodzinnego i pozarodzinnego): „kontakt z najbliższymi” (Dorota 2), „relacje z rodziną” (Tatiana i ZZZ), „dobre relacje z mężem i dziećmi” (Elżbieta), „miłość dzieci, rodziny” (Hanna 1), „czas spędzony z rodziną, a szczególnie z dziećmi” (AAA), „relacja z córką” (Agnieszka), „rozmowy z dziećmi” (Małgorzata i Justyna), „rozmowy i relaks z partnerem” (Anna 3), „kontakt z przyjacielem” (Maria 2), „opieka nad chorą mamą” (Ewa 1), „dbanie o moją mamę” (Dorota 3), „wnuczęta” (Monika, Lidia 2, Ewa 1 i Elwira), „przyjaciele” (Ewa 1), „rozmowy z koleżanką” (Anna 2), „spotykanie się z dzieckiem i ludźmi z pracy” (Kinia), „dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi” (XXX), „spotkania z innymi trzeźwiejącymi alkoholikami” (Anna 3), „możliwość dzielenia się sobą, wspierania innych” (VVV) oraz „pomaganie innym” (Dorota 3). Radość sprawiało im także realizowanie się w roli zawodowej: „praca” (Agnieszka i Tatiana), „osiągnięcia zawodowe” (Kinga), „praca bez obaw” (Ewa 1), jak i codzienne czynności, przeżywane na trzeźwo, w których znajdowały przyjemność: „odpowiedzialne zajmowanie się domem” (Ewa 1), „zadbanie o mieszkanie” (Hanna 1), „dbanie o dom” (Dorota 3), „zajmowanie się domem jak dawniej” (Dora), „zajmowanie się psami” (Monika i Hanna 1) i „szukanie pracy” (Magda). Wielokrotnie respondentki zaznaczały, że wreszcie mają czas dla siebie: tak na „rozwój osobisty” (Kinga), „rozwój” (Gaga), „życie duchowe” (YYY), „myślenie o sobie” (Magda), „medytację i modlitwę” (Maria 1), „dbanie o wygląd” (Anna 3, Hanna 1), „dbanie o siebie i interesowanie się modą” (Paulina), jak i na „realizowanie zainteresowań i hobby” (YYY i Tatiana), „gotowanie i pieczenie” (Inga i Elżbieta), „dobre filmy i komputer” (Małgorzata), „kino” (Ewa 1), „oglądanie ciekawych filmów” (AAA), „czytanie” (XXX, Maria 1, AAA, Dorota 3, Ewa 1, Elżbieta i Owca), „malowanie, szycie” (Krystyna), „krzyżówki” (Maria 2, Beata i Elżbieta), „słuchanie muzyki i oglądanie telewizji” (Elżbieta), „wyjazd” (Ewa 1).

Spora część respondentek swój czas zapelniała zajęciami związanymi z wysiłkiem fizycznym, a były to: „praca w ogrodzie” (Justyna, Magdalena, Dorota 3, Maria 1 i Krystyna), „spacery” (Ewa 1, Anna 2, Maria 1, Anna 3, Owca, Angelika, Gaga i Hanna 2),

„bieganie” (Paulina), „jazda na rowerze” (Ewa 2), „sport” (Asia), „wysiętek fizyczny” (Magda). Innymi „zastępcami” alkoholu w obecnym życiu badanych kobiet było: „jedzenie” (Danuta, Angelika, Gaga, Inga i Renata), „słodkocze” (XXX, Mariola i Maria 5), „picie wody” (Anna 2 i Angelika), „picie kawy” (Angelika i Beata) oraz „tabletki, które zmniejszają łaknienie na alkohol” (Maria 5). Szeroko swoją strategię radzenia sobie opisała Alex: „gdy przebywam z innymi ludźmi, jestem w pracy lub jestem bardzo zajęta, nie odczuwam braku alkoholu ani potrzeby jego picia; wieczorami (wtedy jest najtrudniej i pojawia się dotyk psychiczny) piję dużo wody, głęboko oddycham, piszę dziennik lub kładę się spać”. Niektóre respondentki dostrzegły także, że obecnie radość sprawiało im to, co jest bezpośrednio związane z trzeźwieniem: „terapia” (Magda, Ewa 1 i Maria 1), „mityngi AA” (Owca, Maria 1 i Ewa 1), „utrzymywanie abstynencji” (Dorota 2), „trzeźwość” (Marzena 2), „nie mieć kaca i budzić się bez bólu głowy” (Lidka), „to, że nie muszę wypić” (Katarzyna), „poranki bez kaca” (Maria 4 i Paulina), „budzę się bez kaca i głowa normalnie myśli” (Marta 1), „nie muszę myśleć o zakupie alkoholu” (Sandra), „to, że kolejny dzień jest bez alkoholu” (Maria 5), „cieszę się, kiedy potrafię zaplanować dzień i alkohol nie pokrzyżuje moich planów” (Joanna/Pędzel). Badane kobiety wiązały również swoją codzienną radość z tym, co przekładało się na lepszą jakość ich życia i stan, w którym dobrze czują się z sobą samą: „stabilizacja życia” (Ewa 1), „atmosfera w domu” (Elżbieta), „spokój” (Gaga), „cierpliwość i radość z własnej trzeźwości” (Ewa 1), „to, że już nie muszę iść rano po alkohol i że mogę spojrzeć sobie w twarz trzeźwa” (Maria 1), „to, że jestem sobą, taka jaka jestem” (VVV), „przeżywanie i wyrażanie uczuć” (VVV), „cieszę się macierzyństwem” (Marta 2), „dobry stan zdrowia” (Hanna 1), „dobre samopoczucie” (Anna 3 i Angelika), „rozsądne myślenie o ważnych i mniej ważnych sprawach” (Hanna 1), „widzę dużo więcej pięknych rzeczy” (Maria 4).

Wskazane tu przez respondentki elementy stanowią pewnego rodzaju posiadane przez nie zasoby wewnętrzne i zewnętrzne, których istnienie i siła znaczenia (lub deficyty w ich zakresie) mają wpływ zarówno na każdym etapie terapii, jak i po jej zakończeniu (w związku z prawdopodobieństwem nawrotów).

Podjęcie terapii jest zwykle przewrotem w życiu kobiet zdiagnozowanych jako uzależnione od alkoholu. Nierzadko jej kontynuowanie również nie jest wolne od trudności, z którymi muszą sobie radzić. Dla części badanych kobiet wiązały się one z przebiegiem terapii i procesu zdrowienia: „początek terapii – przetamać się” (Mariola), „przychodzenie na terapię i opowiadanie o przeszłości, w której spożywałam alkohol” (Inga), „namawianie przez innych do picia” (Magdalena), „żeby nie dać się wciągnąć w picie alkoholu” (Kinia), „suchy kac” (Marzena 2), „zmotywowanie się do poważnego, odważnego, wiarygodnego przepracowania 4 Kroku w AA” (VVV), „otwarcie się na inne osoby, opowiedzenie im o swoich przeżyciach” (Alex), „przyznanie się do błędów” (Anna 1), „czas poświęcony terapii na oddziale dziennym” (Marta 2), „konieczność siedzenia na krześle przez 7 godzin 5 dni w tygodniu” (Marta 2), „krytyczne uwagi terapeutki na temat mojego życia” (Marta 2), „mało

czasu na chodzenie na terapię" (Marta 1), „przebywanie w samotności nawet w grupie osób" (Alex), „zapanowanie nad zmęczeniem (cały czas staram się zapętniać cały swój wolny czas)" (Alex), „samo utrzymanie abstynencji wymaga samozaparcia i odwagi z mojej strony, jak i nauczania się samokontroli nad swoim ciałem, rozumem i duszą" (Maria 1). Często wskazywane przeciwności wiązały się także z kontaktami z osobami, których picie stanowiło utrudnienie dla respondentek w utrzymaniu przez nie abstynencji: z pijącym mężem lub partnerem (Kinga, Asia, Krystyna, Anna 3, Elwira i Magda), jak i z innymi pijącymi osobami z otoczenia (Anna 2, Dorota 3, Ewa 2 i Tatiana), a także z trudnymi relacjami z najbliższymi osobami: „brak jakiegokolwiek zainteresowania, wsparcia, zrozumienia i rozmów z najbliższymi" (Maria 1), „zbyt małe wsparcie ze strony męża i syna" (Owca), „odzyskanie zaufania mojej rodziny" (Dora), „pozew o rozwód z oszczerstwami na mój temat" (Hanna 2), „samotność" (Maria 4). Dla innych respondentek najtrudniejsze w okresie leczenia było poradzenie sobie z własnymi emocjami i uczuciami: „moja nadpobudliwość, impulsywność" (Agnieszka), „radzenie sobie z emocjami, lękami i praca nad tymi sferami" (Paulina), „problemy związane z lękiem" (Justyna), „zapanowanie nad zmianami nastrojów, huśtawki nastrojów – od euforycznych po depresyjne z przejawami agresji" (Alex), „bez alkoholu jestem nerwowa, trudno mi czasem normalnie funkcjonować" (Angelika), „czasem brak motywacji i silnej woli" (Katarzyna), „wyrzuty sumienia; wspomnienia, żal straconych lat" (Lidka), „niepewność, czy dam radę, obawa, czy dam radę naprawić to, co zniszczyłam" (AAA). Zdrowienie niektórych z badanych kobiet komplikowały okoliczności współtworzące ich sytuacje życiowe, takie jak: „choroby" (Krystyna) czy „brak pracy, mieszkanie w ośrodku dla uzależnionych" (Anna 3). Zgłaszane lęki dotyczyły również funkcjonowania respondentek w przyszłości, po zakończeniu terapii: „świadomość, że alkoholizm to choroba na całe życie" (Sandra), „żeby być trzeźwą" (Lidia 1), „załatwianie wszystkich spraw od razu, zamiast rozłożenia ich w czasie" (Dorota 2), „żeby nie dać się wciągnąć w picie alkoholu" (Kinia), „wytrwać w abstynencji" (Maria 5), „przezwyciężyć głód alkoholowy, kiedy niespodziewanie mnie ogarnie, nie mam przygotowanych sposobów, jak sobie z nim radzić" (Joanna/Pędzel). Dwie respondentki wprost orzekły, że nie dostrzegły żadnych trudności w okresie swojego leczenia, zaś 11 nie odpowiedziało na to pytanie.

Część badanych kobiet zdradzała w swoich wypowiedziach, że są świadome wysiłku, jaki muszą nieustannie wkladać w pozostawanie trzeźwą. Na pytanie o to, co są gotowe zrobić, by utrzymać trzeźwość, wymieniały przede wszystkim korzystanie z terapii (Anna 1, Krystyna, ZZZ, Elwira, Anna 3, Marzena 2, Lidka, Maria 2, Sandra, Owca, Marta 2, Angelika, Maria 5, Elżbieta, Magda, Hanna 1 i Ewa 2), niekiedy wzmacnione udziałem w mityngach AA (Agnieszka, Anna 1, Magda, Anna 2, ZZZ, Elwira, VVV, Anna 3, Marzena 2, Owca, Hanna 1, Marta 2, Maria 5 i Ewa 1). Kolejne przywołane sposoby utrzymania abstynencji wiązały się ze stosowaniem wiedzy i narzędzi radzenia sobie, które badane kobiety zyskały w trak-

cie terapii lub spotkań AA: „to, co zalecane przez terapię” (Agnieszka), „trzymać się narzędzi, które dostałam na terapii i grupie AA” (Ewa 1), „nie przebywać z osobami pijącymi, unikać ich” (Ewa 1, Katarzyna, Hanna 1, Beata i Marta 1), „unikać spotkań, na których jest alkohol” (Elżbieta), „przebywać w towarzystwie osób niepijących” (Mariola), „brak powodów do picia” (Magda), „stosowanie HALT” (Ewa 1 i Anna 2), „planowanie i rozliczanie dnia” (Anna 2), „czytanie literatury” (Ewa 1), „24h, medytacje” (VVV), „telefony do osób z AA lub telefon zaufania AA – w trudnych chwilach” (Ewa 1), „rozmowy z zaufanymi trzeźwiejącymi osobami” (Magda), „spróbować namawiać innych do niepicia” (Inga), „dbać o siebie” (Elwira), „spacery i wysiłek fizyczny” (Anna 2). Kilkakrotnie respondentki na pytanie o to, co są gotowe zrobić, aby utrzymać abstynencję, odpowiadały, że wszystko, co jest dostępne i co może im pomóc (Kinga, Małgorzata, Asia, Justyna, Alex, Dorota 2, Dora, Owca, Monika, Maria 4, Magdalena, Angelika, Kinia i Gaga). Niektóre z nich były świadome, że utrzymanie abstynencji wymagać będzie nakładu ich pracy i wyrażały determinację, by taki trud ponieść: „leczenie, nawet powrót do jego wcześniejszych faz, jeśli będzie taka potrzeba” (XXX), „jestem gotowa podjąć każdą terapię, która pomogłaby mi w przezwyciężeniu lęków, nawet trwać w związku z mężczyzną, który nie do końca jest satysfakcjonujący – z obawy przed samotnością i możliwym powrotem do picia” (Paulina), „praca nad sobą” (ZZZ), „wytrwała, codzienna praca nad sobą” (VVV), „pracować nad sobą i jak najdłużej kontynuować terapię” (Dorota 3), „porządkowanie swojego życia” (XXX), „jestem gotowa leczyć się, szukać wsparcia, żeby być silniejszym, lepszym człowiekiem” (AAA), „jestem ciągle gotowa na ciężką pracę; wkładam wiele wysiłku w wynajdywanie sposobów, które pomagają mi przezwyciężyć głód alkoholowy” (Joanna/Pędzel). Niektóre badane kobiety upatrywały także wartość w tym, aby: „nie pić, utrzymać całkowitą abstynencję” (Lidia 1, Anna 1, Ewa 1, Hanna 1, Tatiana, Danuta i Renata), „wychodzić z domu, nie zamykać się w 4 ścianach” (Marta 4), „nie myśleć o pićiu” (Lidia 2), „często przebywać z dziećmi i rozmawiać w gronie rodzinnym” (Hanna 1), „pilnować pracy, być szanowaną i lubianą jak do tej pory” (Dorota 1) i „robić to, co do tej pory” (Marta 1). Część respondentek odpowiedziała na to pytanie zdawkowo, a niektóre w rozbudowany sposób, pokazując swoistą strategię nakierowaną na utrzymanie abstynencji, jak na przykład Maria 1: „po skończonej terapii nadal chodzić na mityngi AA, które dają mi duże wsparcie; medytacje, podczas czytania których mogę zrozumieć proces trzeźwienia; czytanie literatury na temat trzeźwienia; przebywanie z osobami trzeźwymi; modlitwa; nastawiam się na to, że trzeźwienie jest długotrwałym procesem i że muszę dochodzić do wszystkiego małymi krokami” czy Alex: „wszystko: zmienić otoczenie, miejsce zamieszkania i pracę, zerwać kontakty ze znajomymi, którzy mnie nie wspierają lub nie akceptują faktu, że jestem chora; jeśli mój lekarz zaproponuje mi pobyt na oddziale dziennym, jestem skłonna zdecydować się na to” oraz Hanna 2: „dużo: nie spotykać ludzi, których sposób zachowania powoduje u mnie chęć wypicia alkoholu (bo się ich boję); spokojnie żyć, pracować, być może kiedyś ułożyć sobie życie na nowo”.

W wielu wypowiedziach respondentek pojawiały się odwołania do dostrzeżanej przez nie roli pewnych osób, grup i instytucji, które ją odegrały i/lub odgrywają – marginalnie lub dominująco – w różnych fazach ich życia, ich historii z wplecionym wątkiem uzależnienia od alkoholu i procesie stopniowego zdrowienia. Ów aspekt obecności oraz oczekiwanego i doświadczanego społecznego wsparcia stanowił przedmiot szczegółowej analizy, podejmowanej przeze mnie z punktu widzenia pedagoga społecznego. Kwestii tej poświęcony jest kolejny podrozdział.

5.3. Społeczny kontekst problemu alkoholowego (w różnych jego fazach) i procesu zdrowienia w doświadczeniu badanych kobiet

Podkreślając siłę i ważkość wpływu otoczenia na wybory i zachowania ludzi, warto przeanalizować rolę tego złożonego czynnika w formowaniu historii (u)wvikłania się badanych kobiet w problemy alkoholowe, w tym przypadku począwszy od ich inicjacji alkoholowej, poprzez używanie i nadużywanie przez nie alkoholu, uzależnienie od niego, punkt zwrotny i początku leczenia.

Inicjacja alkoholowa

Analiza wyników części badawczej dotyczącej inicjacji alkoholowej respondentek upoważnia do wniosku, że uzyskane wskazania ich motywacji o charakterze indywidualnym nieznacznie górują liczebnie nad wskazaniami motywacji o charakterze społecznym. Ich przewagę wzmacnia jednak dodatkowo analiza odpowiedzi na pytanie zawierające prośbę o opisanie, w jakich sytuacjach i okolicznościach respondentki sięgnęły po raz pierwszy po alkohol. Z wypowiedzi tylko jednej spośród 55 badanych kobiet wynika, że pierwszy raz spróbowała alkoholu prawdopodobnie (nie zostało to powiedziane wprost) w samotności (gdym dowiedziała się o chorobie syna). Pozostałe respondentki swoją inicjację alkoholową przeżyły w towarzystwie innych osób: w młodszym wieku – zawsze z koleżankami, kolegami, przyjaciółmi lub rodzeństwem, zaś w przypadku osób w okresie średniej dorosłości – w towarzystwie rodziny i znajomych. Niekiedy miało to miejsce przy jakichś szczególnych okazjach, takich jak: „zakończenie szkoły podstawowej” (Małgorzata), „obóz klasowy na koniec podstawówki” (VVV), „zakończenie roku szkolnego” (Justyna), „sylwester” (AAA), „po studniówce” (Hanna 2), „wesele siostry” (Mariola), „urodziny lub imieniny” (czyjeś lub własne) (XXX, Ewa 1, YYY, Lidia 1, Anna 2, ZZZ, Elwira, Katarzyna, Owca, Maria 4, Tatiana, Elżbieta, Ewa 2, Gaga), ale równocześnie niektóre spośród respondentek nie wskazywały współtowarzyszenia jakiegoś

wyjątkowego zdarzenia: „*piwo w parku, ze znajomymi*” (Alex), „*na ławce z przyjaciółmi*” (Marta 2), „*ze znajomymi z klasy ukryliśmy się w lesie i piliśmy*” (Paulina), „*po lekcjach, z koleżankami*” (Monika), „*z koleżankami, z ciekawości*” (Natalia i Inga), „*z koleżankami, tanie wino na świeżym powietrzu*” (Renata), „*przed zabawą*” (Magdalena). Najczęściej inicjacja miała miejsce w domach (respondentek lub ich znajomych), podczas spotkań towarzyskich, imprez rodzinnych, tzw. prywatek i w czasie dyskotek, incydentalnie – na świeżym powietrzu (w parku, w lesie) lub w kawiarni. Respondentki jako miejsca i okoliczności swojej inicjacji alkoholowej wspominały także: „*obóz harcerski*” (Asia), „*dom dziecka*” (Sandra), „*wizytę u rodziny męża*” (Lidia 2), „*podczas pobytu we Włoszech*” (Joanna/Pędzel), „*pracę kelnerki*” (Tatiana), a także próbowanie alkoholu z nudów i pod wpływem namowy znajomych (Maria 5). W wypowiedziach trzech respondentek pobrzmiewał żal do osób lub okoliczności, które przyczyniły się do tego, że sięgnęły po alkohol, jak: Joanna/Pędzel, która regularnie piła wino do obiadu podczas pobytu we Włoszech, czyniąc to – jak sama stwierdziła – „*bezmysłnie, ponieważ taki tam obowiązuje obyczaj – codziennego spożywania alkoholu do posiłków*”, a także jak Lidia 2, która wspominała, jak „*jeździła do męża rodziny i tam się nauczyła pić, w jego rodzinie*”, czy jak Hanna 2: „*Byłam razem z moim mężem na studniówce i jeszcze parę osób. Po uroczystościach i zakończeniu mąż zaproponował, że trzeba opić takie wydarzenie. Ja się zgodziłam – pojechaliliśmy do koleżanki. Był kierowcą (...) Namówił mnie jeszcze obecny mąż. Ufałam mu wtedy*”. Odminną była sytuacja Dory, która twierdziła, że pierwszy raz sięgnęła po alkohol, mając 44 lata, gdy dowiedziała się o tym, że jej syn jest chory.

Zgromadzone dane dotyczące tych motywacji zostały już omówione pod względem liczebności w podrozdziale 5.2., w tym miejscu można więc nawiązać do propozycji podziału na trzy grupy motywów skłaniających do przejmowania od rówieśników i/lub dorosłych zwyczaju picia alkoholu, z wyraźnie wyróżnionymi motywami społecznymi:

- 1) motywy społecznie pozytywne: w celu nawiązania znajomości, zmniejszenia zahamowań, nabrania śmiałości w kontaktach interpersonalnych, dla wprawienia się w stan podniecenia, odurzenia, oszołomienia, odprężenia;
- 2) motywy społecznie negatywne: ucieczka przed problemami osobistymi, zapomnienie o rzeczywistości, sposób na radzenie sobie z frustracjami, niepowodzeniami, poczuciem niepewności czy odrzucenia, obniżenie poziomu lęku, osłabienie dolegliwości psychosomatycznych, zwrócenie na siebie uwagi, prowokowanie dorosłych, wyraz opozycji wobec dorosłych i sprzeciwu wobec ich autorytetu, bunt młodzieńczy;
- 3) motywy neutralne: dla zabawy, dla zmanifestowania dorosłości, ze względów towarzyskich, z ciekawości, jak smakuje alkohol i jakie są

wrażenia po jego wypiciu, z powodu ulegania reklamie, nudzie czy przekonania, że „przecież wszyscy piją”⁷³⁷.

Wszystkie te motywy zaistniały we wskazaniach badanych kobiet, przy czym skrupulatna analiza wykazała dominację motywów neutralnych (44 wskazania), nieco mniej wskazań odnotowano w zakresie motywów społecznie nagannych (32 wskazania). W kontekście oddziaływań o charakterze społecznym na podjęcie decyzji o poddaniu się doświadczeniu inicjacji alkoholowej przez respondentki można tu wspomnieć o tym, że liczba wskazań motywów o charakterze indywidualnym i o charakterze społecznym była wyrównana pod względem ilościowym, a także można stwierdzić, że presja środowiska minimalnie dominowała nad motywacjami o charakterze indywidualnym.

Nadużywanie alkoholu i uzależnienie od niego

Terapeuci uzależnień zauważają, że kobiecy model picia często charakteryzuje się picciem w ukryciu, w domu, samotnie. Czy teza ta znalazła potwierdzenie w prezentowanych wynikach badań?

Tabela 5. Częstość samotnego i społecznego picia napojów alkoholowych przez respondentki

Częstość picia napojów alkoholowych	Samotnie		W towarzystwie innych osób	
	liczebność	%	liczebność	%
najczęściej	34	61,8	28	50,9
czasami	2	3,6	21	38,2
rzadko	5	9,1	2	3,6
nigdy	1	1,8	0	0,0
ogółem ważnych	42	76,4	51	92,7
brak odpowiedzi	13	23,6	4	7,3
ogółem	55	100,0	55	100,0

Źródło: wyniki badań własnych

Powyższe dane skłaniają do ostrożnego potwierdzenia tej tezy, ponieważ odpowiedzi respondentek świadczące o tym, że zwykle piły alkohol samotnie, są nieznacznie częstsze niż deklaracje o picciu napojów alkoholowych w towarzystwie innych osób. Dodatkowo sumowanie odpowiedzi „najczęściej” oraz „czasami” pokazuje dominację picia w gronie innych osób (ok. 89%) nad picciem samotnym (ok. 65%). Jednoznaczne potwierdzenie lub obalenie postawionej tezy uniemożliwia jednak liczba nieudzielonych odpowiedzi.

⁷³⁷ Głównie: E. Grudziak-Sobczyk, *Alkohol a polska młodzież. Raport 1992*, Warszawa 1993, s. 23-24. Dodatkowo: E. Stępień, K. Wojcieszek, *Alkohol a polska młodzież...*, op. cit., s. 6.

W poprzednim podrozdziale przyczyny podjęcia decyzji o rozpoczęciu terapii uzależnień przez respondentki zostały wyróżnione w siedmiu grupach, dotyczących różnych sfer ludzkiego życia; tutaj zaś zostały pogrupowane na okoliczności związane z osobą respondentki oraz uwarunkowania związane z wpływem innych ludzi na jej podjęcie.

Wśród okoliczności związanych z osobą respondentki znalazły się:

- ogromne długi: 8 wskazań,
- pozostanie bez dachu nad głową: 4 wskazania,
- utrata pracy: 5 wskazań,
- perspektywa dobrej pracy: 1 wskazanie,
- spowodowanie wypadku, w którym respondentka otarła się o śmierć: 2 wskazania,
- zły stan zdrowia: 8 wskazań,
- niedostrzeganie sensu własnego życia: 14 wskazań,
- myśli samobójcze: 12 wskazań,
- chęć zmiany swojego życia: 1 wskazanie,
- złe samopoczucie; huśtawki emocjonalne: 1 wskazanie,
- świadomość własnej choroby i ambicjonalne podejście do życia: 1 wskazanie,
- poczucie wstydu: 1 wskazanie,
- ogólne wycieńczenie, kapitulacja, zmęczenie sobą i własnym życiem: 1 wskazanie.

Do uwarunkowań związanych z wpływem innych ludzi zaliczono:

- opuszczenie przez męża/partnera: 2 wskazania,
- zagrożenie odejściem przez męża/partnera: 2 wskazania,
- utrata kontaktów z przyjaciółmi: 3 wskazania,
- zerwanie relacji z rodzicami: 4 wskazania,
- ostrzeżenie, że sąd zadecyduje o odebraniu dzieci: 9 wskazań,
- umieszczenie dzieci w placówce opiekuńczo-wychowawczej: 3 wskazania,
- uciążliwość myśli o krzywdzeniu własnych dzieci: 19 wskazań,
- zajście w ciążę: 2 wskazania,
- rozmowa z niepijącym alkoholem: 10 wskazań,
- rozmowa z osobą duchowną: 4 wskazania,
- rozmowa ze znajomym lub członkiem rodziny, namawiającym do podjęcia terapii: 2 wskazania,
- zakochanie się: 6 wskazań,
- nakaz lub wyrok sądowy: 2 wskazania,
- artykuł w gazecie: 3 wskazania,
- audycja w telewizji/radio: 4 wskazania,
- film: 2 wskazania.

Ze zsumowania liczby wskazań odpowiedzi udzielonych przez respondentki wynika, że nieco częściej deklarowały one motywacje do leczenia mające źródła o charakterze społecznym (77 wskazań) niż o charakterze indywidualnym (59 wskazań).

Punkt zwrotny

W podrozdziale 5.2. omówiono już szczegółowo powody podjęcia decyzji przez badane kobiety o zerwaniu z piciem alkoholu. Gwoli przypomnienia: najczęściej wskazywane motywy wiązały się z obecnością i wpływem bliskich osób, szczególnie dzieci, wnucząt, mężów lub partnerów i innych członków rodziny. W zdecydowanej większości motywacje miały pozytywny wydźwięk (tj. chęć zrobienia tego dla kogoś, na kim respondentce zależało, kto był dla niej ważny i dla kogo chciała żyć w trzeźwości), ale sporadycznie także negatywny (zawsze dotyczyło to chęci udowodnienia swojej siły i determinacji mężowi lub partnerowi, który nie szanował respondentki). Wskazywane przez kobiety motywacje leżące u podstaw ich decyzji o podjęciu leczenia pokrywają się z wyróżnionymi przez Ryszarda Cibora czterema grupami motywów leczenia ujawnianymi u osób uzależnionych od alkoholu, tj. 1) dążenie do uzyskania ustąpienia dolegliwości towarzyszących chorobie alkoholowej, głównie usunięcia przykrych objawów fizycznych, bez dostrzegania ich związku z piciem alkoholu; 2) oczekiwania uzyskania wtórnych korzyści z leczenia odwykowego (np. w postaci pomocy socjalnej, opieki, zrozumienia i tolerancji ze strony innych osób); 3) chęć zrozumienia przyczyn i mechanizmów uzależnienia; 4) dążenie do poznania i zmiany siebie⁷³⁸. Dodatkowo badane kobiety powodowane były także świadomością własnej bezsilności i bezsensu swojego życia, zdominowanego przez alkohol i przymus jego spożywania w codziennym funkcjonowaniu.

Początki wychodzenia z uzależnienia alkoholowego

Respondentki, dokonując w pamięci rekonstrukcji początków swojej drogi zdrowienia, wspominały obecność pewnych osób, które wówczas im towarzyszyły. Najczęściej były to osoby z rodziny (15-krotnie), w tym zwłaszcza: dzieci (6 razy), mąż (2 razy), konkubent (1 raz), mama (2 razy) i siostra (2 razy). Pomocnymi okazali się także znajomi: koleżanki (3 razy) i koledzy (2 razy). Znaczącą rolę w życiu niektórych respondentek odegrali wówczas reprezentanci szeroko rozumianych służb społecznych, tj. pracownik socjalny (4 razy), kierownik domu dla samotnych kobiet (1 raz), dzielnicowy (1 raz), jak i osoba duchowna (1 raz) oraz szef firmy (1 raz). 20 kobiet (tj. 36%) zaznaczyło, że pierwsze kroki poczyniły same, bez niczyjej pomocy. Biorąc pod uwagę braki odpowiedzi na to pytanie (9% respondentek nie udzieliło tu

⁷³⁸ R. Cibor, *Motywy podejmowania leczenia...*, op. cit., s. 8.

odpowiedzi) oraz liczbę udzielonych odpowiedzi zawierających wskazanie więcej niż jednej osoby, okazuje się, że wyrównana była proporcja zarówno kobiet osamotnionych, jak i wspieranych przez kogoś u progu swojego procesu zdrowienia (przy czym te spośród respondentek, które zaznaczyły czyjąś obecność, często podkreślały – w tym i innym pytaniu – ich ważność dla nich samych na tamtym etapie ich życia). Analiza kolejnego pytania diagnozującego efekty tych prób nie wykazała związku pomiędzy jakimś wsparciem lub jego brakiem na etapie pierwszych kroków poczynionych tuż po podjęciu decyzji o leczeniu a zaistnieniem jego skutków (pozytywnych, tj. abstynencja i/lub podjęcie terapii, lub negatywnych, tj. niezaprzymanie picia, niepodjęcie terapii lub powrót do picia).

Obecność pewnych osób pojawiła się również wśród wymienianych elementów dodających sił respondentkom na początku ich procesu zdrowienia (więcej o tym w podrozdziale 5.2.), a wśród nich obecność zarówno członków rodziny, przyjaciół, znajomych, jak i osób spotykanych w trakcie terapii, czyli innych osób uzależnionych od alkoholu oraz terapeutów uzależnień. Silne potwierdzenie tego znalazło się w odpowiedziach na pytanie o to, kto i w jaki sposób wtedy najskuteczniej pomógł wytrwać respondentce. Zdecydowanie najczęściej wskazywano tu na członków rodziny: dzieci (13 wskazań), męża (5 wskazań), partnera (5 wskazań), rodziców (8 wskazań), rodzeństwo (4 wskazania), innych członków rodziny (2 wskazania) i rodzinę w ogóle (4 wskazania). Wielokrotnie wymienieni zostali psycholodzy/terapeuci uzależnień (18 wskazań) i inne osoby, które wraz z respondentkami uczestniczyły w terapii (3 wskazania), z dodatkowym wyróżnieniem osób spotykanych na mityngach AA (9 wskazań). Wśród przywoływanych w pamięci osób znaleźli się także: przyjaciele (2 wskazania), koleżanki (3 wskazania), koledzy (2 wskazania), osoby z pracy (2 wskazania) oraz lekarz (1 wskazanie) i pracownik socjalny (1 wskazanie). Ponadto incydentalnie wskazano na znaczenie wiary (3 wskazania) oraz własnego uporu i determinacji (2 wskazania). Dwie respondentki odpowiedziały, że nikt im wtedy nie pomagał wytrwać, a dwie kolejne nie udzieliły odpowiedzi.

W jednym z pytań respondentki zostały również poproszone o odtworzenie w pamięci reakcji otoczenia, z jakimi spotkały się, gdy inni dowiadawali się, że podjęły terapię uzależnienia od alkoholu. Osobno uwzględniono tu reakcje mężów/partnerów, dzieci, pozostałych członków rodziny, znajomych, sąsiadów, osób ze środowiska zawodowego oraz innych osób. Z uzyskanych wyników wyłonił się dość optymistyczny obraz, ponieważ najczęściej badane kobiety doświadczyły okazywania im wsparcia, wiary w nie same i w to, że im się uda oraz podziwu (w dominującej części wyrażanego przez członków rodziny). Niestety, także pewnej części z nich nie była obca reakcja otoczenia

przesycona niepewnością, obojętnością i pogardą (najczęściej okazywanymi przez najbliższych członków rodziny, tj. męża/partnera i/lub dzieci).

Niewątpliwie ważkie znaczenie ma wsparcie innych osób potrzebne na początku wychodzenia z uzależnienia. Respondentki wskazały najważniejsze dla nich – w tym aspekcie – osoby oraz najbardziej oczekiwane przez nie formy wsparcia. Zdecydowanie spośród możliwych rodzajów wsparcia społecznego⁷³⁹ na tym etapie zdrowienia badanych kobiet za najbardziej cennie uznano wsparcie emocjonalne (polegające na przekazywaniu emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, na dawaniu werbalnych i niewerbalnych komunikatów o pozytywnych uczuciach wobec osoby, okazywaniu jej akceptacji, przychylności, empatii i solidarności, a także dawaniu jej poczucia bezpieczeństwa i zaspokojeniu potrzeby afiliacji dla wyzwolenia poczucia nadziei, rozładowania napięcia i podtrzymania nastroju⁷⁴⁰) oraz wsparcie wartościujące (zogniskowane wokół dawania komunikatów służących wzmacnianiu poczucia własnej wartości, dostarczające również zapewnień o ważności partnerów relacji, wzajemnym szacunku oraz poczuciu znaczenia i godności). Nieco rzadziej wskazywały na wsparcie informacyjne (związane z wymianą informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu swojej sytuacji i problemu, z reinterpretacją zdarzeń w kierunku ich zrozumienia, z edukowaniem, rozwiewaniem wątpliwości, z dawaniem osobie informacji, rad pomocnych w rozwiązywaniu jej problemów, z dzieleniem się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne trudności), wsparcie instrumentalne (związane z wymianą instrumentów, jakimi są sposoby postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych) oraz wsparcie duchowe.

Respondentki odnosiły się do kolejno wyszczególnionych w kwestionariuszu ankiety osób (lecz tylko tych, których pomoc była wówczas dla nich naprawdę potrzebna), dopisując, jakie ich zachowania miały lub miałyby wator wspierający je na ówczesnym etapie zdrowienia.

W przypadku mężów/partnerów cennymi dla respondentek bywała czasami sama ich obecność: „fakt, że był ze mną” (Agnieszka), „bycie przy mnie i to było ważne” (Marta 1), „bycie ze mną w trudnych chwilach” (Paulina), ale także: „podtrzymywanie na duchu, wspieranie w tych trudnych chwilach” (Maria 5), „nie-obwinianie mnie” (Justyna), „miłość, troska, miłe słowa” (Hanna 1), „akceptacja, wyrozumiałość, przytulenie” (Maria 1), „czułość” (Hanna 1, Kinia), „świadomość, że jest ze mnie bardzo dumny, że nie piję” (Joanna/Pędzel), „zapewnienie mi spokoju” (Dorota 2),

⁷³⁹ Usystematyzowanie wiedzy na temat wsparcia społecznego patrz pozycja pod red. H. Sęk i R. Cieślaka, *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa 2004. Ponadto patrz np. w: S. Kawula, *Czynniki i sieć wsparcia społecznego w życiu człowieka*, (w:) S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*, Toruń 2005, s. 127-128.

⁷⁴⁰ Więcej patrz. np. D. Becelewska, *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*, Katowice 2005.

„*stuchanie*” (VVV), „*rozumienie*” (Paulina), „*duża tolerancja*” (Inga), „*wiara we mnie*” (Dora), „*wiara, że uda mi się wyjść z uzależnienia*” (Elżbieta), „*mobilizowanie mnie do pójścia na mityng*” (Paulina), „*wspólne plany i ich realizacja*” (Dorota 1), „*unikanie niebezpiecznych miejsc, spacerów*” (Anna 3), „*przejęcie obowiązków domowych*” (Justyna i Anna 3) i „*wspieranie*” (Dorota 1, Anna 2, Tatiana, Elżbieta, Renata, Ewa 2). Wartościowe były: „*rozmowy*” (Katarzyna, Kinia): „*szczerze rozmowy o problemie*” (Anna 3), „*rozmowy na temat mojego picia*” (Anna 2), „*rozmowy na temat leczenia*” (Maria 1), „*rozmowy o bieżących problemach*” (Magda). Dla kilku respondentek (Paulina, Maria 1, Krystyna, Alex, Anna 3, Hanna 1) ważne było to, że ich mężowie lub partnerzy zachowywali abstynencję oraz usuwali alkohol z ich domów i spotkań towarzyskich odbywających się w okresie leczenia kobiet.

Respondentki, które pełniły rolę macierzyńską i miały potomstwo w wieku, w którym było one już świadome stanu swojej matki, doceniały u swoich dzieci na początku wychodzenia z uzależnienia ich konkretne zachowania: „*wspieranie mnie*” (Małgorzata, XXX, Anna 2, Hanna 2, Tatiana, Elżbieta, Renata, Maria 5), „*wybaczenie, niewracanie do przeszłości, zapewnienia o miłości*” (XXX), „*zaufanie, miłość, rozmowy, pochwały, miłe słowa*” (Hanna 1), „*niewyrzucanie mi, że zmarnowałam im życie*” (Krystyna), „*uporządkowanie ich własnego życia*” (Dorota 2), „*widoczne szczęście, że nie piję*” (Sandra), „*bycie przy mnie, radość*” (YYY), „*czułość*” (Kinia), „*tolerancja*” (Inga), „*inne traktowanie mnie*” (Katarzyna), „*przynosiły książki o uzależnieniu, żebym czytała i chodziła na terapię*” (Elżbieta), „*rozmowy*” (Anna 2, Maria 1, Krystyna, ZZZ, Elwira, Monika, Hanna 1, Kinia), „*podtrzymywanie na duchu*” (Maria 5), „*codzienne telefony*” (Magdalena), „*wiara we mnie*” (XXX), „*wiara, że dam radę*” (YYY), „*wiara, że wytrwam*” (Krystyna), „*wiara w moje wyzdrowienie*” (Hanna 1).

Część badanych kobiet doświadczyła także wsparcia ze strony członków najbliższej rodziny. Tutaj zaznaczono, że pomocna była ich „*abstynencja w obecności respondentki i organizowanie spotkań rodzinnych bez alkoholu*” (Kinga, Justyna, Alex, Hanna 1), a także: „*wspieranie słowem*” (YYY, Marta 2), „*akceptacja, zaufanie, rozumienie, a przynajmniej jego próby*” (VVV), „*zaufanie, miłość, rozmowy*” (Hanna 1), „*ojciec wspierał mnie, twierdził, że jestem silna i na pewno dam sobie radę*” (Joanna/Pędzel), „*rozumienie*” (Dorota 3), „*dobre relacje*” (Mariola), „*tolerancja*” (Inga), „*rozmowy*” (Magdalena, Kinia, Dorota 2, Magda) czy ogólnie nazwane „*wsparcie*” (Tatiana, Dorota 3, Kinia, Ewa 2). Jedna z respondentek dodała „*pomoc (finansowa, odzież, jedzenie)*” (Magda) i była to jedyna osoba z całej próby badawczej, która tylko raz zaznaczyła, że udzielono jej (przez kogokolwiek) wsparcia rzeczowego (związanego z konkretną pomocą materialną, rzeczową i finansową).

Pewna część badanych kobiet wspominała o wsparciu przyjaciół, którzy: „*odwiedzali bez alkoholu*” (Kinga), „*wspierali słowem*” (YYY), „*namawiali do leczenia*” (Anna 1), „*zachowywali abstynencję w mojej obecności*” (Justyna), „*dopingowali mnie, wspierali duchowo, kiedy miałam złe dni, i zajmowali mnie, np. zabierali mnie na spacer albo wypad za miasto*” (Joanna/Pędzel), a także, którzy oferowali: „*wsparcie*”

(Owca, Maria 4, Tatiana), „rozmowy” (VVV, Kinia, Beata), „możliwość rozmowy, poczucie zrozumienia, czasem ostra krytyka, uczucie bliskości, więzi z drugą osobą; wsparcie przyjaciółki z podobnymi przeżyciami, która była nieocenioną pomocą” (Alex), „otwartość, szczerłość” (VVV).

Kilka osób zaznaczyło (z tą samą częstością – pięciokrotnie), że podparę na początku drogi wychodzenia z uzależnienia stanowiły dla respondentek następujące osoby: pracodawcy (Asia, Justyna, Owca, Hanna 2 i Kinia) – „zrozumieniem, rozmową, wspieraniem w ciężkich chwilach”; osoby duchowne (XXX, YYY, Asia, Dora, Gaga) – „wspieranie duchowe; utwierdzenie w przekonaniu, że leczenie jest dobrą decyzją”, jak i poprzez „uczestnictwo w rekolekcjach i mszach” i „rozmowy”; lekarz rodzinny (Maria 2, Sandra, Dora, Hanna 1 i Maria 4) – „skierowanie do poradni uzależnień”, „rozmowa” oraz „zapropozowanie i namowa do leczenia, wspieranie, docenianie, że jest coraz lepiej”. Jeden raz wspomniano o sąsiadach: „patrzą na mnie trzeźwą, brak krytyki” (Mariola).

Liczne wskazania dotyczyły form wsparcia udzielanego przez profesjonalistów związanych zawodowo z lecnictwem odwykowym. Część respondentek tę formę pomocy nazwała dość ogólnikowo „wspieraniem” (Owca, Ewa 1, AAA), „uczestnictwem w terapii indywidualnej i/lub grupowej” (Małgorzata, Anna 1, YYY, Justyna, Anna 2, Magda, Krystyna, Elwira, Maria 2, Lidka, Dorota 2) lub „rozmowami z terapeutami” (Maria 1, Dora, Monika, Hanna 1, Hanna 2, Magdalena, Angelika, Beata, Kinia, Maria 5), „psychiatrami” (YYY, Hanna 1, Maria 5), „pielęgniarkami i wolontariuszami” (Hanna 1) „oraz innymi pacjentami z grup terapeutycznych” (Hanna 1, Maria 1). Inne doprecyzowały je, używając określeń: „wiedza, wsparcie przez akceptację” (Agnieszka), „bezwartunkowa akceptacja, stawianie wymagań” (Kinga), „dyscyplina, zaufanie, szacunek” (VVV), „tłumaczenie działania choroby, pokazywanie postępów w leczeniu” (XXX), „nabywanie wiedzy o uzależnieniu i konsekwencjach dalszego picia oraz miejscach i formach pomocy dla osób uzależnionych” (Anna 3), „poczucie bezpieczeństwa” (Sandra), „dobre słowo” (Marta 2) oraz „wiedza o chorobie, możliwość opowiedzenia swojej «historii», pomoc w zrozumieniu problemu” (Alex), a także „doprowadzenie do lepszego stanu zdrowia” (Hanna 1). Wspomniano również o tym, że znaczenie miał „odpowiedni terapeuta” (Dorota 3) oraz że u jednej z respondentek zauważono „poprawę na wielu frontach (praca, stosunki międzyludzkie)” (Joanna/Pędzel), co motywowało ją do dalszej pracy nad sobą.

Bezpośrednim wsparciem w procesie wychodzenia z uzależnienia od alkoholu były także – dla 26 badanych kobiet – mityngi grup Anonimowych Alkoholików. Dla części z nich ważna była możliwość uczestniczenia w nich i rozmowy z innymi osobami uzależnionymi od alkoholu, stwarzające okazje do: „rozmów” (Hanna 1, XXX, YYY, Angelika, Maria 5), „słuchania innych uzależnionych od alkoholu osób” (Maria 5) i „mówienia o swoich doświadczeniach i początkach leczenia” (XXX). To, co cenne w uczestnictwie w grupach samopomocowych, jakimi są grupy AA, to zdaniem ankietowanych zwłaszcza: „sama ich obec-

ność i możliwość spędzania z nimi czasu” (Paulina), „wspieranie” (Hanna 1, AAA), „program rozwoju, wsparcie niepijących kobiet” (Justyna), „wsparcie, rozmowy, kontakt telefoniczny” (Elwira), „dzielenie się, otwartość, wspólnota, empatia, życzliwość” (VVV), „słuchanie doświadczeń innych” (Anna 3, Agnieszka, Kinga), „poczucie bycia w grupie; możliwość dzielenia się własnymi przeżyciami” (Anna 3). Niektóre z badanych kobiet szczególnie ceniły sobie wsparcie udzielane przez anonimowych alkoholików, którzy „zaopiekowali się mną, wspierają mnie, wiele się od nich nauczyłam, mogę liczyć na ich wsparcie w ciężkich chwilach, mogę podzielić się z nimi swoimi problemami” (Ewa 1) czy „uwierzyli we mnie, że uda mi się przestać pić, cały czas mnie wspierają” (Maria 1).

Inne, sporadycznie wskazywane, osoby, które dopomagały respondentkom na początku ich procesu zdrowienia to: „trzeźwiejące, zaufane osoby” (Magda), „pracownik MOPR” (Lidka i Katarzyna) oraz „pedagog szkolny” (Sandra).

W przypadku wsparcia udzielanego przez mężów/partnerów, dzieci, najbliższą rodzinę, przyjaciół, sąsiadów i pracodawców, najczęściej akcentowano znaczenie wsparcia emocjonalnego i wartościującego. Co się tyczy wsparcia profesjonalnego, udzielanego przez lecznictwo odwykowe, przeważającą formą było wsparcie informacyjne i emocjonalne, zaś w grupach AA respondentki doświadczały przede wszystkim wsparcia wartościującego, emocjonalnego i informacyjnego.

Jak stwierdziła Esther Greenglass, istnieją dane świadczące o pozytywnym wpływie wsparcia społecznego na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz potwierdzające, że stopień zakorzenienia w relacjach i sieciach zapewniających wsparcie społeczne jest silnym predyktorem zdrowia i zachorowalności⁷⁴¹. Uzyskane tu wyniki badań wzmacniają potwierdzenie tej tezy.

Dodatkowo respondentki zostały zapytane o to, czy ktoś wcześniej próbował im pomóc w poradzeniu sobie z uzależnieniem od alkoholu. Niemal połowa spośród nich orzekła, że nie miało to miejsca. O pozostałe respondentki troszczyli się przede wszystkim członkowie rodziny: rodzice (6 wskazań), dzieci (3 wskazania), siostra (4 wskazania), brat (1 wskazanie), mąż (2 wskazania) i ogólnie rodzina (5 wskazań), a także znajomi (6 wskazań); raz wspomniano o pracowniku socjalnym. Jakich używali sposobów, by przekonać respondentki do podjęcia decyzji o zerwaniu z alkoholem? Głównie były to: rozmowy, tłumaczenie szkodliwości alkoholu, namawianie do podjęcia leczenia, zachęcanie do niego. Niektóre osoby z otoczenia części badanych kobiet przede wszystkim powtarzały prośby o podjęcie terapii, inne sądziły, że osiągną ten cel, krzycząc, wyzywając respondentkę, grożąc zerwaniem więzi, powtarzając, że przynosi im wstyd. Pewne osoby próbowały ułatwić niektó-

⁷⁴¹ E. Greenglass, *Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem*, (w:) H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne...* op. cit., s. 146.

rym respondentkom zrobienie pierwszego kroku, podsuwając odpowiednie artykuły, broszury i książki, podpowiadając konkretny ośrodek leczenia lub adresy do konkretnych specjalistów, lub wręcz umawiając na wizytę u psychologa czy terapeuty uzależnień. Jedna z osób z otoczenia jednej z uczestniczek badania sądziła, że skuteczne będzie usunięcie z domu alkoholu. Dwom respondentkom próbowały udzielić pomocy osoby, które same były uzależnione i podjęły leczenie, pokazując na swoim przykładzie, jak najpierw osiągnęły dno, ale potem poradziły sobie z uzależnieniem i są szczęśliwe w swoim życiu w trzeźwości.

Czy te namowy – przyjmujące różną formę – innych osób do podjęcia leczenia przynosiły jakiś efekt? Uderzające jest to, że w zdecydowanej większości sytuacji nie były one skuteczne. Zdaje się, że decydujące w podjęciu terapii musi być to, co jedna z respondentek nazwała wprost: „*efekt tego był żaden, musiałam dojrzeć do tej decyzji sama*”.

Wspomnieć tu można, że znaczenie braku wsparcia społecznego udzielanego przez najbliższe osoby, jak i odpowiednie instytucje oraz terapeutów nieco mocniej wybrzmiało zarówno jako powód utrudniający podjęcie leczenia, jak i przyczyna wcześniejszych nieudanych prób leczenia (co wynika z danych, które były już prezentowane w podrozdziale 5.2.).

Jakie wobec tego zachowania najbliższych osób, z domu i pracy, mają – w opinii respondentek – znaczenie dla podjęcia decyzji o abstinencji alkoholowej? (należy tu podkreślić, że podjęcie abstinencji nie musi być równoznaczne z podjęciem terapii, zatem odpowiedzi na to pytanie mogły się różnić – i różnią się – od odpowiedzi na pytanie o to, jakie osoby wspierały respondentki na początku i w trakcie terapii). Za mające zdecydowanie największe znaczenie w podjęciu decyzji o abstinencji respondentki uznały następujące zachowania osób z ich otoczenia: zdobywanie wiedzy na temat uzależnienia (33 wskazania), załatwienie ośrodka odwykowego/terapii (22 wskazania), zmuszanie osoby do ponoszenia przez nią konsekwencji jej zachowań (20 wskazań), podjęcie abstinencji przez osoby z otoczenia (19 wskazań) oraz zdecydowane działania wobec osoby uzależnionej, takie jak np. wyprowadzenie się z domu lub wyrzucenie z pracy (12 wskazań) czy wylewanie alkoholu, usuwanie go z otoczenia (12 wskazań). Sumując odpowiedzi respondentek, które zaznaczały czynniki tkwiące w otoczeniu społecznym, będące zachowaniami osób z otoczenia, mającymi zdecydowanie i częściowe znaczenie w podejmowaniu decyzji o abstinencji przez kobiety uzależnione od alkoholu, najwięcej wskazań uzyskało zdobywanie wiedzy przez osoby z otoczenia alkoholiczek na temat uzależnienia, załatwienie ośrodka odwykowego/terapii i równie ważne podjęcie przez nich abstinencji, jak też zmuszanie osoby uzależnionej do ponoszenia przez nią konsekwencji jej zachowań. Jako najmniej skuteczne najczęściej wskazywano napominanie i pouczanie,

placz i usilne próby oraz usuwanie alkoholu z otoczenia. Zatem wniosek jest następujący: określone reakcje otoczenia osoby uzależnionej mają znaczenie dla zachodzącego w niej procesu decyzyjnego prowadzącego do abstynencji i zmiany swojego życia⁷⁴².

Czy poza osobami z najbliższego otoczenia jeszcze inne osoby lub instytucje mogą odegrać rolę w powrocie do zdrowia kobiet uzależnionych od alkoholu? Spośród (stosunkowo nielicznie) udzielonych tu odpowiedzi powtarzającym się było wskazanie osób (kobiet), które „*miały ten sam problem*”, „*same to przeszły*” i „*już nie piją*”. Wśród wymienionych instytucji znalazły się (podane jednorazowo): MOPR, Monar, ośrodki pomagające w sytuacji przemocy, ośrodki detoksykacyjne i domy dla samotnych matek. Wspomniano także o roli mediów i wydawnictw publikujących książki z życia innych kobiet. Jedna z respondentek wypowiedziała się na temat roli lekarzy rodzinnych, którzy, w jej opinii, „*mają niewystarczającą wiedzę na temat choroby alkoholowej bądź żadną. Lekarz pierwszego kontaktu powinien przeprowadzić dobry wywiad z pacjentem, aby móc skierować go do odpowiedniej placówki, a nie od razu zapisywać np. leki uspokajające. Z doświadczenia wiem też, że nie pytają, gdy wypisują receptę na leki, w których skład wchodzi alkohol*” (XXX).

W poprzednim podrozdziale omówiono już wybory respondentek w zakresie preferowanych przez nie form wsparcia w procesie wychodzenia z problemu alkoholowego. Tylko jedna z badanych kobiet orzekła, że opowiada się za samodzielnym radzeniem sobie w takiej sytuacji, zaś pozostałe jednomyślnie podkreśliły wagę udziału w terapii prowadzonej przez specjalistów oraz uczestnictwa w mityngach grup Anonimowych Alkoholików. Dane procentowe rozłożyły się następująco: preferencje terapii grupowej – 46,5%, spotkań AA – 18% oraz terapii indywidualnej – 35,5%. Oznacza to, że niemal 65% respondentek odpowiada ta forma terapii prowadzonej w jakiejś grupie, bo prawdopodobnie odczuły już korzystne zmiany płynące z udziału w psychoterapii i siłę czynników terapeutycznych działających w grupie, jakimi są zwłaszcza: otwieranie się i odsłanianie się przed innymi, konstruktywna konfrontacja umożliwiająca dostrzeżenie rozbieżności pomiędzy tym, co się mówi, a tym, co się robi, oraz uświadomienie sobie drzemającego w sobie potencjału, zaufanie pozwalające na przepracowanie problemów, nadzieja i wiara w to, że zmiana jest możliwa i osoba potrafi podjąć decyzje doprowadzające do zmiany na lepsze w jej życiu, zyskiwanie otuchy, korzystanie z doświadczeń innych osób, które znalazły sposób na odzyskanie poczucia kontroli nad własnym życiem, doświadczenie życzliwości, troski, wsparcia

⁷⁴² Wyniki te można porównać z wynikami analizy wpływu środowiska w tym zakresie, której dokonał R. Marek OFM, w: idem, *Motywacje Anonimowych Alkoholików do abstynencji i życia w trzeźwości. Studium socjologiczne na podstawie województwa podkarpackiego*, Rzeszów 2007, s. 176 i nast.

i akceptacji, niwelowanie poczucia osamotnienia w swojej sytuacji życiowej, wskutek kontaktów z innymi odnalezienie w sobie niewykorzystanych rezerw odwagi, twórczej energii i siły, uwolnienie tłumionych emocji i ekspresja nagromadzonego bólu⁷⁴³. Znaczenie może mieć także efekt facylitacji społecznej, czyli procesów, dzięki którym obecność innych osób wywiera intensyfikujący wpływ na zachowania jednostki, w tym przypadku – wpływ osób zaangażowanych w analogiczną aktywność, tzn. udział w terapii⁷⁴⁴.

Ponowna analiza omówionych szerzej w poprzednim podrozdziale wyników uzyskanych odpowiedzi na pytanie o to, co najbardziej pomaga i motywuje respondentki do trwania w postanowieniu trzeźwości i chęci zmiany swojego życia, może także służyć identyfikacji powtarzalnych źródeł wsparcia społecznego dla kobiet alkoholiczek będących w procesie terapii. W grupie często wybieranych odpowiedzi znalazło się motywowanie przez terapeutę. Z pewnością niebagatelne znaczenie miał (ma?) dla zdrowiejących respondentek odzyskiwany szacunek innych (dla aż 98% badanych kobiet) oraz stopniowo odzyskiwana miłość dzieci tej części respondentek, które były matkami. Podkreślanie przez respondentki ważności zerwania z osobami będącymi dawnymi towarzyszami picia, jak i wartości ich udziału w mityngach AA, świadczy o tym, że nie chciały one żyć w próżni społecznej, poszukując wokół siebie osób, których obecność sprzyjała ich abstynencji i całemu procesowi trzeźwienia.

Aby uzyskać pełen obraz źródeł wsparcia na obecnym etapie zdrowienia respondentek, należy dokonać analizy odpowiedzi na pytanie, w którym zostały one zapytane wprost o to, czyje wsparcie i w jakiej formie było im potrzebne na początku wychodzenia z uzależnienia (o tych wynikach również już była mowa).

Interesujące były konstatacje pytanym kobiet na temat tego, co subiektywnie uważały za największą korzyść z zerwania przez nie z alkoholem. Wyszczególniane przez nie stany dotyczyły poprawy ich kondycji w trzech sferach: psyche, soma i polis.

W sferze psychologicznej wskazano: „spokój” (ZZZ, Maria 2, Hanna 2, Lidia 2 i Monika), „spokój wewnętrzny” (Dora i Kinga), „zmiana myślenia” (Anna 2), „trzeźwe myślenie” (XXX, ZZZ, Dorota 3 i Małgorzata), „racjonalne myślenie” (Hanna 1), „odzyskanie poczucia godności” (Justyna), „większy szacunek do siebie samej” (Paulina, Justyna i Anna 3), „poczucie własnej wartości” (Dora), „zadowolenie z siebie samej” (ZZZ), „odzyskanie radości życia” (Asia, Alex i Dorota 1), „odzyskanie pogody ducha” (Dora), „wiara w samą siebie i w to, że będzie dobrze” (Dorota 2), „lepsze samopoczucie” (Hanna 1, Da-

⁷⁴³ M. Schneider Corey, G. Corey, *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*, tłum. S. Bulaszewski, Warszawa 2002, s. 268-284.

⁷⁴⁴ D. Doliński, *Inni ludzie w procesach motywacyjnych*, (w:) J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, Gdańsk 2006, s. 495.

nuta, Elżbieta, AAA, Lidia 2, Elwira, Dorota 2, Owca, Ewa 2 i Marta 2), „brak lęku” (Hanna 2), „chęci do życia” (Renata i Inga), „to, że mogę wyjść z domu i nikt się za mną nie ogląda i nie mówi, że to idzie ta alkoholiczka; to, że mogę spokojnie spojrzeć sobie w twarz” (Maria 1). Wiele spośród respondentek cieszyło się z ustabilizowania się ich życia i przejmowania na nowo kontroli nad nim: „stabilizacja” (Magda), „życie pod kontrolą, uporządkowane” (ZZZ), „możliwość kontroli nad własnym życiem” (AAA), „załatwianie «małymi kroczkami» różnych spraw (drobnych i ważnych)” (Anna 3), „radzenie sobie z problemami” (Elwira), „dawanie sobie rady ze wszystkim” (Maria 2), „regulowanie świadczeń w terminie” (Dorota 1), „sprawy materialne” (Maria 1), „pieniądze” (Marta 2), „praca” (Beata, Magda i Dorota 3), „nowe mieszkanie” (Magdalena). Wiele z nich dostrzegło także, że ich życie, wypełnione nowymi aktywnościami i nowym spojrzeniem na codzienność, nabiera innej jakości: „możliwość robienia rzeczy, na które wcześniej nie było czasu, bieganie” (Paulina), „cieszenie się życiem, bo bez alkoholu wszystko jest piękne i mniej problemów” (Maria 1), „nowe życie” (Marzena 2), „mogę zacząć nowe, nawet lepsze życie” (Angelika), „zmiana sposobu patrzenia na to, co mnie otacza” (Maria 1), „czerpanie radości z trzeźwego życia, dostrzeganie piękna otaczającego świata” (Anna 3), „spojrzenie inaczej na świat” (Lidka), „poczucie, że jestem wolna” (Sandra), „powrót do wiary i duchowości” (Owca), „powrót do Boga” (Maria 4), „sprawy duchowe” (Maria 1), „powrót do zainteresowań” (Owca), „praca nad sobą, ogólny rozwój” (Joanna/Pędzel), „rozwój osobisty” (XXX), „dbałość o dom i dzieci” (Marta 1), „patrzenie w przyszłość” (Dorota 3), „wolność życiowych wyborów” (Kinga), „zaczynam «normalnie» funkcjonować, zaczynam układać sobie życie, planować i realizować plany, czuję, że to wszystko do czegoś zmierza, życie nie jest takie bezcelowe, potrafię cieszyć się drobiazgami” (Alex).

Kilkakrotnie zaznaczono, że korzyścią z zerwania z alkoholem jest „poprawa zdrowia fizycznego” (Anna 1, Asia, Maria 1, Krystyna, Monika, Hanna 1, Elżbieta, AAA, Mariola i Maria 4) oraz „poprawa wyglądu” (Owca i Hanna 1).

Respondentki zauważały również, że na ich abstynencji i zmianie życia zyskały zarówno one same, ale także relacje z osobami z ich otoczenia: „jestem bliżej siebie i bliżej innych” (VVV), „otoczenie lepiej na mnie reaguje i lepiej mnie odbiera” (Alex), „budowanie zdrowych relacji z ludźmi” (XXX), „odbudowanie więzi rodzinnych” (Dorota 2), „odbudowa relacji z najbliższymi” (Katarzyna, Tatiana i Owca), „więcej czasu dla siebie i rodziny” (Anna 2), „odzyskanie zaufania dzieci i znajomych” (Krystyna), „polepszenie stosunków w domu, więcej zaufania” (ZZZ), „szacunek dzieci, rodziny i partnera, ich miłość” (Hanna 1), „odzyskanie rodziny” (Magdalena), „poprawa stosunków i relacji między mężem i dziećmi” (Elżbieta i Maria 5), „poprawa stosunków z rodzicami” (Magda), „zgoda z rodzicami” (Marta 1), „odbudowywanie więzi z dziećmi i mamą” (Anna 3), „radość w domu” (Dorota 1), „małżeństwo, dziecko” (Agnieszka), „relacje z dzieckiem/dziećmi” (Elwira i Kinga), „radość z wnuka i prawnuka” (Maria 1), „radość dzieci” (Ewa 2), „wspólnie spędzane święta, wyjazdy na wakacje” (Marta 1 i Dorota 1), „pomaganie córce rozmową (bo ma kłopoty)” (Maria 2).

Niektóre z respondentek wymieniały pojedyncze korzyści dotyczące tylko jednej sfery (można przypuszczać, że mające dla nich największe znaczenie), inne spostrzegały je szerzej i wieloaspektowo, jak na przykład w tej rozbudowanej wypowiedzi: „odzyskanie własnej godności, odzyskanie zaufania najbliższych, radość z życia, odzyskanie pogody ducha i wiary w siebie, przyjaźń osób niepijących, szczerych i bardzo wspierających, bez których czasami nie dałabym rady, pozbycie się wstydu, odwaga mówienia prawdy, w tym tego, że jestem uzależniona od alkoholu” (Ewa 1).

W procesie zdrowienia bolesnym jest przyglądanie się na trzeźwo, sobie i swojemu życiu, odsłanianie strat, zniszczeń i wyrządzonych krzywd sobie i bliskim⁷⁴⁵. Często uzależnieni, po zainicjowaniu procesu zdrowienia, zaczynają odczuwać potrzebę innego życia, bardziej wartościowego, oraz potrzebę odzyskania lub naprawy w obszarze pewnych relacji społecznych i sfer życia. Takie potrzeby zgłaszały także respondentki. Najczęściej zaznaczały, że chciałyby przede wszystkim zadbać o zdrowie (44 wskazania). Można przypuszczać, że spowodowane jest to tym, że przewlekłe spożywanie i długotrwałe nadużywanie alkoholu wywołuje wiele zaburzeń i trwałych uszkodzeń, jak i faktem, że respondentki w większości stanowiły kobiety mieszczące się w przedziale wiekowym od 50. do 70. roku życia. W dużej mierze planowały też odbudować relacje ze swoimi dziećmi, z mężem/partnerem życiowym oraz poszukać nową pracę (identyczna liczba 24 wskazań dla każdej z tych odpowiedzi). Zamierzały również odbudować relacje z przyjaciółmi (21 wskazań), rodzicami (19 wskazań) i znajomymi (17 wskazań). Kilka z nich wymieniło: kontynuowanie nauki (9 wskazań) oraz odbudowanie relacji z wnukami (7 wskazań) i sąsiadami (7 wskazań). Dodatkowo pojawiły się odręcznie dopisane zamiary respondentek, takie jak: „uwierzyć w siebie, pokochać siebie, zadośćuczynić tym, których skrzywdziłam”, „odzyskać szacunek do samej siebie” i „zawalczyć o samą siebie, znaleźć nowego partnera”.

Zdrowiejący alkoholicy na początku drogi zdrowienia często wpadają w pułapkę stawiania sobie nierealistycznych celów, chcąc jednocześnie wkładać maksymalny wysiłek w terapię, zmaganie się ze zdrowieniem i rozwiązywanie problemów, które są skutkiem picia⁷⁴⁶. Respondentki zostały więc zapytane o to, czy mają nadzieję, że naprawienie bądź odzyskanie tego, co straciły w okresie picia, jest możliwe, realne. Najbardziej prawdopodobne wydawało im się zadbanie o własne zdrowie i odbudowanie relacji z dziećmi, a następnie (w kolejności liczby wskazań): odbudowanie relacji z mężem/partnerem, rodzicami, znajomymi i przyjaciółmi oraz znalezienie nowej pracy.

⁷⁴⁵ A. Dodziuk, *Trzeźwienie jako droga życiowa*, Warszawa 2006, s. 12.

⁷⁴⁶ Za: L. Kapler, *Poradnik lidera działań trzeźwościowych*, Warszawa 2008, s. 35.

Podsumowaniem tego podrozdziału niech będzie odniesienie się do przyjętego siódmego problemu szczegółowego, dotąd niekommentowanego (autorskie ustosunkowania się do sześciu pozostałych zawarte zostały w innych częściach pracy). Czy zatem zanalizowane historie indywidualnych kobiecych doświadczeń problemu alkoholowego (na tyle, na ile respondentki pozwalały na ich poznanie i wniknięcie w nie) mogą stanowić wiarygodną i dostateczną przesłankę konstytuowania programów wsparcia kobiet z problemem alkoholowym? Respondentki stanowiły próbę badawczą stosunkowo zróżnicowaną pod względem wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia, religijności oraz sytuacji zawodowej, bytowej, zdrowotnej, jak również deklarującą różną długość okresu ich abstynencji. Z pewnością ujawniają się w nich pewne prawidłowości, mogące stanowić podstawę do wyróżnienia ogólniejszych prawidłowości, których znajomość mogłaby przyczynić się do stworzenia efektywnych programów profilaktycznych i pomocowych (w ograniczonym stopniu, będąc świadomym wieloczynnikowych uwarunkowań tej efektywności). Przy interpretacji wyników badań i próbie ich uogólnienia na szerszą populację ponownie jednak zwracam uwagę na fakt, że skoncentrowałam się na pewnej tylko grupie kobiet i to w określonym momencie ich życia. Opis wyników moich badań odnosi się jedynie do kobiet, które podjęły terapię (lecz takie było pierwotne zamierzenie, które zostało zrealizowane, ponieważ tylko wówczas pojawiała się możliwość analizy środowiskowych uwarunkowań także w okresie zdrowienia), z pominięciem kobiet, które nigdy nie podejmowały terapii bądź kiedyś ją podjęły, lecz nie ukończyły. Nie można wykluczyć, że inaczej skompletowana próba badawcza zmieniłaby obraz uzyskanych wyników badań. Jestem również świadoma faktu, że czas i zastosowana metoda, towarzysząca jej technika i wykorzystane narzędzie badawcze mogły wywierać znaczący wpływ na uzyskany obraz badanego problemu – struktury i dynamiki procesu wychodzenia z uzależnienia alkoholowego kobiet – mieszkanki Poznania. Należy wziąć pod uwagę również i to, jak kształtowały się i jak były ujawniane przez badane kobiety ich doświadczenia dotyczące zakresu i stopnia zaangażowania się w ten proces instytucji środowiska lokalnego.

Sądzę jednak, że chociaż część wniosków formułowanych na podstawie pozyskanego materiału faktograficznego może budzić u niektórych wątpliwości co do ich wartości poznawczej, to jednak pozwalają one na sformułowanie pewnych ogólnych tez w miarę wiernie odzwierciedlających istotę, strukturę i dynamikę analizowanego tutaj procesu, mieszczącego się w obrębie i w obszarze problemu alkoholowego, zwłaszcza kobiet, w Polsce.

5.4. Podsumowanie wyników badań

Diagnoza obrazu społecznego wymiaru problemu alkoholowego, dotykającego kobiet będących mieszkankami Poznania (i częściowo jego okolic) oraz podejmujących, realizujących bądź finalizujących proces terapeutyczny, które uczyniłam przedmiotem swoich badań, służyła przede wszystkim rozpoznaniu w historii życia oraz aktualnej sytuacji życiowej tychże kobiet czynników mających potencjalny i rzeczywisty wpływ na ich uzależnienie od alkoholu i wychodzenie z niego, analizowane na kontinuum od ich inicjacji alkoholowej, używania, nadużywania i uzależnienia od alkoholu, po podejmowane próby terapii. Diagnoza obejmowała również drugi obszar badawczy, jaki stanowiły podejmowane próby instytucjonalnego rozwiązywania problemu alkoholowego (nie tylko kobiet) w wielkomiejskim środowisku Poznania. Całe przedsięwzięcie badawcze okazało się być złożonym procesem, gdyż wymagało uwzględniania czynników dwojakiego rodzaju: jednostkowych oraz społecznych, ze szczególnym akcentem położonym na te drugie, charakterystyczne dla pedagogów społecznych.

Jakie zatem są efekty weryfikacji założeń badawczych?⁷⁴⁷

Przystępując do badań, zakładałam, że środowisko poznańskie, porównywalnie do innych środowisk i zbiorowisk społecznych w Polsce, doświadcza problemu alkoholowego, przybierającego postać indywidualizowaną i społeczną. Poznań, jako przykład środowiska wielkomiejskiego, rzeczywiście dysponuje wachlarzem instytucji, których udział w jego rozwiązywaniu był (jest) bądź ich głównym zadaniem, bądź jednym z wielu przypisanych im zadań, bądź zadaniem podejmowanym okazjonalnie, sytuacyjnie, a potwierdza to ich szczegółowa prezentacja w podrozdziale 4.3. W oparciu o przeprowadzone wywiady z wybranymi przedstawicielami tych instytucji potwierdziło się przypuszczenie, że funkcjonują one na niskim poziomie integracji, często nie informując się wzajemnie o dokonywanych przez nie identyfikacjach, kwalifikacjach i podejmowanych czynnościach, co obniża efektywność ich działań na tym polu.

Zakładałam także, że istnieje dostateczna społeczna ekspozycja i dostępność instytucji mogących udzielać wsparcia kobietom z problemem alkoholowym w środowisku poznańskim, co znalazło potwierdzenie zarówno w ocenach kobiet uzależnionych od alkoholu, będących adresatkami działań analizowanych instytucji, jak i reprezentantów różnych poznańskich profesji pomocowych. Ich sieć oceniono wysoko, argumentując swoje opinie dobrym dostępem do nich, stosunkowo krótkimi terminami oczekiwania na pierw-

⁷⁴⁷ Obszerniejsze odniesienie się do przyjętych założeń badawczych ulokowane jest w różnych częściach niniejszej monografii (w logicznym związku z prowadzonym wywodem), poniżej natomiast umieszczona została ich weryfikacja w bardziej syntetycznej, skrótowej formie.

szą wizytę w trybie ambulatoryjnym oraz możliwościami rozległego wyboru spośród typów zróżnicowanych placówek i wachlarza rodzajów oferowanej pomocy. Jako niedomagania wskazano: kontrakty z NFZ narzucające ściśle rygory i precyzyjnie limitujące udzielanie porad; brak oferty dla pacjentów z kilkuletnią abstynencją; zbyt mało miejsc i długie terminy oczekiwania na pomoc w trybie leczenia stacjonarnego; różny poziom profesjonalizmu terapeutów uzależnień (to ostatnie spostrzeżenie nieco podważa hipotezę mówiącą o tym, iż kwalifikacje instytucjonalne są adekwatne do potrzeb jednostkowych osób uzależnionych od alkoholu). Wśród głosów postulujących potrzeby zmiany pojawiły się sugestie konieczności stworzenia oferty pomocy terapeutycznej całym systemom rodzinnym (a nie wyłącznie udziału w osobnych terapiach osoby uzależnionej od alkoholu i członków jej rodziny), konieczności intensywnej edukacji pracowników służby zdrowia (zwłaszcza lekarzy pierwszego kontaktu) oraz konieczności efektywnej współpracy z Miejską Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wspomnieć tu należy, że identyczne postulaty zgłaszali respondenci biorący udział w badaniu, zrealizowanym w 2014 roku na zlecenie Urzędu Miasta Poznania (jego wyniki zostały omówione w podrozdziale 4.1.).

Z wypowiedzi respondentów (tak kobiet uzależnionych od alkoholu, jak i przedstawicieli instytucji pomocowych) wynika także, że kwalifikacje instytucjonalne (diagnoza przypadków, zaproponowane formy terapii) są w większości sytuacji adekwatne do potrzeb jednostkowych osób uzależnionych od alkoholu, pojawiających się w polu zainteresowania tych instytucji, choć incydentalnie zdarzyły się opinie krytyczne dotyczące pracy terapeutów uzależnień. Trafne okazało się także założenie, że działania instytucjonalne w obszarze pomocy osobom uzależnionym od alkoholu nie gwarantują wsparcia mającego postać działania systemowego, jak i na ogół są one nastawione na minimalizowanie lub likwidowanie głównie lub wyłącznie skutków indywidualnego doświadczania problemu alkoholowego, zaś jego przyczyny bywają analizowane (zwłaszcza w procesie terapii), lecz tylko sporadycznie poszukuje się rozwiązań prowadzących do ich trwałego usunięcia. Działania analizowanych instytucji mają charakter wybiórczy (aspektowy), co z jednej strony nie tworzy warunków i możliwości kompleksowego rozwiązywania problemu alkoholowego wpisanego w całą sytuację życiową kobiet (osób) z problemem alkoholowym, lecz z drugiej strony może prowadzić do wyspecjalizowania się i profesjonalizacji działań. Potwierdziło się moje przypuszczenie, że dalsze losy podopiecznych wszystkich tych instytucji nie stanowią przedmiotu ich zainteresowania (jest to wielorako warunkowane), choć wyjątek stanowią tutaj niektóre poradnie leczenia uzależnień oraz poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, w których istnieje możliwość korzystania ze wsparcia nawet po ukończeniu terapii pogłębiojonej.

Słuszne również było przypuszczenie, że analizowane poznańskie instytucje wsparcia w problemie alkoholowym działają w sposób niesynchronizowany z innymi instytucjami, funkcjonują niezintegrowane bądź pozorują współpracę; nie budują systemu wsparcia. W przypadku reprezentantów różnych służb społecznych, których praca dedykowana jest między innymi kobietom uwikłanym w problem alkoholowy, brakuje myślenia szerszego niż jest wyznaczone perspektywą zatrudniającej instytucji, ogranicza się ono wyłącznie do swojego „poletka”. Takie podejście bywa dyktowane nie brakiem woli konkretnych osób (o który często te osoby bywają podejrzewane i który również występuje), ale stawianymi im formalnymi zawodowymi wymaganiami i obowiązkami. Brakuje również ośrodka, który pełniłby funkcje koordynatora działań na tym polu, choć z analizy wywiadów eksperckich można wyciągnąć wniosek, że taki podmiot koordynujący byłby pożądanym z punktu widzenia zdecydowanej większości badanych reprezentantów służb społecznych. Jego zadaniem byłoby – jeśli miałyby przyznane na mocy prawa kompetencje i pozostawałby w stałej komunikacji z różnymi, świadomie wybranymi instytucjami – zbieranie informacji od specjalistów, „spinięcie” ich pracy, koordynowanie pracy różnych służb (współpracy interdyscyplinarnej), bycie swoistym „mózgiem”. Postulat ten to ważna rekomendacja dla praktyki⁷⁴⁸.

Wniosek mówiący o tym, że działania instytucjonalne w obszarze pomocy osobom uzależnionym od alkoholu nie gwarantują w Poznaniu wsparcia przybierającego postać działania systemowego, jest podstawą do uzasadnionych przypuszczeń, że zatem skuteczne rozwiązywanie lokalnego – poznańskiego problemu alkoholowego może być utrudnione, ponieważ instytucje te nie działają w sposób zsynchronizowany, a lokalne ośrodki władzy nie spełniają efektywnie wobec nich funkcji koordynującej ich działalność w tym obszarze.

Weryfikacji podlegały także hipotezy dotyczące obrazu problemu alkoholowego, odsłaniającego się w indywidualnym doświadczeniu kobiet – mieszkanki Poznania.

Przystępując do badań, założyłam, że mimo różnych zjawisk i procesów uniwersalizacji, nadal zaznacza się pewna specyfika płciowa problemu alkoholowego, zwłaszcza dostrzegana i ujawniana w relacjach przedstawicieli instytucji badanego środowiska. Analiza wywiadów eksperckich w pełni dowiodła zasadności tej hipotezy i potwierdziła ją (szczegółowo na ten temat mowa była w podrozdziale 4.4.).

Zakładałam także, że wejście kobiet w stabilizujące je rodzinne role społeczne (głównie żony i matki) oraz funkcjonowanie w nich nie jest czynnikiem chroniącym je przed problemem alkoholowym. Dokonując syntezy

⁷⁴⁸ Taka potrzeba została również wyraźnie zasygnalizowana podczas konferencji „Pomoc profesjonalna i samopomoc w zdrowieniu z uzależnienia od alkoholu” zorganizowanej w listopadzie 2015 roku w Poznaniu.

uzyskanych wyników (dotyczących – raz jeszcze to podkreślając – tylko pewnej grupy kobiet, które weszły w skład próby badawczej) można orzec, że pełnienie roli żony i matki nie zyskało mocy czynnika chroniącego je przed uzależnieniem od alkoholu.

Przypuszczałam również, że duże znaczenie dla kobiet w procesie wychodzenia przez nie z uzależnienia od alkoholu ma wsparcie zarówno instytucjonalne, jak i najbliższego otoczenia (męża/partnera, dzieci, najbliższej rodziny, przyjaciół), a także innych niepijących alkoholików (spośród rodziny, przyjaciół, znajomych, uczestników grup terapeutycznych, anonimowych alkoholików), na początku drogi zdrowienia oraz w okresie korzystania z terapii. Hipoteza ta znalazła potwierdzenie w uzyskanych wynikach badania, w których wyraźnie wybrzmiało podkreślane przez respondentki ważne znaczenie wsparcia innych osób, potrzebnego na każdym z etapów procesu zdrowienia.

Założyłam także, że proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego kobiet posiada znaczne znamiona swojego upodmiotowienia (zindywidualizowania), różnorako prognozując. Ustanowiona zmienna zależna (czyli podejmowane próby wychodzenia z uzależnienia od alkoholu kobiet) może przyjąć postać jednej z trzech kategorii, związanej z rokowaniami efektywności. Aby uzyskać obraz procentowego udziału wszystkich respondentek w którejś z tych kategorii, analizie poddanych zostało 12 zmiennych zależnych, wybranych w oparciu o analizę literatury przedmiotu. Obraz wychodzenia z uzależnienia alkoholowego, uzyskany na podstawie obserwacji zachowań i deklaracji, daje podstawy do (ostrożnego) oszacowania efektywności tego procesu i sukcesu. Mając to na względzie, każda z wybranych zmiennych zweryfikowana została odpowiedziami na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety⁷⁴⁹, dającymi możliwość uzyskania 0, 1 lub 2 pkt (przy czym 2 pkt oznacza nasilenie cechy/zachowań podnoszące prawdopodobieństwo efektywnego wychodzenia z uzależnienia alkoholowego badanych kobiet). W efekcie każda respondentka mogła uzyskać od 0 do 24 punktów. Zastosowanie znalazła tu zatem skala interwałowa, zwana również przedziałową, która „obejmuje wszystkie znaczące relacje skali porządkowej, a ponadto określone i znaczące są odległości między jej wartościami. Można więc przy jej użyciu nie tylko odróżniać od siebie obiekty z różnych kategorii oraz porządkować je według stopnia mierzonej własności. (...) wyraża się zatem w jednostkach, jednakże dobranych w sposób dowolny, arbitralnie”⁷⁵⁰.

⁷⁴⁹ Wskaźników poszukiwano w pojedynczych pytaniach lub parach dopełniających się pytań dla uzyskania pełniejszego obrazu wyróżnionych czynników trojakiemu rodzajowi, warunkujących rokowania dotyczące pomyślnego sfinalizowania procesu wychodzenia z uzależnienia alkoholowego. Analiza odpowiedzi miała charakter częściowo ilościowy, częściowo jakościowy.

⁷⁵⁰ G. Lissowski, J. Haman, M. Jasiński, *Podstawy statystyki dla socjologów*, Warszawa 2008, s. 36.

Wyróżnione zostały trzy kategorie:

- 1) uzyskanie od 0 do 8 pkt – sytuacja respondentki słabo rokująca efektywne wychodzenie z uzależnienia alkoholowego;
- 2) uzyskanie od 9 do 16 pkt – sytuacja respondentki rokująca niejednoznacznie – warunkowo (czyli przy zaistnieniu pewnych warunków sprzyjających) efektywne wychodzenie z uzależnienia alkoholowego;
- 3) uzyskanie od 17 do 24 pkt – sytuacja respondentki rokująca pomyślne zakończenie procesu zdrowienia.

Statystyczny obraz badanej próby ułożył się następująco:

- 1) podjęte próby wychodzenia z uzależnienia od alkoholu jak na razie nie rokują pomyślnego rezultatu – 6 respondentek, tj. 11% próby badawczej;
- 2) podjęte próby wychodzenia z uzależnienia od alkoholu mogą zakończyć się pomyślnie, jeśli będą spełnione warunki sytuacyjne wspierające kobiety w ich zamiarach i staraniach – 27 respondentek, tj. 49% próby badawczej;
- 3) podjęte próby wychodzenia z uzależnienia od alkoholu rokujące pomyślne zakończenie procesu zdrowienia – 22 respondentki, tj. 40% próby badawczej.

Pewne cechy jednostkowe, związane z sytuacją życiową i bezpośrednio z istotą podjętej próby zdrowienia, jak i cechy wsparcia społecznego badanych kobiet, okazały się dominującymi w obrazie każdej z trzech wyróżnionych kategorii.

Powtarzalnymi w przypadku respondentek, co do których można mieć obawy w związku ze słabymi rokowaniami efektywnego wyjścia z uzależnienia alkoholowego, okazały się: bardzo słaba sytuacja finansowa i bardzo kiepska sytuacja zawodowa. Mniej więcej 2/3 spośród nich to osoby samotne i tyleż samo mające dzieci (przy czym te dwie cechy ich sytuacji życiowej nie pokrywały się u nich). W chwili badania 2/3 kobiet ułokowanych w tej grupie nie miało wsparcia w najbliższych osobach z otoczenia i tyle samo nie czuło się motywowanymi do pracy nad uzależnieniem przez terapeutów i/lub osoby z AA. Jeśli chodzi o gotowość do utrzymania abstynencji, to w żadnym przypadku nie osiągnęła ona przyjętej w badaniu wartości górnego pułapu. 1/3 spośród respondentek z tej grupy nie wskazała korzyści płynących z zerwania z alkoholem, a 2/3 nie wypracowało dotąd sposobu zastępowania miejsca alkoholu w swoim życiu, jak i nie potrafiło zdefiniować istoty uzależnienia od alkoholu. Co interesujące, w tej grupie znalazły się dwie respondentki deklarujące dłuższy staż abstynencji, tj. 2-5 lat oraz 5-8 lat.

Dla badanych kobiet uzależnionych od alkoholu, których sytuacja w momencie badania niejednoznacznie rokowała efektywne wychodzenie z uzależnienia alkoholowego, charakterystyczna była przede wszystkim słaba lub

niezbyt korzystna sytuacja bytowa oraz zawodowa. Około 2/3 z nich miało dzieci, zaś niemal po połowie rozłożyły się proporcje pomiędzy osobami obecnie samotnymi a pozostającymi w związku (małżeńskim lub partnerskim). W większości były to kobiety, które na początku swojej drogi zdrowienia spotykały się z niezbyt wspierającą je reakcją ich otoczenia. Również na obecnym etapie połowa z nich nie doświadczała pomocy i motywowania do trwania w postanowieniu trzeźwości przez męża/partnera i/lub dzieci. Nieco więcej spośród nich uznało, że bardzo ważne jest dla nich obecnie odczuwane wsparcie terapeutów i/lub członków ruchu AA. Połowa z kobiet sytuujących się w tej kategorii była silnie zdeterminowana do utrzymania abstynencji i potrafiła wskazać sposoby, za pomocą których zamierzała ją utrzymać, a pozostałe (poza dwiema) miały jakieś (mniej lub bardziej precyzyjne) ich wyobrażenie i plan jej utrzymania. Poza jedną respondentką, potrafiły wskazać konkretne korzyści będące efektem podjęcia abstynencji, a – poza dwiema respondentkami – pozostałe kobiety obrały sobie jakiś sposób wypełniania w swoim życiu luki, jaką pozostawiła po sobie dawna obecność alkoholu. Również w zdecydowanej większości kobiety te zinternalizowały ujęcie uzależnienia od alkoholu, z którym miały styczność podczas terapii i/lub na mityngach AA, bądź samodzielnie wypracowały jego rozumienie. Dodać można, że najliczniejszą podgrupę w tej kategorii (40%) stanowiły kobiety z najkrótszym stażem abstynencji (do 3 miesięcy).

W przypadku kobiet, których podjęte przez nie próby wychodzenia z uzależnienia od alkoholu rokowały pomyślne zakończenie procesu zdrowienia, stosunkowo często ujawnionymi zostały: pozostawanie w jakimś związku (na 22 kobiety: 18 spośród nich plus 3 będące w niepewnej sytuacji małżeńskiej związanej albo z separacją, albo z rozwodem) oraz macierzyństwo (tu: 20 na 22 respondentki). Dość liczna część spośród nich znajdowała się w korzystnej i dość korzystnej sytuacji zawodowej, jak i dość dobrej lub bardzo dobrej sytuacji finansowej. Nieco ponad 2/3 spośród kobiet, które znalazły się w tej grupie, w sytuacji gdy inni dowiadywali się, że rozpoczęły leczenie, spotkały się z podziwem, wspieraniem oraz wiarą w nie same i w to, że im się uda pokonać uzależnienie, zaś wszystkie miały w swoim otoczeniu przynajmniej jedną osobę (w tym 4/5 spośród nich więcej niż jedną), która wówczas pomogła im wytrwać. Na etapie zdrowienia, na którym zostały uchwycone w momencie badania, 20 respondentek (a więc oprócz dwóch) zadeklarowało, że w dużym stopniu najbardziej pomaga im i motywuje je do trwania w postanowieniu trzeźwości i chęci zmiany swojego życia mąż i/lub partner oraz/lub dziecko/dzieci, zaś 18 badanych kobiet tak istotne znaczenie przypisało terapeutom i/lub osobom spotykanym na mityngach AA. Charakterystyczne jest to, że każda z lokujących się w tej kategorii kobiet dostrzegała korzyści z zerwania z poprzednim „pijanym” stylem życia bądź dotyczące tylko oso-

by respondentki, bądź innych osób, bądź łącząc jedno z drugim, a także nie tylko zgłaszała gotowość do utrzymania abstynencji, ale również dzieliła się własnymi przemyśleniami co do stworzonego przez siebie planu utrzymania abstynencji (w wielu przypadkach drobiazgowego i wieloaspektowego). Wszystkie również potrafiły wskazać te elementy swojego obecnego życia, które zastępują im alkohol i sprawiają radość; dla połowy z nich były to czynności i zachowania dotyczące ich samych, a dla pozostałych – wiążące się z poświęcaniem uwagi sobie, ale też innym osobom. Także wszystkie ujawniły dość uporządkowane myślenie o uzależnieniu od alkoholu – w ogóle i w odniesieniu do siebie samej. Charakterystyczne jest tu także to, że respondentki, które zostały zakwalifikowane do tej kategorii – w porównaniu do pozostałych – udzielały najobszerniejszych odpowiedzi.

Ogólny obraz poddanej badaniu grupy kobiet uzależnionych od alkoholu jawi się dość optymistycznie. Należy jednak w tym miejscu zaznaczyć, że wychodzenie z uzależnienia alkoholowego w swojej naturze jest warunkowe, tzn. obwarowane wieloma czynnikami wzmacniającymi/ułatwiającymi oraz osłabiającymi/utrudniającymi proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego (nie tylko kobiet). Charakterystyczna jest tu zatem niepewność co do trwania – stabilności pozostawania w danej kategorii, bowiem czynniki o różnym charakterze mogą dokonać przesunięć osoby do innej kategorii.

Cel praktyczny niniejszego badania naukowego związany był z potrzebą zwrócenia uwagi na konieczność weryfikacji i – być może – optymalizacji procesu rozwiązywania problemu alkoholowego kobiet (w Polsce, nie tylko w środowisku poznańskim) oraz efektywnego wspierania tychże kobiet w procesie radzenia sobie z własnym problemem alkoholowym. O tym, jak ten proces przebiega w polskiej rzeczywistości oraz czy wymaga udoskonalenia, będzie mowa w następnym rozdziale.

ROZDZIAŁ VI

Działania wspierające kobiety w procesie wychodzenia z uzależnienia alkoholowego – realia i szanse ich optymalizowania

W ramach projektu IATPAD⁷⁵¹ (*Poprawa dostępu do leczenia dla osób z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami*) zespół badaczy dokonał diagnozy potencjalnych barier i ułatwień w dostępie do leczenia osób z problemami uzależnienia od alkoholu i narkotyków w poszczególnych krajach UE. Takiej identyfikacji czynników, które mogą być podstawą zmian ograniczających konsekwencje niedostatecznego dostępu do leczenia, dokonano także w Polsce. W efekcie analiz wskazano na istnienie trzech poziomów, na których można określić czynniki wpływające na możliwości podjęcia leczenia oraz pogłębienia wiedzy i motywacji. Były to:

- poziom strukturalny (czynniki zewnętrzne w stosunku do samego systemu leczenia, tj. legislacja, polityka wobec alkoholu, kulturowa percepcja alkoholu i leczenia uzależnień),
- poziom instytucjonalny (czynniki występujące w systemie leczenia specjalistycznego i w pojedynczych placówkach),
- poziom indywidualny (czynniki indywidualne, które mogą tkwić w pacjencie, osobach z jego otoczenia i personelu).

Na każdym z tych poziomów zidentyfikować można zarówno bariery, jak i ułatwienia dotyczące terapii uzależnienia od alkoholu. O niektórych spośród tych czynników była już mowa we wcześniejszych rozdziałach, a niniejszy stanowi dopełnienie poczynionych wcześniej refleksji.

⁷⁵¹ Ogólnym celem tego projektu (prowadzonego w latach 2006-2009) było zredukowanie kosztów społecznych i indywidualnych spowodowanych czynnikami opóźniającymi lub uniemożliwiającymi podjęcie leczenia osobom z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami. Szerszy opis tego projektu w: *Poprawa dostępu do leczenia dla osób z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami: projekt IATPAD*, tłum. M. Swadowska, Warszawa 2009.

6.1. Wsparcie społeczne w sytuacji (nie tylko kobiecego) uzależnienia alkoholowego w polskiej rzeczywistości i jego determinanty

Wobec problemów społecznych można przyjąć różnorodne postawy. Paul B. Horton i Gerald R. Leslie wyróżnili następujące: indyferentną, fatalistyczną, cyniczną, religijną, sentymentalną oraz naukową⁷⁵², do których Janusz Sztumski dodał jeszcze: konformistyczną, oportunistyczną i heroiczną⁷⁵³. Czym charakteryzuje się każda z nich? Postawę indyferentną cechuje brak zainteresowania, obojętność wobec wszelkich poważniejszych problemów, w tym problemów społecznych. Postawa fatalistyczna wiąże się z przekonaniem o nieuchronności zjawisk powodowanych ponadnaturalnymi siłami i ustalonym przez owe siły porządkiem, a przeświadczenie o tej nieuchronności rodzi niewiarę w skuteczność jakichkolwiek działań jednostkowych czy zbiorowych w celu eliminacji tych niepożądanych zjawisk społecznych. Postawa cyniczna budowana jest na stanowisku, że wszyscy ludzie kierują się tylko własnym interesem oraz mniej lub bardziej niskimi motywami. W postawie religijnej charakterystyczna jest wiara w istnienie sił nadprzyrodzonych, sprawujących władzę nad całą rzeczywistością, ale w przeciwieństwie do nieco podobnej jej postawy fatalistycznej łączy się z pewną aktywnością jednostek i grup wobec owych sił nadprzyrodzonych, które mogą zmieniać ustalony przez siebie porządek i bieg wszelkich procesów społecznych. Postawa sentymentalna wyraża się w żarliwym i pełnym współczucia zaangażowaniu (charakterystycznym dla utopistów, moralizatorów itp.), ograniczającym się zazwyczaj do zwalczania objawów, a nie przyczyn niedomagań społecznych. W postawie konformistycznej brak jest wyrażania własnego zdania, ujawniania prawdziwego stosunku do zjawisk, a prezentowany punkt widzenia jest zgodny bądź ze stanowiskiem większości, bądź ze stanowiskiem ludzi sprawujących władzę. Postawa oportunistyczna zbudowana jest na bierności wobec wszelkich problemów społecznych oraz skłonności do wykorzystania powstałej w związku z nimi sytuacji dla uzyskania maksymalnych korzyści dla siebie. Inny typ stanowi postawa heroiczna, która wyraża się w gotowości do podejmowania działań nakierowanych na rozwiązywanie problemów społecznych, wyzwolonej w wyniku silnego zaangażowania emocjonalnego i intelektualnego po stronie tych wartości, które zostały zagrożone w związku z pojawieniem się danego problemu, bez względu na opłacalność zaangażowania w takie działania czy towarzyszące temu potencjalne niebezpieczeństwo.

⁷⁵² Wyróżnienie i opis w oparciu o: P.B. Horton, G.R. Leslie, *The Sociology...*, op. cit., s. 13-15; opis poniżej na podstawie: J. Sztumski, *Problem społeczny jako...*, op. cit., s. 221-223.

⁷⁵³ Opis poniżej w oparciu o: J. Sztumski, *Problem społeczny jako...*, op. cit., s. 221-223.

Żadna z tych postaw nie jest wskazaną, jeśli zamierza się rzetelnie badać zjawiska społeczne i projektować działania zaradcze. Postawa naukowa winna cechować się obiektywizmem, nastawieniem wolnym od uprzedzeń, nadmiernej żarliwości i sentymentów oraz dystansem wobec przedmiotu badań.

Optymistyczniejszy punkt widzenia przedstawili Kazimierz W. Frieske i Paweł Poławski, zdaniem których zjawiska zidentyfikowane jako problemowe rzeczywiście skłaniają ludzi do podejmowania rozmaitych działań zmierzających do zmiany tego stanu rzeczy: rozwiązania tychże problemów, ograniczenia ich rozmiarów albo częstotliwości występowania lub przynajmniej osłabienia ich dolegliwości, mając charakter świadomie podejmowanej i skoncentrowanej na osiągnięciu ustalonych celów ingerencji w realia życia zbiorowego⁷⁵⁴. Działania te, stanowiące reakcję na problemy społeczne i mające na celu zmianę sytuacji rozpoznanych jako problemowe, nazywane są ogólnie interwencjami społecznymi, a wśród nich kilka stale powtarzających się schematów, podejmowanych systematycznie, w dłuższych okresach i zbliżonych do siebie ze względu na podobne uzasadnienia – bezpośrednimi i pośrednimi⁷⁵⁵ strategiami rozwiązywania problemów społecznych⁷⁵⁶.

W społeczno-kulturowej historii alkoholu i alkoholizmu w Polsce zdarzały się długie okresy, w których (mniej lub bardziej) skutecznie ograniczono rozmiary problemów alkoholowych, jak i okresy zaniku wszelkich form ich kontroli, co prowadziło zwykle do wzrostu konsumpcji alkoholu wraz z wszelkimi negatywnymi konsekwencjami tego zjawiska⁷⁵⁷. Jacek Moskalewicz, na podstawie przeprowadzonej analizy kilku prac opublikowanych w powojennej Polsce, wysnuł wnioski, że ich autorzy upatrywali niedostatków w prowadzonej w tym przedmiocie polityce w okresie powojennym w następujących elementach: w braku polityki wobec alkoholu jako spójnej koncepcji działania, w akcyjnym (a nie długofalowym i konsekwentnym) charakterze podejmowanych działań, w niedoskonałości rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych, w łamaniu istniejących przepisów i ograniczeń oraz w niekompetencji lub złej woli decydentów odpowiedzialnych za sytuację alkoholową w Polsce⁷⁵⁸.

Analiza zmian na poziomie legislacji i działań pomocowych w obrębie leczenia uzależnienia od alkoholu na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci w Polsce pokazuje ewolucję podejścia do uzależnienia od alkoholu, pacjenta oraz oferowanych mu świadczeń, począwszy od wprowadzenia do ustawodawstwa w latach 50. XX wieku koncepcji alkoholizmu jako choroby, modyfikują-

⁷⁵⁴ K.W. Frieske, P. Poławski, *Opieka i kontrola...*, op. cit., s. 13, 14.

⁷⁵⁵ Ich opis: ibidem, s. 15-39.

⁷⁵⁶ Ibidem, s. 14, 15.

⁷⁵⁷ J. Moskalewicz, *Polityka społeczna wobec alkoholu...*, op. cit., s. 31.

⁷⁵⁸ Ibidem, s. 22.

cej tym samym spojrzenie zarówno na ten problem, na osoby nim dotknięte, jak i na sposób i standardy pomagania im⁷⁵⁹. Jak już wcześniej sygnalizowano, przełomową była wielokrotnie już przywoływana *Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, a „kolejne rozporządzenia do ustawy tworzyły warunki do zwiększenia dostępności leczenia, rozwoju bogatszej oferty leczniczej, lepszego przygotowania profesjonalnego kadry oraz poprawy jakości oferowanych usług. Szczegółowo uregulowano w nich strukturę zakładów lecznictwa odwykowego i przypisane im obowiązki. Wprowadzone zapisy oznaczały jednocześnie początek procesu wyrównywania standardów i jakości leczenia w poszczególnych zakładach lecznictwa odwykowego”⁷⁶⁰. Zatem na przestrzeni ostatnich dwóch-trzech dekad uzależnienie od alkoholu traktowane jest w Polsce jako choroba biopsychospołeczna, a oferowana terapia jest kompatybilna z tym stanowiskiem.

Obecny kształt systemu lecznictwa odwykowego w Polsce został szerzej omówiony w podrozdziale 2.3. (Państwo i jego instytucje wobec kobiecego problemu alkoholowego). Dodać można w tym miejscu, że: „Polski model rozwiązywania problemów alkoholowych zakłada, iż większość kompetencji i środków finansowych jest zlokalizowanych na poziomie samorządów gmin, które na mocy *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* są podmiotem właściwym do rozwiązywania problemów alkoholowych w swoich społecznościach lokalnych. Zgodnie z *Ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* wszystkie gminy w Polsce mają obowiązek prowadzić własną, wyznaczoną lokalnymi potrzebami i zasobami, politykę wobec alkoholu. (...) Ustawodawca powierzył gminom do realizacji konkretne zadania obejmujące: zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu; udzielanie pomocy rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, zwłaszcza ochrona takich rodzin przed przemocą; prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, skierowanej w szczególności do dzieci i młodzieży; wspomaganie działalności podmiotów – stowarzyszeń, instytucji i osób fizycznych, które na terenie gminy zajmują się problematyką alkoholową; podejmowanie interwencji w związku z naruszaniem zakazu reklamy i sprzedaży alkoholu nieletnim i nietrzeźwym, występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego (...). Kluczowym aktem prawnym, na podstawie którego prowadzona jest realizacja ww. zadań własnych, jest

⁷⁵⁹ Takiego przeglądu aktów prawnych obowiązujących w latach 1982-2005 oraz wynikających z nich przyjętych rozwiązań, z uwzględnieniem kontekstu społecznego i historycznego zachodzących zmian, dokonały E. Miturska i K. Dąbrowska, patrz. E. Miturska, K. Dąbrowska, *Lecznictwo uzależnienia w Polsce...*, op. cit.

⁷⁶⁰ Ibidem, s. 381-382.

gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalany corocznie przez radę gminy. Po raz pierwszy katalog konkretnych zadań do realizacji w gminach pojawił się w Ustawie we wrześniu 1996 roku i od roku 1997 stał się obligatoryjną zawartością gminnego programu⁷⁶¹. Niestety, te ambitnie zarysowane założenia zderzają się z rzeczywistością. Najczęściej sygnalizowane zagrożenia i trudności dotyczące systemu rozwiązywania problemów alkoholowych w (niektórych) gminach to: zbyt mała świadomość radnych w zakresie problematyki alkoholowej (zdarzają się sytuacje, gdy programy, dobrze przygotowane przez pełnomocników i gminne komisje, są w niekorzystny sposób zmieniane na sesji rady gminy, od której zależy ostateczny kształt gminnych programów); niestabilne podstawy prawne; zbyt częste zmiany personalne wśród osób bezpośrednio odpowiedzialnych za realizację gminnych programów, podyktowane w dużej mierze zmianami sił politycznych w samorządach; brak dostatecznej liczby placówek odwykowych; brak rozwiniętej oferty programowej (prowadzenie wyłącznie podstawowego programu psychoterapii uzależnienia; zmniejszenie nakładów finansowych skutkujące ubożeniem oferty terapeutycznej i minimalizowaniem etatyzacji, a w niektórych przypadkach grożące nawet likwidacją placówek); tworzone prywatne placówki oferujące usługi poniżej standardu; brak stabilności funkcjonowania świetlic dla dzieci z problemem alkoholowym; podejmowanie działań pomocowych jedynie wobec dziecka, w oderwaniu od jego rodziny, gdy tymczasem skuteczna pomoc jest możliwa tylko w sytuacji podjęcia interwencji także wobec rodziców dziecka, co wymaga współpracy różnych służb na poziomie lokalnym (świetlic socjoterapeutycznych, placówek leczenia odwykowego, ośrodków pomocy społecznej, pedagogów szkolnych, policji itp.) oraz tworzenia lokalnych zespołów interdyscyplinarnych pomagających dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym; brak wdrażanych na masową skalę programów profilaktycznych dla młodzieży ze szkół ponadpodstawowych oraz młodych dorosłych (np. studentów), a także programów interwencyjnych dla upijającej się młodzieży⁷⁶².

W Polsce, w obszarze terapii uzależnienia od alkoholu, szczególnie popularną jest strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia, nazywana również integracyjną psychoterapią uzależnień, stworzona wiele lat temu przez zespół pracowników i współpracowników Instytutu Psychologii Zdrowia i Trzeźwości pod kierunkiem Jerzego Mellibrudy⁷⁶³. Jak on sam podkreśla: „Ze względu na rozległość i złożoność problemów osoby uzależnionej system udzielania jej pomocy musi obejmować wiele elementów. Związane jest to

⁷⁶¹ http://parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=158&Itemid=16 (dostęp: 25.03.2014).

⁷⁶² Ibidem.

⁷⁶³ J. Mellibruda, *Strategiczno-strukturalna psychoterapia...*, op. cit., s. 307.

z dążeniem do osiągnięcia kilku różnych celów praktycznych. Należą do nich: zwiększenie zdolności do trwałego utrzymywania abstynencji, zwiększenie zdolności do rozwiązywania problemów osobistych, zwiększenie zdolności do prowadzenia zdrowego i konstruktywnego sposobu życia oraz usuwanie zaburzeń somatycznych i psychicznych. Stosownie do tych różnych celów możemy wyróżnić odmienne formy pomagania osobie uzależnionej. Należą do nich przede wszystkim: diagnozowanie i leczenie zaburzeń somatycznych i psychicznych, psychoterapia uzależnienia, praca informacyjno-edukacyjna z rodziną, programy i środowiska samopomocowe, konsultacje i poradnictwo przygotowujące do terapii, wsparcie socjalno-bytowe, interwencje społeczno-instytucjonalne. Tak więc psychoterapia uzależnienia stanowi tylko jeden z elementów całego systemu pomocy. Posiada jednak kluczowe znaczenie⁷⁶⁴. Zadania terapeutyczne określane są tu adekwatnie do podstawowych etapów i tematów pracy psychoterapeutycznej. Należą do nich: etap rozpoczynania procesu zdrowienia (nawiązanie wstępnego kontaktu, rozpoznanie problemów życiowych i ich związku z piciem, wzbudzenie motywacji do zmiany i leczenia); etap pracy nad uznaniem własnego uzależnienia i powstrzymaniem się od picia (zrozumienie uzależnienia i zasad terapii, rozpoznanie własnego uzależnienia i bezsilności wobec alkoholu, wspieranie wczesnej abstynencji, zmiana tożsamości alkoholowej pacjenta); etap pracy nad rozbijaniem mechanizmów uzależnienia (nałogowej regulacji emocji, iluzji i zaprzeczania oraz rozpraszenia i rozdawiania „ja”) oraz zapobieganiem nawrotom; etap pracy nad zmianą zachowań i sytuacji społecznych pacjenta (wycofywanie się z sytuacji wysokiego ryzyka, naprawianie szkód spowodowanych przez picie, uczenie się umiejętności zapobiegania nawrotom); etap pracy nad rozwiązywaniem problemów osobistych (rozwijanie umiejętności intrapersonalnych, interpersonalnych i zadaniowych; naprawianie szkód spowodowanych przez picie, zmiana tendencji autodestrukcyjnych, zmiana destrukcyjnych form relacji z otoczeniem, budowanie pozytywnej wizji własnej osoby i życia)⁷⁶⁵.

Mocną stroną polskiego leczenia uzależnień są z pewnością spójne założenia zarysowanego powyżej modelu psychoterapii uzależnienia od alkoholu opartego na podejściu strategiczno-strukturalnym i wypracowana praktyka oddziaływań terapeutycznych, wraz ze wzrostem ich profesjonalizacji. Jednak w miarę poprawy jakości ujednoczonych dla wszystkich oddziaływań terapeutycznych wzrasta potrzeba ich dywersyfikacji⁷⁶⁶. Jak zauważa Tomasz Głowik (z całym szacunkiem dla twórców tej koncepcji, doceniając jej

⁷⁶⁴ Ibidem, s. 307-308.

⁷⁶⁵ Ibidem, s. 309-310.

⁷⁶⁶ J. Mikuła, *Wyzwania stojące przed leczeniem odwykowym okiem praktyka*, „Świat Problemów” 2012, nr 11, s. 10.

wartość): „(...) w imię dobra pacjenta i zwiększenia skuteczności terapii wobec całej różnorodności grupy pacjentów nie można przyjąć tylko i wyłącznie jednego modelu terapii uzależnień. Koncepcja strategiczno-strukturalna jest bardzo cennym wkładem w kształtowanie myślenia o uzależnieniach i cenną propozycją pracy terapeutycznej. Zawiera jednak wiele elementów, które w pracy terapeutycznej stwarzają szereg trudności, ponieważ: 1. bardzo mocno koncentruje się na problemie, a nie na osobie; 2. jest dyrektywna w swojej strukturze i strategii pracy z pacjentem w takim znaczeniu, że nie pozostawia mu wyboru co do celu terapii; 3. patologizuje wiele zjawisk w terapii, np. brak motywacji czy też opór; 4. nie interesuje się zasobami pacjenta, który ten wnosi do terapii; 5. budzi nieufność pacjenta do samego siebie; 6. stawia terapeutę w roli eksperta, którego zadaniem jest «wyleczyć» pacjenta. (...) Potrzeba nam większej otwartości i uznania dla innych koncepcji pracy terapeutycznej”⁷⁶⁷.

Podobnie, zachęcając do refleksji, wypowiadał się Bogusław Habrat, zauważając, że mimo postępów wiedzy medycznej efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest ciągle niezadowolająca, a jako najważniejsze przyczyny jej niewielkiej efektywności wskazał małą atrakcyjność całkowitej, długotrwałej abstynencji jako celu leczenia (zdecydowana większość ośrodków i terapeutów oferuje tylko tę opcję), jak i ograniczone możliwości jej osiągnięcia (nawet pacjenci z dużą inicjalną motywacją wewnętrzną lub motywacją zmienioną z zewnętrznej na wewnętrzną często nie mogą osiągnąć tak zakładanego celu, co skutkuje ich obniżoną samooceną i zniechęceniem oraz frustracją ich i terapeutów)⁷⁶⁸. Z doświadczenia terapeutów wynika, że brak akceptacji dla faktu bezpowrotnej utraty kontroli nad piciem często bywa przyczyną niepowodzeń w terapii, w tym powrotów do destrukcyjnego picia⁷⁶⁹, dlatego dla tej grupy pacjentów alternatywą mogłyby być programy ograniczania picia alkoholu, których podstawową przesłanką jest założenie, że pacjenci, którym oferuje się możliwość wyboru celu terapii, mają większe szanse na sukces terapeutyczny⁷⁷⁰. Jeśli w trakcie trwania programu ograniczania picia⁷⁷¹ pacjent nie byłby w stanie realizować zakładanego pla-

⁷⁶⁷ T. Głowik, *Pacjenci mają różny numer butów, czyli o pułapkach integracyjnej terapii uzależnień (Podejście strategiczno-strukturalne)*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 3, s. 13.

⁷⁶⁸ B. Habrat, *Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2013, nr 1, s. 29. Potwierdza to J. Fudała, w: J. Fudała, *Efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2007, nr 4, s. 25.

⁷⁶⁹ P. Szczukiewicz, *Abstynencja i picie kontrolowane jako cel terapii*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2014 nr 1-2, s. 12.

⁷⁷⁰ *Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 5, s. 32.

⁷⁷¹ Program ten stanowią oddziaływania indywidualne i/lub grupowe nakierowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnego z ustalonym wspólnie z terapeutą planem picia, zawierającym zestaw zasad dotyczących używania alkoholu (ilość, częstość, kontekst, czas i miejsce) – za: ibidem.

nu picia, bądź sam zdecydowałby się na abstynencję, zostałby mu zaproponowany udział w terapii ukierunkowanej na abstynencję⁷⁷². Jeśli natomiast pacjent nie zostałby zakwalifikowany do programu ograniczania picia, mógłby zostać skierowany do programu ukierunkowanego na abstynencję bądź programu redukcji szkód⁷⁷³. Programy nakierowane na redukcję szkód obejmują całokształt działań mających na celu ograniczenie szerokiego spektrum negatywnych konsekwencji związanych z przyjmowaniem substancji przez osoby uzależnione i nieuzależnione (np. z otoczenia osoby uzależnionej)⁷⁷⁴ i mogą być pomocne w przypadku: osób wielokrotnie nieskutecznie leczonych w programach nastawionych na abstynencję, osób niekwalifikujących się do dominujących w leczeniu uzależnień programów behawioralno-poznawczych (np. mających uszkodzenia organiczne mózgu, upośledzonych umysłowo) oraz osób mających zbyt małe zasoby osobiste i społeczne, aby utrzymać abstynencję⁷⁷⁵. Wskazane tu propozycje stanowiłyby odpowiedź na zapotrzebowanie i wymogi zróżnicowanej oferty pomagania związane z różnorodnością zaburzeń wynikających ze spożywania alkoholu⁷⁷⁶ oraz niejednorodnością pacjentów wymagającą poszerzenia dla nich oferty. Takie próby są już podejmowane w Polsce, choć w wielu zespołach terapeutów uzależnień budzą liczne wątpliwości, w tym etyczne⁷⁷⁷.

W efekcie opisanej wyżej integracyjnej psychoterapii uzależnienia zaczynają (jeszcze nieśmiało) współtowarzyszyć w polskiej rzeczywistości inne nurty terapeutyczne⁷⁷⁸ i choć wymagają one (zarówno te, które są już praktykowane,

⁷⁷² Ibidem, s. 34.

Jak jednak pokazują wyniki badania „Nowe cele terapeutyczne w polskim lecznictwie uzależnień”, diagnozującego poziom akceptacji dla idei ograniczania picia jako celu terapii w placówkach ambulatoryjnych (dane ilościowe zbierano na przełomie 2014 i 2015 roku, uzyskując informacje z 246 placówek ambulatoryjnych zajmujących się leczeniem uzależnienia od alkoholu), co dziewięć badany terapeuta zdecydowanie odrzucił ten cel w przypadku osób nadużywających alkoholu, a co trzeci – w przypadku osób uzależnionych od niego, zyskując nieco wyższą akceptację, gdyby wykorzystano tę strategię jako cel pośredni na drodze do abstynencji oraz w sytuacji, gdyby beneficjentami były osoby nadużywające, a nie uzależnione od alkoholu – zatem poziom akceptacji tej idei jest niski. Więcej o tym badaniu w: J. Klingemann, *Poziom akceptacji dla idei ograniczania picia jako celu terapii w polskich placówkach ambulatoryjnych*, „Świat Problemów” 2016, nr 7.

⁷⁷³ *Zalecenia do tworzenia i realizowania...*, op. cit., s. 33.

⁷⁷⁴ J. Fudała, *Redukcja szkód jako cel leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Świat Problemów” 2014, nr 4, s. 9.

⁷⁷⁵ *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2014 roku*, Warszawa 2013, s. 11.

⁷⁷⁶ J. Fudała, *Redukcja szkód jako cel...*, op. cit., s. 14.

⁷⁷⁷ Więcej na ten temat patrz. P. Szczukiewicz, *Abstynencja i picie...*, op. cit.; J. Fudała, *Redukcja szkód jako...*, op. cit.; J. Klingemann, *Poziom akceptacji dla idei...*, op. cit.

⁷⁷⁸ Prezentację różnych nurtów terapeutycznych w obrębie terapii uzależnień proponuje np. R. Modrzyński, *Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2012, nr 4.

np. w innych krajach, jak i te, które dopiero są w „fazie prób i błędów”) szerokiej konsultacji i przedyskutowania towarzyszących jej wątpliwych kwestii, to jednocześnie takie rozszerzenie „zwiększa dostępność, atrakcyjność i zróżnicowanie oferty terapeutycznej oraz wychodzi naprzeciw coraz silniej akcentowanej konieczności indywidualizacji terapii, dostosowując ją zarówno do charakterystyki klinicznej, jak i potrzeb oraz możliwości pacjenta”⁷⁷⁹.

Za słabość leczenia odwykowego (nie tylko polskiego) uważana jest koncentracja na terapii uzależnienia, zamiast na terapii osoby uzależnionej od alkoholu. „Terapia uzależnienia powinna być jednym z elementów całości usług terapeutycznych dla osoby uzależnionej. (...) Zatrzymanie i rozbrojenie mechanizmów choroby alkoholowej u wielu osób dopiero odsłania ogromną ilość problemów psychologicznych”⁷⁸⁰. Rozwiązaniem byłoby zatrudnianie w poradniach leczenia uzależnień psychoterapeutów, ale dzieje się tak tylko w części z nich i niekiedy w wymiarze czasowym nieadekwatnym do potrzeb.

Dotychczas również nie udało się w Polsce skonstruować i wdrożyć formalnych algorytmów precyzujących konkretne cele terapeutyczne oraz drogi ich osiągnięcia⁷⁸¹ (choć być może takie prace są już w toku).

W Polsce obserwowana jest także swoista luka w ofercie pomocowej dla osób „za mało uzależnionych”, tzn. cechujących się ryzykownym i szkodliwym spożywaniem alkoholu, bez objawów uzależnienia⁷⁸², czy dla osób „za bardzo w rolach społecznych”, aby trafić do ośrodków stacjonarnych⁷⁸³.

Być może modyfikacja kryteriów diagnostycznych rozpoznawania zaburzeń używania alkoholu, zawarta w DSM-5 i ICD-11, stanie się realną odpowiedzią na potrzeby „specjalistów prowadzących terapię osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin, dając formalne przyzwolenie na jakościowe rozpoznawanie zaburzeń wynikających z używania alkoholu. Stwarza to możliwości wprowadzenia innych, niż klasyczne, strategii terapeutycznych i farmakologicznych w pracy z tymi osobami. Wprowadzenie zmian w klasyfikacjach jest też odpowiedzią na zmieniające się trendy w świadomości społecznej dotyczące profilaktyki i prewencji w tej grupie zaburzeń, a wynikające z doświadczeń klinicznych i aktualnej wiedzy”⁷⁸⁴.

⁷⁷⁹ B. Habrat, *Poszerzenie celów i strategii...*, op. cit., s. 34.

⁷⁸⁰ Na te zależności zwrócił uwagę np. J. Mellibruda, w: *O programach intensywnej terapii, „Alkoholizm i Narkomania”* 1992, nr 2, s. 30.

⁷⁸¹ Za: A. Jakubczyk, M. Wojnar, *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*, „*Psychiatria Polska*” 2012, t. XLVI, nr 3, s. 380.

⁷⁸² J. Miłkuła, *Wyzwania stojące przed leczeniem...*, op. cit., s. 10-12.

⁷⁸³ P.Y. Bakula, *Dziecko, adolescent i młody dorosły w systemie pomocy terapeutycznej*, „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*” 2014, nr 3, s. 32.

⁷⁸⁴ A. Smochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Smochowiec, *Zaburzenia używania alkoholu...*, op. cit., s. 58.

Problematyką kwestią jest także rzetelna ocena efektywności instytucjonalnych oddziaływań terapeutycznych⁷⁸⁵. Badania skuteczności powinny się odbyć 1,5-2 lata po zakończeniu leczenia⁷⁸⁶, tymczasem stosunkowo rzadko placówki leczenia uzależnień prowadzą badania katamnesticzne, nie mówiąc już o szeroko zakrojonych, poprawnych metodologicznie badaniach efektywności programów i metod leczenia⁷⁸⁷, zwłaszcza że pacjenci z chwilą zakończenia leczenia w danej placówce w dużej mierze znikają z jej pola widzenia.

Podkreśla się, jak ważne jest kontynuowanie środowiskowych oddziaływań nastawionych na zaspokajanie potrzeb alkoholików o stabilnej abstynencji, zwłaszcza że większość z nich wymaga wspierania do końca życia. Częściowo rolę taką pełnią grupy AA, ale należy pamiętać, że nie dla wszystkich są one dostępne (ze względu na ich terytorialne usytuowanie) i że nie wszyscy (z różnych powodów) chcą do nich dołączyć. Jak zauważa Jacek Kasprzak: „pacjenci pozostawieni sami sobie w okresie adaptacji do życia bez alkoholu utrwalają mało efektywne sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Ma to ogromne znaczenie dla budowania obrazu siebie i świata, rozumienia ról i relacji. (...) Oferta odwykowa jest już dla tych osób niewystarczająca: obok pracy nad wadliwymi sposobami przystosowania i «nałogowością» konieczne jest zajęcie się głębokimi problemami osobistymi, które spełniają rolę «kotwicy» hamującej zmianę”⁷⁸⁸. Za Antonim Pawłowskim można zapytać o ofertę w Polsce dla trzeźwiejących alkoholików, odkrywających nowe problemy, jak i pacjentów, którzy po latach dość stabilnego życia zatrzymują się, nie mogąc znaleźć rozwiązania swoich problemów⁷⁸⁹. Niektórzy z nich potrzebują odświeżenia wiedzy i wzmocnienia umiejętności radzenia sobie z nawrotami choroby, zaś profesjonalna pomoc jest potrzebna pacjentom także wtedy, kiedy znajdują się w kryzysie, czują się zagubieni, stoją na jakimś rozdrożu i poszukują drogowskazu – to spostrzeżenie Anny Dodziuk⁷⁹⁰. Część z pacjentów, wiedziona takimi potrzebami, poszukuje konsultacji u swoich dawnych psychoterapeutów uzależnień, uzyskując wzmocnienie jednorazowo lub cyklicznie.

⁷⁸⁵ O problemach i dylematach związanych z badaniami nad skutecznością terapii patrz. np. J. Chodkiewicz, *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*, Łódź 2012, s. 32-34.

⁷⁸⁶ Dyspozycja z: M.B. Sobell, S. Brochu, L.C. Sobell, J. Roy, J.A. Stevens, *Alcohol Treatment Outcome Evaluation Methodology – State of the Art 1980-1984*, „Addictive Behaviours” 1987, nr 12; za: P.M. Monti, D.B. Abrams, R.M. Kadden, N.L. Cooney, *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu. Przewodnik do treningu konstruktywnych zachowań*, tłum. K. Skrzypek, Warszawa 1994, s. 245.

⁷⁸⁷ J. Fudała, *Efektywność leczenia osób...*, op. cit., s. 25.

⁷⁸⁸ *Jakiej pomocy potrzebują alkoholicy o stabilnej abstynencji?*, „Świat Problemów” 2001, nr 11.

⁷⁸⁹ *Ibidem*.

⁷⁹⁰ *Ibidem*.

Dodatkowo, jak zostało zaakcentowane w „Rekomendacjach do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2014 roku”, sformułowanych przez PARPA, poziom finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu nie zawsze zabezpieczał realny popytu na te świadczenia, co mogło skutkować: ograniczeniem dostępności świadczeń (długi okres oczekiwania na wizytę w poradni lub na miejsce na oddziale, krótki czas pracy poradni, mała intensywność świadczeń psychoterapeutycznych), zmniejszonym zatrudnieniem specjalistów, ograniczeniem kompleksowości opieki terapeutycznej (realizacja głównie podstawowego programu terapii uzależnienia od alkoholu i brak, albo zaledwie fragmenty, terapii ponadpodstawowej czy pogłębionej) oraz niższą jakością leczenia (poradnictwo zamiast programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu, brak indywidualizacji ofert terapeutycznych, w kadrze niewiele lub brak osób posiadających certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień)⁷⁹¹.

Zasygnalizowane tu polskie realia wsparcia społecznego w sytuacji uzależnienia od alkoholu dotyczą pacjentów obu płci. Identyczne też dla obu płci – jak zauważa wielu praktyków aktywnych zawodowo w obszarze terapii uzależnienia od alkoholu – są zarówno podstawowe objawy uzależnienia od alkoholu, jak i mechanizmy obronne. Różnice zaczynają się kontrastować dopiero na etapie zdrowienia i konieczności uporządkowania niektórych dziedzin życia oraz rozwiązania niekiedy odmiennych dla obu płci problemów⁷⁹².

Z analizy odpowiedzi uzależnionych od alkoholu respondentów obu płci podejmujących terapię, uzyskanych w ogólnopolskim badaniu przeprowadzonym w 2004 roku przez Instytut Psychologii Zdrowia, wynika, że kobiety wykazywały więcej niż mężczyźni zaangażowania i własnej woli w podjęcie leczenia⁷⁹³. Na podstawie uzyskanych wówczas wyników „można dojść również do wniosku, że inne czynniki motywują lub zniechęcają kobiety i mężczyzn do poszukiwania pomocy w walce z uzależnieniem. Im większe problemy rodzinne i finansowe sygnalizowały kobiety, tym mniejsze było ich osobiste zaangażowanie w poszukiwanie pomocy, a wzrastało znaczenie zewnętrznych czynników nacisku na podjęcie leczenia. Inne zależności zaobserwowano u mężczyzn: im silniejsze było natężenie problemów związanych z pracą zawodową, tym aktywniej mężczyźni sami poszukiwali pomocy. Własnemu zaangażowaniu

⁷⁹¹ *Rekomendacje do realizowania...*, op. cit., s. 6.

⁷⁹² Za: A.M. Nowakowska, *Zależnie od płci*, „Świat Problemów” 1997, nr 3, s. 23.

⁷⁹³ Okoliczności podjęcia terapii przez badane kobiety rozłożyły się następująco: 61% szukało pomocy osobiście, 20% zostało skierowanych do placówki (i zaakceptowały możliwość terapii), 8% kobiet zostało nakłonionych do leczenia przez otoczenie (wahających się co do podjęcia tego kroku), a 10% kobiet zostało zobowiązanych do leczenia nakazem sądowym – A. Riali, *Zaburzenia zdrowia psychicznego...*, op. cit., s. 19.

mężczyzn w podjęcie leczenia nie sprzyjał natomiast fakt zamieszkania z osobą nadużywającą alkoholu: ci pacjenci rozpoczęli terapię bardziej pod presją otoczenia niż z własnej woli, a ich zaangażowanie w poszukiwanie pomocy było mniejsze niż w grupie mężczyzn, w najbliższym otoczeniu których nie było alkoholika. Zależności takiej nie stwierdzono w grupie kobiet, przy czym kobiety nieco częściej odpowiadały, że mieszkają z osobą nadużywającą alkoholu. Jak się wydaje, na okoliczności podjęcia terapii przez pacjentki wpływ mają także doświadczenia z chorobą alkoholową w rodzinie pochodzenia. Kobiety uzależnione, które wychowywały się w rodzinach alkoholowych, rzadziej odpowiadały, że same poszukiwały pomocy, niż te, w rodzinach których nie było problemu uzależnienia (52,5% wobec 37,8%). W grupie mężczyzn sytuacja jest odwrotna⁷⁹⁴. Poza tym okoliczności podjęcia terapii miały znaczenie dla jej przebiegu u kobiet: im aktywniej kobiety poszukiwały terapii, tym częściej korzystały z grup wsparcia, podczas gdy takiej zależności nie stwierdzono u mężczyzn⁷⁹⁵. Podobnie korzystnie na stan zdrowia psychicznego kobiet wpływało uczestnictwo w grupach samopomocowych: te spośród nich, które brały udział w mityngach AA, miały niższe wyniki w testach mierzących nasilenie depresji, lęku (jako stanu i jako cechy) oraz gniewu (jako stanu), przy czym różnice te były istotne statystycznie, podczas gdy w grupie mężczyzn nie znaleziono takich różnic⁷⁹⁶. Kwestie te są bardzo ważne, ponieważ motywacja do leczenia uważana jest za jeden z najistotniejszych elementów podjęcia i kontynuowania terapii.

Istnieje wiele mitów, uprzedzeń i stereotypów (tak społecznych, jak i indywidualnych) dotyczących uzależnienia kobiet i ich terapii, które stają się ograniczeniami w ich zdrowieniu. Można powiedzieć, że podejmujące terapię kobiety uzależnione od alkoholu są „zakładniczkami cudzych i własnych przekonań”⁷⁹⁷.

Jedną z takich barier jest społeczne negatywne nastawienie do pijących kobiet, które w powszechnym odbiorze popełniają większe wykroczenie wobec moralności niż pijący mężczyźni, co powoduje, że kobiety te czują się wyraźnie gorszymi⁷⁹⁸ (uważając, że przyznanie się do problemu alkoholowego będzie świadectwem ich niepowodzenia w roli matki, żony i/lub partnerki seksualnej⁷⁹⁹). Podjęcie leczenia to dla wielu uzależnionych kobiet perspektywa konfrontacji na trzeźwo z ich zachowaniami, które w naszej kulturze ska-

⁷⁹⁴ Ibidem, s. 19-20.

⁷⁹⁵ Ibidem, s. 20.

⁷⁹⁶ Ibidem, s. 20.

⁷⁹⁷ Za: A.M. Nowakowska, *Zależnie od...*, op. cit., s. 23.

⁷⁹⁸ K. Gąsior, *Typy alkoholizmu u kobiet...*, op. cit., s. 67.

⁷⁹⁹ O tych i innych indywidualnych kosztach leczenia podejmowanego przez kobiety uzależnione od alkoholu w: L.J. Beckman, H. Amaro, *Personal and Social Difficulties Faced by Women and Men Entering Alcoholism Treatment*, „Journal of Studies on Alcohol” 1986, nr 47(2), s. 135-145.

zują je na społeczną śmierć⁸⁰⁰. Często same myślą o sobie z potępieniem, przypisując takie też intencje innym⁸⁰¹. Noszą więc w sobie mocniejszy i znacznie bardziej paraliżujący wstyd oraz silniejsze poczucie winy niż mężczyźni alkoholicy⁸⁰² oraz dotkliwiej odczuwają piętno, jakim społeczeństwo je obciąża⁸⁰³. Obawy przed wzmacnianiem tego poczucia oraz przed stygmatyzacją, odrzuceniem i napiętnowaniem⁸⁰⁴ mogą być silną barierą dla skutecznej terapii uzależnionych kobiet. Ujawniają one również obawy przed przyjęciem przez otoczenie ich decyzji o leczeniu⁸⁰⁵, a obserwacje wskazują, że istotnie sprzeciw członków rodziny wobec terapii i w konsekwencji rozpad więzi rodzinnych to część kosztów, jakie wiele kobiet musiało (musi?) ponieść w związku z podjęciem terapii⁸⁰⁶. Wielu toleruje pijanych mężczyzn, natomiast z niesmakiem i oburzeniem komentuje zachowania kobiet w takim stanie. „Mężczyznom więcej się wybacza, alkoholizm kobiecy to stygmat”⁸⁰⁷. Poza tym alkoholik nie myśli: „przestałem być mężczyzną”, podczas gdy u alkoholiczek stale powraca myślenie: „przestałam być kobietą”⁸⁰⁸. Kobiety szybciej „przepijają” szacunek do samych siebie i potem trudniej im niż mężczyznom odzyskać poczucie własnej wartości, odbudować szacunek dla samych siebie, akceptację siebie oraz odzyskać dobre imię w opinii otoczenia⁸⁰⁹.

Podczas omawiania w toku terapii roli kobiety w rodzinie i społeczeństwie odsłania się w pacjentkach niekiedy całkowity brak znajomości ich własnych potrzeb i możliwości, a zamiast tego okazuje się, że ich życiem kierują „dziśiątki stereotypowych, szkodliwych przeświadczeń, podlanych sosem oper mydlanych i szczytków dziecięcych marzeń”⁸¹⁰.

Kobiety nadużywające alkoholu i nawet zgłaszające się do specjalistów psychoterapii uzależnień zwykle nie uważają go za swój główny problem⁸¹¹.

⁸⁰⁰ M. Ilnicka, *Ból silniejszy niż wola trzeźwienia*, „Świat Problemów” 1999, nr 5, s. 32.

⁸⁰¹ H. Ganowicz, *Pacjentki 2005*, „Świat Problemów” 2005, nr 10.

⁸⁰² M. Ilnicka, *Ból silniejszy niż...*, op. cit., s. 32. Do identycznych wniosków doszedł B. Ałapin już pół wieku temu, stwierdzając, że normy obyczajowe surowiej (niż mężczyzn) oceniające pijaństwo kobiet stanowią istotną przyczynę tendencji ukrywania przez kobiety własnego problemu alkoholowego we wszystkich jego przejawach – patrz. B. Ałapin, *Pięćset przypadków...*, op. cit., s. 14.

⁸⁰³ E. Woydyłło, *Wybieram wolność czyli rzecz o wyzwalaniu się z uzależnień*, Warszawa 1991, s. 54.

⁸⁰⁴ M. Dobczyńska, *Nie przyszły po to...*, op. cit., s. 5.

⁸⁰⁵ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 200.

⁸⁰⁶ L.J. Beckman, *Przeszkody w leczeniu alkoholizmu u kobiet*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol...*, op. cit., s. 106.

⁸⁰⁷ I. Zalikowska, *Terapia, resocjalizacja...*, op. cit., s. 190.

⁸⁰⁸ Ibidem, s. 190.

⁸⁰⁹ A. Winkler, *Alkoholizm kobiet...*, op. cit., s. 3; I. Zalikowska, *Terapia, resocjalizacja...*, op. cit., s. 190.

⁸¹⁰ A.M. Nowakowska, *Zależnie od...*, op. cit., s. 24.

⁸¹¹ L.J. Beckman, *Przeszkody w leczeniu...*, op. cit., s. 104.

Ten pogląd podziela Maria Pawłowska: niestety kobiety często mówią wówczas raczej o swoich problemach, złym nastroju, kłopotach i konfliktach, a rzadziej o picciu, ponieważ wstyd i poczucie winy nie pozwalają im przyznać się do porażki, jaką jest niekontrolowanie picia⁸¹². Jako najczęstsze przyczyny podejmowania leczenia przez kobiety, tuszujące ich właściwy problem, czyli problem alkoholowy, Edith S. Lisansky Gomberg wskazała: depresję, problemy zdrowotne, problemy z partnerem, mężem lub dziećmi, a także poczucie osamotnienia po usamodzielnieniu się dzieci⁸¹³. Potwierdził to na gruncie polskim Krzysztof Gąsior: kobiety podejmujące leczenie zgłaszają więcej niż mężczyźni problemów związanych z życiem osobistym, rodzinnym, zawodowym czy sferą finansów lub zdrowia (choć, jak zauważył, pozytywne jest to, że często te problemy stają się głównym motywem podjęcia leczenia)⁸¹⁴. Niestety może się zdarzyć tak, że kobiety te zostają błędnie zdiagnozowane (np. jako pacjentki z nerwicą lub depresją)⁸¹⁵, po części dlatego, że wolą szukać porady u internisty czy psychiatry, co zmniejsza prawdopodobieństwo rozpoznania problemów alkoholowych jako fundamentalnych, a dodatkowo może być osłabione brakiem kompetencji (i woli?) lekarzy (różnych specjalizacji) w zakresie diagnozowania uzależnienia u kobiet⁸¹⁶ – „skutkiem tego jest podejmowanie różnorodnych form farmakoterapii i psychoterapii nerwic lub zaburzeń depresyjnych z pomijaniem lub marginalizowaniem podstawowego problemu. W terapii przejawia się to przecenianiem znaczenia wtórnych zaburzeń względem uzależnienia i prowadzi często do obniżenia skuteczności leczenia”⁸¹⁷.

W rzeczywistość terapeutyczną zawsze wpisanych jest szereg barier i utrudnień. Niektóre z nich są specyficznymi w przebiegu terapii kobiet ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu, dlatego warto im się bliżej przyjrzeć.

Pierwsza grupa tych utrudnień jawi się jeszcze przed właściwym podjęciem terapii uzależnień, a wiążą się one ze specyficzną sytuacją życiową i stanem emocjonalnym pacjentek. Z obserwacji Haliny Ginowicz wynika, że podejmujące terapię kobiety bardzo często: tkwią w pogmatwanych relacjach z mężczyznami, były lub są w związku z pijącym mężczyzną (a zatem

⁸¹² M. Pawłowska, *Ryzykowne picie kobiet, Rodzina a alkohol*. Dodatek do „Głosu dla Życia” 2006.

⁸¹³ E.S. Lisansky Gomberg, *Women and Alcohol: Use and Abuse*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 1993, nr 181(4).

⁸¹⁴ Za: K. Gąsior, *Typy alkoholizmu u kobiet*, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, t. 18, nr 1-2, s. 41.

⁸¹⁵ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 200.

⁸¹⁶ L.J. Beckman, *Przeszkody w leczeniu...*, op. cit., s. 105, 106.

⁸¹⁷ K. Gąsior, *Kobiety, alkohol i środki odurzające – pomoc i terapia*, cz. 2, „Świat Problemów” 2014, nr 5, s. 33-34.

są współuzależnione), są same lub tylko z dziećmi, z którymi nierzadko mają zaburzone relacje, pochodzą z rodzin dysfunkcyjnych, w których problemem był alkohol, dotyczy ich podwójne uzależnienie (od alkoholu i leków, przy czym to drugie silniej ukrywają)⁸¹⁸. Częstość również mają doświadczenia (przeszłe i wciąż trwające) przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej (gdy trwa ona nadal w trakcie terapii, wpływa na stan emocjonalny pacjentki, rzutując na jej funkcjonowanie i gotowość do pracy nad własnymi mechanizmami uzależnienia)⁸¹⁹. Wiele z nich „ma pochowane trudne historie, które dotyczą prostytutki, sponsoringu, dokonywanych aborcji, nieuporządkowanego życia seksualnego i innych”⁸²⁰. Niekiedy diagnozę i dalszą pracę komplikuje konieczność rozpoznania u nich zaburzeń i chorób psychicznych⁸²¹. Często na terapię trafiają pod presją (rodziców, sądu, pracodawcy), długo są zawstydzone i nieufne, próbują pomniejszyć swój problem lub załagodzić go⁸²². Anna M. Nowakowska zauważa, że choć pacjentki są bardzo różne, to można u nich zauważyć kilka wspólnych właściwości: wyraźny neurotyzm, wysoki poziom lęku przed otwieraniem się, używanie siebie do zadowalania innych, używanie innych do określania swojej wartości, ślady ciężkich urazów przeżytych w dzieciństwie, rywalizacyjne kontakty z kobietami i preferowanie przeciwnej płci⁸²³. Poza tym kobiety zaczynające terapię uzależnień są w gorszej sytuacji niż mężczyźni, gdyż w ich życiu słabiej działają lub brakuje czynników chroniących przed nawrotem choroby, takich jak stabilizacja życia rodzinnego i sytuacji zawodowej, jak również wyjściowo gorsze rokowania mają pacjentki uzależnione, które rozpoczynając terapię: są rozwiedzione, mają różne problemy, wcześniej podejmowały już nieudane próby leczenia, mają głębokie przekonanie, że same najlepiej mogą poradzić sobie z własnymi problemami, trafiły na terapię z nasilonymi objawami depresyjnymi⁸²⁴.

Z badań wynika, że kobiety podejmują decyzję o leczeniu zwykle po ok. siedmiu latach intensywnego picia, tj. około dwukrotnie wcześniej niż mężczyźni⁸²⁵, choć jednocześnie szybciej też się uzależniają i wcześniej niż mężczyźni doznają szkód somatycznych i psychicznych⁸²⁶. Dlaczego czynią to i tak stosunkowo późno, biorąc pod uwagę stopień zaawansowania ich uzależnienia? Przyczyn jest co niemiara. Wiele z nich podaje Barbara Woje-

⁸¹⁸ H. Ginowicz, *One leczą się inaczej*, „Świat Problemów” 1999, nr 5, s. 26, 28.

⁸¹⁹ J. Mikula, *Przemoc wobec...*, op. cit., s. 30.

⁸²⁰ M. Jakubiak-Głowacka, *Poza zasadę demokracji, czyli o pracy z kobietami uzależnionymi od alkoholu*, cz. 2, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 6, s. 13.

⁸²¹ J. Fudała, *Pacjentek będzie coraz więcej*, „Świat Problemów” 1999, nr 5, s. 26.

⁸²² H. Ginowicz, *One leczą się...*, op. cit., s. 28.

⁸²³ A.M. Nowakowska, *Zależnie od...*, op. cit., s. 25.

⁸²⁴ M. Kucińska, *Jakie one...*, op. cit., s. 21.

⁸²⁵ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 199.

⁸²⁶ Ibidem, s. 195.

wódzka: „Gdy uzależnienie kobiety się ujawnia, najczęściej stosowanym mechanizmem (zarówno przez nią, jak i jej bliskich) jest zaprzeczanie, a pytanie: «dlaczego to robisz?» jest wstępem do racjonalizacji: «dlatego, że...». Kiedy już sobie nawzajem «powyjaśniają», że ma stresującą pracę, a w domu nikt jej nie pomaga, źle się ogólnie czuje, nie jest zrozumiana itd., zaczyna się nakłanianie do samodzielnej zmiany. Kobieta ma «wziąć się w garść» – «myśleć o rodzinie, o dzieciach», o tym, «co powiedzą ludzie», «jak wygląda», «co ze sobą zrobiła» – i nie pić lub pić mniej, rzadziej, inny alkohol albo «wcześniej coś zjeść» itp., to się stara, co w rezultacie oznacza, że coraz bardziej ukrywa swoje picie i rozwija nałogowe myślenie, za którym idzie silne napięcie i automatyzm nałogowego regulowania uczuć. Kobieta z racji swoich ról – matki, żony, córki – i przypisanych im cech: dbałości o innych, opiekuńczości, rezygnowania ze swoich potrzeb, ciągłego dawania siebie i od siebie, z trudem rozpoznaje swoje potrzeby. Nawet, gdy zaczyna myśleć o zmianie, wizycie u psychiatry czy psychologa (bo przecież nie u terapeuty uzależnień), w pierwszej kolejności zastanawia się, co z dziećmi, mężem, chorymi rodzicami, pracą i innymi zobowiązaniami. Ten bilans decyzyjny prawie zawsze oddala ją od szukania pomocy u specjalisty. Jest sama ze swoimi wątpliwościami. Zdarza się, że znajdzie (ponieważ szuka) strony w Internecie o uzależnieniu, o leczeniu, czyta fora, gdzie kobiety dzielą się swoimi problemami. W sieci jest anonimowa, łatwiej ukryć wstyd, otwarcie pisać o sobie, a gdy poczuje się zagrożona, po prostu jednym kliknięciem zakończy kontakt”⁸²⁷.

Zdaniem Ewy Woydyłło, kobiety w procesie terapii silnie manipulują emocjami, epatują terapeutów sygnałami o silnym ładunku emocjonalnym, przyjmują rolę ofiary – to czyni pracę z nimi szczególną, biorąc również pod uwagę biologicznie wpisana w kobiety huśtawkę hormonalną⁸²⁸. Ten emocjonalny balast, z którym pacjentki rozpoczynają terapię, powoduje, że część terapeutek i terapeutów uzależnień niechętnie podejmuje się prowadzenia terapii kobiet.

Kolejną barierą w procesie zdrowienia (nie tylko kobiet) może być zstandaryzowany schemat obowiązujący w polskim leczeniu odwykowym: podstawową formą leczenia jest psychoterapia indywidualna i grupowa, realizowana w programie podstawowym i pogłębionym, w narzuconym wymiarze godzin, bez względu na to, na ile komfortowo w tej formie czuje się konkretny pacjent, nie mając możliwości wyboru lub odmowy. Często nie ma także sposobności wyboru płci terapeuty.

„Podczas terapii, której program był opracowywany z myślą o mężczyznach, trudno jest zająć się specyfiką uzależnienia kobiet. Podczas pracy

⁸²⁷ B. Wojewódzka, *Babiniec...*, op. cit., s. 14.

⁸²⁸ *Rozmowa z dr Ewą Woydyłło...*, op. cit., s. 75, 77.

w grupie, mimo wiedzy, że inny rodzaj komunikatów trafia do mężczyzn, a inny do kobiet, dochodzi do uogólnień i schematyzacji pracy. Problemy kobiet zazwyczaj schodzą na dalszy plan albo nie są poruszane wcale. (...) Bywa też, że terapeuci czując lęk przed poruszeniem specyficznych dla kobiet problemów, minimalizują je lub pomijają w terapii. Takie sytuacje bardzo skutecznie blokują pacjentki, często utrudniając czy wręcz uniemożliwiając dalszą terapię. Niektóre nie przyznają się do swoich problemów emocjonalnych, bojąc się zobaczyć lekceważenie w oczach słuchających, czują się tym samym wyobcowane, niezrozumiane. Inne, mniej lub bardziej skutecznie, starają się ukryć swoje poczucie winy, wstyd i «jakoś przetrwać» terapię. A należy pamiętać, że terapia podstawowa to dla kobiet największa szansa na zmianę. Jeżeli podczas jej trwania kobiety nie dostaną impulsu do pracy nad sobą, nie pozwolą się wybrzmieć swoim problemom, to nie uwierzą w to, że mogą zmienić swoje życie na lepsze. Nie uwierzą przede wszystkim w to, że mogą odzyskać szacunek samej siebie. Kobiety czują się więc «gorsze» nie tylko pijąc, ale również podejmując terapię, a potem w niej uczestnicząc”⁸²⁹.

Kobiety uzależnione od alkoholu często sądzą, że zawiodły wszystkie, lub część, oczekiwań, jakie mieli wobec nich inni, a przede wszystkim, jakie same miały wobec siebie; trzeba im więc pomóc zrozumieć, zobaczyć i poczuć, jakie są ich potrzeby wobec nich samych, pomóc ułożyć priorytety, nauczyć, jak i przy pomocy jakich swoich zasobów mogą odbudować siebie, wesprzeć w urealnieniu ich oczekiwań, standardów wobec siebie, obniżeniu poczucia lęku przed zmianą i lęku przed byciem napiętnowaną, a także wesprzeć w nauce mówienia o swoim problemie, przeżywania uczuć, zamiast kontrolowania ich jak dotąd przy pomocy alkoholu, pomóc uwierzyć, że są pełnowartościowymi ludźmi, że potrafią sobie poradzić z wyjściem z alkoholowej matni, wspierając w tym ogromnym zadaniu, jakim jest życie, w pewnym sensie od nowa, walcząc ze sobą, ze swoimi postawami, przyzwyczajeniami i lękami⁸³⁰. Ważne jest, aby w terapii zapewnić im takie wsparcie i takie warunki, w których mogą poczuć się bezpiecznie i otworzyć się na innych ludzi.

Kobiety, które zdecydowały się na terapię, częstokroć przynoszą ze sobą bagaż bólu, nienawiści i obrzydzenia do samej siebie⁸³¹, dlatego ważne jest, aby podczas niej umożliwić im pełne utożsamienie się z własną kobiecością, w której odrzuceniu alkohol odegrał istotną rolę⁸³². „Tylko w atmosferze ab-

⁸²⁹ <http://czasnaterapie.pl/?dla-kobiet,150> (dostęp: 11.11.2011).

⁸³⁰ Ibidem.

⁸³¹ B. Krzak, E. Budzyńska, *Leczenie zranień*, „Świat Problemów” 1997, nr 3, s. 35.

⁸³² Ibidem, s. 37. Z obserwacji tych dwóch autorek wynika, że bardzo często głównym motywem sięgania po alkohol przez kobiety jest chęć ucieczki od życiowych koszmarów (gwałty, przemoc, aborcja itp.); alkohol jednak zamiast ukojenia rozjątrzał już istniejące zranienia i okaleczał jeszcze dotkliwiej; w efekcie zranienia splecione z alkoholem i kolejnymi zranieniami prowadziły do okaleczenia i odrzucenia własnej kobiecości. Rezygnacja z atrybutów kobiecości jest

solutnego bezpieczeństwa emocjonalnego i zaufania można liczyć na to, że kobiety zechcą mówić o tych najboleśniejszych przeżyciach. Bez tego natomiast nie będą miały szansy zobaczenia, w jaki sposób przeżycia te wpływają na ich los⁸³³. Programy terapeutyczne w Polsce niestety priorytetowo traktują abstynencję i na początku ich realizacji nie ma możliwości pracy nad wcześniejszymi urazami, co potencjalnie uniemożliwia części kobiet wytrwanie w programie terapeutycznym, ponieważ ciężar bolesnych doświadczeń, które przyszłoby im udźwignąć na trzeźwo, jest ponad ich siły, więc mimo chęci decyzja o życiu bez alkoholu przerasta ich możliwości, dlatego nie podejmują lub nie kontynuują terapii⁸³⁴.

Podczas indywidualnego motywowania alkoholiczek do terapii warto je skonfrontować rozmową o dzieciach (wymaga to jednak dużych umiejętności, aby nie osądzać i nie zawstydząć)⁸³⁵, ale jednocześnie jedną z silnych wewnętrznych barier podejmowania leczenia przez kobiety są różnorakie obawy dotyczące sfery rodzinnej, zwłaszcza obawa przed wykryciem zaniedbywania swoich dzieci i przed ich utratą (odebraniem ich) oraz troska o to, jak zapewnić im opiekę na czas terapii⁸³⁶. Małgorzata Ilnicka zauważyła pewien dramat kobiet, które piją intensywnie, autodestrukcyjnie, traktując picie jako sposób karania siebie za to, że nie były w stanie zadbać o swoje dzieci⁸³⁷.

Dlaczego jeszcze osoby uzależnione od alkoholu (obu płci) nie podejmują leczenia?

Powody wskazuje Jadwiga Fudała, a wyjaśnienia te mają swe źródło w ich indywidualnych (lecz nie odosobnionych) przekonaniach:

niekiedy traktowana przez te kobiety jako sankcja za picie i pijane zachowania, których kobieta u siebie nie aprobuje. Deformacji ulega również poczucie własnej wartości. Zaczynają żywić przekonanie, że na miłość, szacunek, zainteresowanie otoczenia trzeba zasłużyć w specjalny sposób. Kobiety stają się więc uległe wobec otoczenia i godzą się na wiele. Kiedy i ta strategia okazuje się być nieskuteczną, zdarza się, że zakładają maskę obojętności, która jest dla nich mniej raniąca niż pogarda. Niekiedy starają się przyjąć inny sposób bycia – stają się seksualnie prowokujące, udowadniając sobie i innym, że nie ponoszą żadnych szkód z powodu picia, lecz jest to tylko kamuflaż dla przykrycia zranienia i wstydu. Dla realizacji tych zadań związanych z okaleczoną kobiecością warto, by przynajmniej część terapii grupowej odbywała się w bezpiecznych warunkach tylko kobiecego grona. Ibidem, s. 35-36.

⁸³³ E. Woydyłło, *Leczenie kobiet chorych...*, op. cit., s. 8.

⁸³⁴ M. Ilnicka, *Ból silniejszy niż...*, op. cit., s. 31.

⁸³⁵ A. Bakula, *Nie wszyscy do jednego worka, nie wszyscy tą samą miarką*, „Świat Problemów” 2002, nr 10, s. 23. Wstyd zdaje się być jednak nieunikniony, gdy kobiety analizują swoje bolesne relacje z zaniedbywanymi na różne sposoby dziećmi; przepracowany, może jednak stać się motorem zmiany jakości ich życia (ibidem, s. 24).

⁸³⁶ L.J. Beckman, *Przeszkody w leczeniu...*, op. cit., s. 105; B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., s. 200.

⁸³⁷ *Rozmowa z mgr Magdaleną Ilnicką*, (w:) J. Krzewicki, M. Zdziarski, *Rozmowy o...*, op. cit., s. 23.

- „1. Osoby uzależnione nie mają świadomości, że są chore. Wiedzą, że piją za dużo, za często, w nieodpowiednich sytuacjach, inaczej niż planują, ale równocześnie znajdują wiarygodne usprawiedliwienia dla takiego sposobu spożywania alkoholu i głęboko wierzą, że mogą samodzielnie zapanować nad swoim piciem.
2. Uzależnieni, nawet jeśli odczuwają już negatywne konsekwencje swojego picia, nie widzą ich w pełni realistycznie. Wydaje im się, że problem jest znacznie bardziej błahy, niż jest w rzeczywistości, że przyczyna ich picia leży poza nimi (winni są inni ludzie, sytuacje, zdarzenia, los), że w sprzyjających okolicznościach sytuacja ulegnie poprawie bez konieczności podejmowania jakiejkolwiek aktywności z ich strony.
3. Boją się, że spotkanie z terapeutą, psychologiem, psychiatrą skończy się rozpoznaniem uzależnienia, a to definitywnie wymusi decyzję o rozstaniu z alkoholem. Alkohol jest dla osób uzależnionych substancją gwarantującą względnie dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne. Wizja abstynencji budzi przede wszystkim silny niepokój, bowiem «rozkręca» myślenie o zagrożeniach, a nie o korzyściach wynikających z niepicia. Niektóre osoby nie potrafią sobie w ogóle wyobrazić życia bez alkoholu.
4. Osoby uzależnione wielokrotnie w ciągu wielu lat picia narażały się na krytykę i odrzucenie społeczne. Boją się, że każda rozmowa na temat spożywania przez nie alkoholu (również ze specjalistą) będzie kolejnym doświadczeniem łajania, oceniania, pouczenia.
5. Słowo «alkoholik» wywołuje powszechnie negatywne skojarzenia z osobą, która w wyniku całkowicie niekontrolowanego picia straciła wszystko: zdrowie, rodzinę, dom, pracę i funkcjonuje na marginesie życia społecznego. Takie doświadczenie degradacji społecznej i psychicznej dotyczy ok. 5% uzależnionych, zatem zdecydowana większość alkoholików to osoby, które będąc uzależnionymi, żyją w rodzinach, pracują, nie piją w miejscach publicznych i najczęściej nie wymagają systematycznych interwencji medycznych. Powszechne mity na temat tego, kim są alkoholicy, ułatwiają osobom pijącym dystansowanie się od problemu («nie jestem alkoholikiem, bo ja tak nie piję i nie żyję w taki sposób, jak oni»), wzmagają opór przed dostrzeżeniem i uznaniem swojego uzależnienia.
6. Wiele osób ma za sobą nieudane próby rozstania się z alkoholem. Większość wie, że głód alkoholu nie znika w okresie abstynencji i że trudno sobie z nim poradzić. Brakuje im często wiary, że kolejna próba może się okazać skuteczna.
7. Odstawienie alkoholu może wyzwolić bardzo dotkliwe dolegliwości psychofizyczne, zwane zespołem abstynencyjnym lub odstawiennym.

Uzależnieni niejednokrotnie boją się przerwać picie z powodu lęku przed objawami tego zespołu, zwłaszcza, gdy był on powikłany majaczeniem alkoholowym czy napadami drgawkowymi.

8. Osoby uzależnione, jak zresztą większość ludzi, nie wiedzą, na czym polega leczenie uzależnienia. Słyszą o psychoterapii, ale nie rozumieją jej działania. W doświadczeniach osób, które po terapii wróciły do picia, szukają dowodów na nieskuteczność leczenia odwykowego. Temu samemu celowi służy odwoływanie się do metod leczenia stosowanych w odległej przeszłości (np. metod awersyjnych, szoków insulinowych), które rzeczywiście okazały się mało efektywne w leczeniu osób uzależnionych i od lat nie są już praktykowane⁸³⁸.

Wszystkie wskazane tu obawy, wątpliwości, opory i stereotypy myślenia mogą skutecznie opóźnić podjęcie decyzji o leczeniu.

Obecnie funkcjonujący system wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu w Polsce w swoim zasadniczym kształcie nie różnicuje wyraźnie oferty pomocowej kierowanej do obu płci – podobne jest postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. To ujednolicenie oferty pomocowej budzi u niektórych (terapeutów i pacjentek) sprzeciw, zaś inni są przekonani, iż nie ma potrzeby tak polaryzować obu tych grup pacjentów.

Z jednej strony wspólne bycie kobiet i mężczyzn w grupie terapeutycznej może wspierać proces leczenia⁸³⁹. W jaki sposób? Pomaga w uczeniu się kontaktów i wyznaczaniu granic. Jest okazją do nowego spojrzenia na własną rolę w dotychczasowych relacjach z płcią przeciwną oraz do weryfikacji osobistych przekonań dotyczących ról płciowych. Sprzyja również łamaniu stereotypów. Wyrażana przez grupę i terapeutę akceptacja uzależnionych kobiet może być dla nich impulsem do głębokiej pracy terapeutycznej oraz rekonstrukcji lub budowania od podstaw poczucia własnej wartości. W grupach koedukacyjnych kobiety dzięki zainteresowaniu mężczyzn mogą na nowo odkrywać swoją kobiecość i stawać się świadomymi swoich potrzeb, zaś mężczyźni w obecności kobiet mogą się od nich uczyć otwartości emocjonalnej oraz umiejętności wyrażania swoich uczuć i emocji. Tworzone są też okazje do przełamywania nieśmiałości, uczenia się wzajemnego szacunku oraz zmiany nawyków i zachowań w relacjach. Krystalizujące się normy w grupach koedukacyjnych odzwierciedlają naturalne tendencje i stanowią

⁸³⁸ <http://psychiatria.mp.pl/uzaleznienia/show.html?id=69539> (dostęp: 30.04.2015)

⁸³⁹ W oparciu o: S. Grab, *Razem czy osobno*, „Świat Problemów” 2002, nr 10, s. 22-23; A. Ba-kuła, *Nie wszyscy do jednego...*, op. cit., nr 10, s. 23; G. Hryszkiewicz, *(Ko)edukacja i terapia*, „Świat Problemów” 2002, nr 10, s. 24-25; H. Ginowicz, *Koedukacja może przeszkadzać*, „Świat Problemów” 2002, nr 10, s. 26-27; *Rozmowa z dr Ewą Woydyłło...*, op. cit.; E. Woydyłło, *Z warsztatu superwizora, Materiały z III Ogólnopolskiego Seminarium Naukowego „Uzależnienie alkoholowe kobiet – diagnoza, terapia, readaptacja i nowe życie”*, Grudziądz 2010; K. Gašior, *Typy alkoholizmu u kobiet...*, op. cit., s. 68-69; L.J. Beckman, *Specyfika terapii kobiet...*, op. cit.

punkt odniesienia dla pracy terapeutycznej. Ponadto obserwacja pacjentów w grupach, w których leczą się i kobiety, i mężczyźni, daje terapeutom możliwość konfrontacji deklaracji pacjentów z faktami (dotyczącymi np. kwestii partnerstwa czy współpracy), co pozwala na bardziej obiektywne spojrzenie.

Z drugiej strony nie można lekceważyć argumentów przeciw koedukacyjnym grupom⁸⁴⁰. Typowe w psychoterapii alkoholiczek przeżywanie silnego wstydu i cenzurowanie historii życia nasilają się w grupach mieszanych; potrzeba więc w nich stworzenia odpowiednich warunków, by móc bezpiecznie spotkać się z własną słabością, ułomnością, przyznać się do bezsilności i zaakceptować fakt, jakim jest własne uzależnienie od alkoholu. Ponadto niektóre podejmowane kwestie mogą okazać się zbyt intymnymi i zbyt bolesnymi, by rozważać je wspólnie z mężczyznami (np. w pogłębionej fazie terapii, gdy poruszana jest kwestia seksu, dawnych traum, krzywd wyrządzonych innym i sobie, zranień i innych toksycznych sekretów⁸⁴¹); te głęboko skrywane raniące doświadczenia i straty, wzmacniane lękiem przed potępieniem, wstydem, poczuciem winy i złości skierowanej na samą siebie, mogą być barierą przed dokonywaniem postępów w terapii przez kobiety. Pewne specyficzne kobiece problemy, związane z płciowością, prokreacją i pełnieniem kobiecych ról społecznych, wymagałyby więc tworzenia interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, składających się z osób obu płci lub głównie z kobiet: terapeutów uzależnień, psychoterapeutów, seksuologów, doradców rodzinnych, duchownych i innych osób, których wsparcie może zwiększyć skuteczność i wszechstronność oddziaływań. Poza tym wspólna terapia może utrudniać proces leczenia zwłaszcza na oddziałach całodobowych (gdzie problemem bywa tworzenie się związków intymnych) – tak silna potrzeba obniżenia napięcia, chęć ucieczki od trudnych spraw czy nałogowe zachowania w sferze damsko-męskich kontaktów mogą obniżać motywację do leczenia. Często w sztucznie zaaranżowanej sytuacji społecznej, jaką jest terapia, przy ograniczonych kontaktach społecznych, pojawia się pokusa szukania „bratniej duszy” wśród pacjentów przeciwnej płci, czyli kogoś, kto zapewni łatwe zrozumienie i rozgrzeszenie, zamiast solidnego przepracowania mechanizmów uzależnienia na forum grupy, pod okiem wnikliwego terapeuty; głód uczuć powoduje, że wchodzenie w bliskie relacje bywa szybkie i pozornie zastępujące terapię. Okazuje się także, że w kobiecych grupach terapeutycznych ma miejsce zmniejszenie poczucia winy i wstydu kobiet z powodu picia, możliwość znalezienia wsparcia u innych kobiet w bieżących, trudnych sytuacjach związanych z terapią, przewentylowania przeżywanych emocji, szansa na

⁸⁴⁰ Ibidem oraz A. Winkler, *Alkoholizm kobiet...*, op. cit.; M. Dobczyńska, *Nie przyszły po to...*, op. cit.; A.M Nowakowska, *Zależnie od...*, op. cit.

⁸⁴¹ Potrzebę uważności i taktu terapeutów w toku pracy z tymi obszarami dotyczącymi alkoholiczek (związanej z wkraczaniem w świat poczucia winy, krzywdy, lęków i wstydu) sygnalizowała np. J. Wawerska-Kuś, w publikacji: *W kręgu stereotypów i destrukcji*, „Świat Problemów” 2013, nr 4.

przepracowanie problemów specyficznych dla kobiecego uzależnienia⁸⁴². Choć zdaje się, że dłużej trwa w nich budowanie prawdziwej więzi i poczucia bezpieczeństwa, to kiedy zacznie się właściwa praca, jest ona intensywna i twórcza. Są to więc mocne argumenty za tworzeniem grup terapeutycznych dla pacjentów wyłącznie jednej płci, gdy okazuje się, że powodem słabszego zaangażowania kobiet w proces terapii może być włączenie ich do grup koedukacyjnych lub prowadzonych przez terapeutę-mężczyznę. Jak jednak sygnalizuje Linda J. Beckman, kobiety z problemami alkoholowymi nie stanowią przecież homogenicznej grupy; różnicują je choćby: rodzaj i stopień nasilenia objawów, potrzeby, wiek, pochodzenie etniczne, orientacja seksualna, a to zróżnicowanie powoduje konieczność zbudowania, uwzględniających te elementy jeszcze bardziej wycelowanych w konkretne potrzeby programów terapeutycznych⁸⁴³.

Obserwując polskie lecznictwo odwykowe (otwarte na i dla pacjentów obu płci) na przestrzeni ostatnich dekad, można stwierdzić, że zachodzi w nim wiele pozytywnych zmian: budowanie coraz lepszych programów terapeutycznych wykraczających poza terapię podstawową; coraz lepiej przygotowani specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień; pozytywna zmiana w myśleniu o pacjencie, w tym salutogenetyczne podejście do pacjenta poszukujące w nim własnych zasobów do dokonywania zmian w jego życiu, ukierunkowane na odkrywanie jego potrzeb i możliwości; docenianie przez terapeutów znaczenia relacji terapeutycznej oraz rzetelnej wielostronnej diagnozy; wplatanie w pracę dialogu motywującego do zmiany (wyrośnię na przekonaniu, że bez motywacji trudniej o satysfakcjonujące efekty pracy)⁸⁴⁴. Czy konieczne są zatem w Polsce jakies działania optymalizujące, sytuowane w zakresie reakcji społecznej na problemy alkoholowe i ich konsekwencje, a jeśli tak, to w jakim kierunku powinny one pójść? Rezultaty poszukiwań odpowiedzi na to pytanie zostały ujęte w kolejnym podrozdziale.

6.2. Profesje pomocowe na rzecz rozwiązywania problemu alkoholowego i jego konsekwencji – postulaty

Jak zauważa Piotr Jabłoński, w Polsce mamy do czynienia z systemem pomocy osobom uzależnionym od alkoholu budowanym przez najbardziej doświadczonych terapeutów lat 70. ubiegłego wieku, mocno skoncentrowanym na działaniach psychospołecznych, który wprawdzie nie odrzuca zupeł-

⁸⁴² Elementy te stanowią część powodów mniejszej liczby wypisywania się na żądanie leczących się kobiet, wskazanych przez autorkę (na bazie doświadczeń ze znanej jej zawodowo stacjonarnej placówki odwykowej) – J. Fudała, *Pacjentek będzie coraz...*, op. cit., s. 25.

⁸⁴³ L. Beckman, *Specyfika terapii kobiet...*, op. cit., s. 91.

⁸⁴⁴ Z własnych obserwacji wieloletniej pracy w lecznictwie odwykowym A. Bakuley, w: eadem, *Terapeuta w gąszczu przepisów*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 4, s. 20.

nie wsparcia farmakoterapii, jednak oddziaływania psychospołeczne uznaje za kluczowe; warto więc zastanowić się, czy farmakoterapia i medycyna, które w ostatnich 30 latach znacznie się rozwinęły, nie powinny odgrywać współcześnie większej roli w kompleksowej ofercie kierowanej do uzależnionych⁸⁴⁵ (w uzasadnionych przypadkach). Polaryzację stanowisk winno zastąpić leczenie integracyjne, uwzględniające trzy rodzaje oddziaływań: medyczny, psychologiczny i społeczny⁸⁴⁶. Ożywczym byłoby także dodanie w ofercie pomocowej, oprócz dominującej w polskim leczeniu uzależnień integracyjnej psychoterapii uzależnień, innych strategii pomocy, innych modeli terapii uzależnień, innych paradygmatów. Różnorodność cech pacjentów wymusza poszukiwanie nowych dróg terapii.

Ze względu na oś zainteresowania w niniejszej pracy, jaką stanowią kobiety uwikłane w problem alkoholowy, warto wskazać sugestie związane z kierowaną doń ofertą pomocową. Odnosząc się do stanowiska wyrażanego przez część terapeutów uzależnień, proces terapeutyczny adresowany do kobiet ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu powinien zawierać pewne elementy sprzyjające podnoszeniu jego efektywności – fundamentalne jest tu poznanie i wykorzystanie w programach terapeutycznych specyficznych czynników ryzyka i następstw picia alkoholu przez kobiety⁸⁴⁷. W programach dla grup mieszanych oraz wyłącznie kobiecych powinny znaleźć się elementy terapeutyczne, uwzględniające odmienność kobiecych problemów alkoholowych: szerokie, wyczerpujące spektrum form pomocy; tworzenie możliwości terapii wymuszonej problemami współtowarzyszącymi uzależnieniu od alkoholu (będącymi ich przyczyną lub skutkiem); wzmacnianie samooceny i mechanizmów adaptacyjnych; wspieranie w rozwijaniu kompetencji rodzicielskich; wspieranie w uczeniu się (na nowo) niektórych ról społecznych; zapewnienie pomocy prawnej i poradnictwa zawodowego; ułatwienie opieki nad dziećmi podczas trwania terapii ich matki; zachęty do nawiązywania nowych satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, które budowałyby sieć wsparcia społecznego, jak również wzmacnianie już istniejącego oparcia; ułatwienie dostępu do grup o charakterze samopomocowym po zakończeniu leczenia⁸⁴⁸. Z całą pewnością potrzebne jest uwzględnianie w terapii uzależnień specyficznych dla kobiet grup potrzeb, które – za Lindą J. Beckman i Krzysztofem Gąsiosem – podzielić można na dwie kategorie: problemy wyłącznie kobiece (związane

⁸⁴⁵ W poszukiwaniu porozumienia. Rozmowa z Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 6, s. 3.

⁸⁴⁶ Ibidem, s. 3.

⁸⁴⁷ L.J. Beckman, *Specyfika terapii kobiet...*, op. cit., s. 90.

⁸⁴⁸ Ibidem, s. 90, 92, 96-97.

ze specyficznymi potrzebami dotyczącymi: kobiecej fizjologii, prokreacji, sfery seksualnej i pełnionych ról społecznych) oraz problemy występujące z większą częstotliwością u kobiet niż u mężczyzn (dotyczące: bycia ofiarami przemocy wszystkich typów, zdrowia psychicznego oraz społecznego systemu wsparcia)⁸⁴⁹.

W przypadku kobiet uzależnionych od alkoholu, które stają się obiektem pogardy i które same o sobie myślą jako o „kobiecie z piętnem”, istotna jest praca nad zmianą przekonań na temat siebie samej, zwłaszcza że „od przyznania sobie «ludzkich praw» często zależy moc, z jaką kobieta żąda dla siebie możliwości leczenia”⁸⁵⁰. Robert Opora dodaje, że w wielu przypadkach skuteczne może być wzmacnianie motywacji do zmiany funkcjonowania poprzez intensyfikowanie nadziei na poprawę sytuacji, zamiast wywoływania i nasilenia wstydu⁸⁵¹.

Halina Ginowicz dopowiada jeszcze kolejne zalecenia, które dotyczą zaradzenia specyficznym kobiecym problemom w terapii uzależnienia od alkoholu:

- „- Należy przepracować wpływ picia alkoholu na funkcjonowanie w roli kobiety oraz na seksualność.
- Należy dokonać analizy wpływu picia na pełnienie roli matki i żony.
- Gruntem do pracy nad tymi problemami powinna być specjalnie stworzona grupa dla kobiet.
- W procesie diagnozowania należy zwrócić baczność uwagę na sposób i powód przyjmowania leków, zwłaszcza uspokajających, nasennych, przeciwbólowych, w tym także tabletek od bólu głowy.
- Należy stworzyć okazję do zdobycia wiedzy na temat specyfiki rozkładania alkoholu przez organizm kobiety oraz w ogóle na temat wpływu alkoholu na organizm kobiety. Należy poznać wpływ cyklów hormonalnych na uczucia, a tym samym pokazać kobietom potencjalnie niebezpieczne momenty z punktu widzenia nawrotów picia. Trzeba rozpocząć pracę w obszarze wstydu, a na dalszym etapie nad poczuciem winy. Pacjentki powinny także wiele dowiedzieć się o przemocy i licznych zjawiskach z nią związanych. Jeśli były ofiarami przemocy, co jest bardzo częste – należy to przepracować.
- Trzeba stworzyć okazję do rozmawiania o miłości, przyjaźni, odpowiedzialności, wyborach.

⁸⁴⁹ L.J. Beckman, *Specyfika terapii kobiet...*, op. cit., s. 93-94; K. Gąsior, *Kobiety, alkohol i środki...*, op. cit., s. 34-35. Autorzy ci wskazują jeszcze na trzecią grupę problemów – związanych z przebiegiem i leczeniem uzależnienia niezależnie od płci.

⁸⁵⁰ A.M. Nowakowska, *Zależnie od...*, op. cit., s. 23-24.

⁸⁵¹ R. Opora, *Charakterystyka zjawiska uzależnienia i nadużywania alkoholu przez kobiety*, „Resocjalizacja Polska” 2012, nr 3, s. 324.

- Jeżeli pacjentka ma partnera alkoholika, powinna przyrzeć się swojej relacji z nim pod kątem ewentualnego współuzależnienia.
- Na etapie terapii zaawansowanej warto, żeby placówka posiadała w swej ofercie trening umiejętności wychowawczych oraz trening asertywności.
- Ważne jest zachęcanie pacjentek do znalezienia takiej kobiety, która będzie towarzyszyła dalszemu trzeźwieniu i wspierała je. Samej jest zbyt trudno. Sponsorem kobiety w AA nie powinien być mężczyzna.
- Powrót do zdrowia powinien być okresem spokoju, który pozwoli wsłuchać się w siebie. Trzeba zweryfikować swoje wybory. Kobiety nie powinny przez jakiś czas wchodzić w nowe związki ani też zrywać starych. Przed doniosłą życiową decyzją warto rozpoznać swoje emocje i pragnienia, stworzyć sobie przestrzeń. Dobra terapia służy zapoczątkowaniu życia opartego na odpowiedzialności.
- Placówka zajmująca się psychoterapią uzależnienia od alkoholu powinna dostarczać podczas terapii wzorów konstruktywnego postępowania, służącego trzeźwemu życiu. Można to osiągnąć na przykład poprzez zapraszanie do programu kobiet, które same kiedyś patologicznie piły, ale odniosły sukces w prowadzeniu trzeźwego życia. Mogą to być także filmy, literatura, na przykład tematyczne numery pisma «Świat Problemów».
- Należy bezpośrednio konfrontować pacjentki z realiami zachowań i sytuacji, w których się znajdują.
- Trzeba często przypominać, że psychoterapia nie działa w magiczny sposób – wymaga intensywnej pracy i dużego zaangażowania oraz przestrzegania wielu zasad⁸⁵².

Truizmem jest przypomnienie tego, jak istotne jest stworzenie uzależnionym kobietom atmosfery poczucia bezpieczeństwa, zrozumienia i akceptacji, w której można bez zahamowań ujawnić swoje potrzeby, oczekiwania, trudności – w warunkach, w których można bezpiecznie spotkać się z własną słabością, ułomnością, bezsilnością⁸⁵³ i niełatwą przeszłością.

Utrudnieniem w procesie leczenia kobiet uzależnionych od alkoholu (na każdym z jego etapów) jest pozbawienie ich wsparcia i źródła motywacji do leczenia w osobach z ich otoczenia (w różnych okresach ich leczenia), jak i powrót do środowiska niesprzyjającego utrzymaniu abstynencji⁸⁵⁴, dlatego warto zainspirować pacjentki do tego, żeby wcześniej zadbały o to, by mieć na „podorędziu” system wsparcia (np. w postaci kobiecych grup terapeutycznych lub grup AA).

⁸⁵² H. Ginowicz, *Pacjentki 2005...*, op. cit., s. 27-28.

⁸⁵³ M. Dobczyńska, *Nie przyszły po to...*, op. cit., s. 5.

⁸⁵⁴ M. Kucińska, *Jakie one są?...*, op. cit., s. 21.

„Oprócz ogromnie istotnej pracy nad motywacją do leczenia, utrzymaniu abstynencji przez alkoholicki sprzyja też wzbudzenie w nich większego poczucia kontroli nad własnym życiem – a więc i problemami wynikającymi z uzależnienia – pewności i zaufania do własnych możliwości radzenia sobie z trudnościami oraz chęci i wiary w możliwość zdrowienia i własnego rozwoju”⁸⁵⁵. Kończąc terapię, warto zmobilizować pacjentki do konstruktywnego ujmowania tego, co zaszło podczas leczenia, i racjonalnej oceny znaczenia uzyskanych zmian do dalszego życia⁸⁵⁶.

Wielość problemów towarzyszących osobom (bez względu na płeć) uzależnionym od alkoholu i podejmującym trud leczenia nasuwa wnioski o konieczności integracji działań wielu instytucji wsparcia społecznego, co prawdopodobnie przełożyłoby się na holistyczną i skuteczniejszą pomoc tym osobom⁸⁵⁷. „Do radzenia sobie z problemami społecznymi konieczna jest często mobilizacja sił całego systemu i współpracy wszystkich jego podmiotów. Rozpoznanie problemu jako społecznego pociąga za sobą konieczność mobilizacji wszystkich bieżących i potencjalnych sił do radzenia sobie z nim. Rozpoznanie problemu jako jednostkowego/grupowego albo społecznego powoduje, że system, którego problem dotyczy, reaguje bądź to poprzez wyspecjalizowane podmioty, bądź to systemowe działania wszystkich podmiotów”⁸⁵⁸.

Tymczasem często sygnalizowaną potrzebą, ujawnianą w wynikach różnorodnych badań, jest kwestia nadal istniejącej w Polsce konieczności „racjonalnej organizacji, integracji i koordynacji działań w sytuacji rosnącej alienacji i fragmentacji służb społecznych”⁸⁵⁹. Ich integracja posłużyłaby poprawie dostępności i efektywności systemu wsparcia⁸⁶⁰. Tymczasem zwykle różne instytucje pozostają ze sobą w jakiejś relacji trojakiemu rodzaju: niezależności (gdy nie potrzebują wzajemnie swych zasobów i nie mają konfliktowych celów), współzależności (jednego z jej typów: horyzontalnej – oznaczającej rywalizację w zakresie pozyskiwania oraz dysponowania zasobami; symbiotycznej – opartej na świadczonych wzajemnie usługach; wertykalnej – oznaczającej, że organizacje znajdują się w relacjach hierarchicznych i są partnerami transakcji związanych z problemami zależności od zasobów) lub konfliktu (gdy

⁸⁵⁵ Ibidem, s. 22.

⁸⁵⁶ E. Trzebińska, *Ogólna charakterystyka przygotowania i przebiegu procesu psychoterapii*, (w:) L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Warszawa 1995, s. 136.

⁸⁵⁷ Taki postulat wysuwali już np. P.E. Natan, R.S. Niaura, *Prevention of Alcohol Problems*, (w:) M. Cox (ed.), *Treatment and Prevention of Alcohol Problems: a Resource Manual*, New York 1987, za: P.M. Monti, D.B. Abrams, R.M. Kadden, N.L. Cooney, *Psychologiczna terapia...*, op. cit., s. 245.

⁸⁵⁸ B. Smykowski, *Partnerstwo lokalne na rzecz rozwiązywania problemów społecznych*, (w:) L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Poznań 2006, s. 219-220.

⁸⁵⁹ J. Krzyszkowski, *Pomoc społeczna. Szkic socjologiczny*, Warszawa 2008, s. 153.

⁸⁶⁰ Ibidem, s. 153.

realizacja celów jednej organizacji/institucji odbywa się kosztem drugiej)⁸⁶¹. Najbardziej sprzyjającą wymianie i współpracy jest sytuacja współzależności (gdy realizacja celów jednej organizacji/institucji jest efektywniejsza przy użyciu zasobów drugiej) oraz sytuacja konfliktu⁸⁶².

Warto w tym miejscu dokonać rozróżnień definicyjnych w obrębie trzech pojęć: współdziałania, współpracy i partnerstwa. Współdziałanie określane jest jako działanie krótkotrwałe, bez budowania powiązań między uczestnikami, nieco pełniejszą formą jest współpraca jako relacja długofalowa, zaś najbardziej pożądaną formą jest partnerstwo⁸⁶³. „Partnerstwo oparte jest na założeniu, że tylko szeroko rozumiana i pełna współpraca różnych organizacji i sektorów może zaowocować inicjatywami rozwoju zrównoważonego, które umożliwiają poszukiwanie spójnych, śmiałych i nowatorskich rozwiązań złożonych problemów. Nierzadko okazuje się, że próby ich rozwiązania przez poszczególnych partnerów i sektory okazują się bowiem nieskuteczne. Wspólny wysiłek może dać znacznie większy efekt niż suma jednostkowych działań”⁸⁶⁴. Takie „działania długofalowe i systemowe, a na takie nastawione są partnerstwa, nabierają szczególnego znaczenia w obliczu narastających problemów społecznych”⁸⁶⁵, do których zalicza się problem alkoholowy. Mowa tu zarówno o działaniach w obrębie rozwiązywania problemów alkoholowych, jak i profilaktyki społecznej, której znaczenie jest ciągle niedoceniane. Jak zapewnia bowiem Błażej Smykowski, „budowanie lokalnej koalicji na rzecz profilaktyki uzależnień może w znaczący sposób przyczynić się do wzrostu wydolności środowiska lokalnego w zakresie radzenia sobie z tego typu problemami. Chodzi tu jednak nie tyle o kumulację i koordynację samych sił i środków kierowanych na cele związane z profilaktyką uzależnień, ile rozproszonych w izolowanych działaniach poszczególnych podmiotów lokalnych. Ważniejszym efektem społecznym działania w koalicji jest wzrost spójności działania poszczególnych podmiotów lokalnych. W społeczne procesy powstawania partnerstw lokalnych uwikłane są procesy związane z uświadamianiem i koordynowaniem zamiarów, wymianą myśli i poglądów, dzieleniem się zadaniami itd. Cały ten oparty na racjonalnych podstawach proces prowadzi do stopniowego przejmowania przez współpracujące

⁸⁶¹ Ibidem, s. 154.

⁸⁶² Ibidem, s. 154.

⁸⁶³ Z. Woźniak, *Między rywalizacją a partnerstwem. Bariery współpracy władz publicznych z organizacjami pozarządowymi*, (w:) P. Gliński, B. Lewenstein, A. Siciński (red.), *Samoorganizacja społeczeństwa polskiego: trzeci sektor*, Warszawa 2002, s. 100.

⁸⁶⁴ A. Kanios, *Partnerstwo lokalne na rzecz osób wykluczonych społecznie w opinii pracowników socjalnych*, (w:) A. Kanios, M. Czechowska-Bieluga (red.), *Praca socjalna. Kształcenie – działanie – konteksty*, Kraków 2010, s. 141-142.

⁸⁶⁵ B. Smykowski, *Partnerstwo lokalne...*, op. cit., s. 215.

ze sobą podmioty lokalne kontroli nad procesami, od których zależy jakość życia uczestników społeczności”⁸⁶⁶.

Zdaje się jednak, że tworzenie sieci podmiotów, swoistej koalicji i kooperacji dopełniających się w działaniach profesji pomocowych na rzecz rozwiązywania problemu alkoholowego i jego konsekwencji jeszcze długo w polskich realiach pozostanie w sferze życzeń, mimo że wiele aktów prawnych regulujących ich działalność zawiera zobowiązania do podejmowania takiej współpracy⁸⁶⁷. Mniej lub bardziej zinstytucjonalizowana współpraca istnieje ciągle zbyt rzadko w konkretnych środowiskach lokalnych, nie mówiąc już o partnerstwie⁸⁶⁸. Choć wiele instytucji łączy przecież ten sam klient/podopieczny (w tym przypadku kobieta uzależniona od alkoholu), częściowo wspólne pole działania, zazębiające się funkcje i nadrzędny cel, jakim jest wsparcie go w wychodzeniu z trudnej sytuacji, to nadal brakuje współpracy pomiędzy nimi. Jakie są tego powody? Co utrudnia nawiązanie trwałej współpracy, przynoszącej rzeczywiste efekty, przekładające się na usprawnienie procesu udzielania pomocy? Brakuje woli prowadzenia lokalnej polityki społecznej w partnerski sposób, a także nie ma kanałów przepływu informacji pomiędzy podmiotami, nawet w obrębie tego samego sektora, oraz partnerskich relacji między nimi, dlatego tym trudniej kreować ponadsektorową współpracę⁸⁶⁹. Nie dość, że brakuje wzajemnego uzupełniania działań, to wiele z nich jest dublowanych⁸⁷⁰. Pozoruje się współpracę i realizację wspólnych przedsięwzięć⁸⁷¹. Wiele instytucji społecznych jest niechętnych nowościom, bo „przygniecione” koniecznością prowadzenia ciągłej sprawozdawczości nie mają czasu na aktywizację i innowacje⁸⁷². Silne jest natomiast wyraźne zlokalizowanie pewnych grup zawodowych (kwalifikowanych jako zawody pomocowe) w konkretnym obszarze, wyraźnie identyfikowalna instytucja/placówka i afiliowanie przy jednym typie usługi społecznej⁸⁷³. Za głównego

⁸⁶⁶ Ibidem, s. 216.

⁸⁶⁷ Patrz. np. art. 11 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (Dz. U. z 2012 r. poz. 734).

⁸⁶⁸ Brak międzyinstytucjonalnej współpracy na różnych polach działania przedstawicieli wielu instytucji stale ujawnia się w wynikach różnorodnych badań.

⁸⁶⁹ M. Grewiński, *Zakończenie*, (w:) M. Grewiński, M. Rymsza (red.), *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, Warszawa 2011, s. 316.

⁸⁷⁰ Ibidem, s. 316.

⁸⁷¹ Ibidem.

⁸⁷² Ibidem.

⁸⁷³ A. Olech, *Praca socjalna a inne profesje: punkty styczne i rozłączne*, (w:) M. Rymsza (red.), *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*, Warszawa 2012, s. 333.

winowającę tego stanu moi respondenci, reprezentujący różne profesje pomocowe, wskazywali jednomyślnie przeciążenie ich pracą, przekroczenie liczby podopiecznych umożliwiającą faktyczną pracę z nimi oraz czasochłonność jej dokumentowania. Podniesiona w przeprowadzonych przeze mnie wywiadach eksperckich propozycja tworzenia zespołów interdyscyplinarnych czy grup roboczych wywołała kilkakrotnie negatywne reakcje rozmówców. Były one spowodowane doświadczeniami uczestnictwa w grupach roboczych powoływanych w celu integrowania działań w obszarze pracy z rodzinami z problemem przemocy (zarejestrowano niezadowolone niektórych z respondentów co do funkcjonowania tych grup – niektórzy uważali to za stratę czasu, który mogliby wykorzystać na realizowanie innych obowiązków zawodowych, zwłaszcza gdy inne osoby zobligowane do uczestnictwa w tych spotkaniach były nieprzygotowane do rozmowy o konkretnych przypadkach bądź zastępowały je inne osoby, nieorientowane w sprawach; w oczywisty sposób powoduje to nieciągłość i nieefektywność współpracy), a na ich podstawie formułowano pogląd o podobnej bezcelowości tworzenia takich grup w związku z wewnątrzrodzinnym problemem alkoholowym bądź problemem alkoholowym osób stanu wolnego. Z wypowiedzi respondentów, a także wyników własnych obserwacji oraz analizy wyników badań obrazujących postrzeganie swojej pracy przez niektóre służby społeczne (głównie pracowników socjalnych⁸⁷⁴, asystentów rodziny⁸⁷⁵ i kuratorów sądowych⁸⁷⁶) wynika, że powodami tymi są: urzędniczy, formalny charakter pracy niektórych profesji pomocowych; biurokratyczny schemat działania; zbyt duże obciążenie czynnościami o charakterze administracyjnym; wymóg sprawozdawczości (zdaniem zdecydowanej większości respondentów – nadmiernej); zobowiązanie podporządkowania swoich działań aktom prawnym nijak mającym się do rzeczywistości; rozległość terenu pracy; pojawiające się niekiedy poczucie bezsensowności i nieefektywności podejmowanych działań zawodowych; poczucie bezradności, bezsilności; obciążenie obowiązkami nieadekwatne do gratyfikacji finansowej; brak przepływu informacji pomiędzy instytucjami; nieprzewidywalność kroków w postępowaniu innych służb; brak sprecy-

⁸⁷⁴ Np. A. Golczyńska-Grondas, *Specyfika pracy przedstawicieli służb społecznych w obszarach zagrożenia*, (w:) W. Warzywoda-Kruszyńska (red.), *Żyć Na marginesie wielkiego miasta*, Łódź 1999; M. Rymśa (red.), *Pracownicy socjalni i praca socjalna...*, op. cit.; J. Szmagałski, *Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych*, Warszawa 2004; Z. Kawczyńska-Butrym, *Identyfikacja zawodowa pracowników socjalnych (pracownicy socjalni a proces marginalizacji społecznej)*, (w:) K. Marzec-Holka (red.), *Spółczesność – demokracja – edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, Bydgoszcz 2000.

⁸⁷⁵ Np. I. Krasiejko, *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji. Wstęp do teorii i praktyki nowej profesji społecznej*, Toruń 2013.

⁸⁷⁶ Np. D. Wójcik (red.), *Kuratela sądowa...*, op. cit.; K. Jadach, *Praca kuratora sądowego...*, op. cit.

zowanych oczekiwań wobec każdego z podmiotów kooperacji; traktowanie siebie jako przeciwników lub konkurentów; słabe warunki lokalowe wielu instytucji (uniemożliwiające nawet zaproszenie doń grupy roboczej); brak wspólnych szkoleń zogniskowanych problemowo, stwarzających możliwości poszerzenia wiedzy, a także zapoczątkowania znajomości z reprezentantami innych *helping professions* ze swojego rejonu pracy.

Zdecydowanie w procesie rozwiązywania problemu alkoholowego potrzeba multisektorowości i multidyscyplinarnego modelu pracy⁸⁷⁷. Taka międzysektorowa kooperacja wymaga jednak, aby „wszyscy uczestnicy tych działań posiadali jasną wizję wspólnej aktywności i zjawiska, wobec którego ma ona być podejmowana, oraz rozumienie roli, jaką każdy z tych sektorów ma odgrywać w interwencjach. Wzajemne zrozumienie roli i odpowiedzialności oraz szacunek wobec realizowanych przez innych działań musi charakteryzować wszystkie podmioty zaangażowanych sektorów – instytucje, pojedynczych profesjonalistów, ekspertów”⁸⁷⁸. Z pewnością zawiązaniu i podtrzymaniu tej współpracy sprzyjać będą również: wzajemne zaufanie, porozumienie co do realizowanych wartości i celów, wspólny język, szacunek dla wiedzy i doświadczenia innych podmiotów, wiara w pozytywne intencje innych podmiotów, wzajemne rozpoznanie sił, potrzeb i ograniczeń, rozwiązywanie konfliktów, wspólne decyzje i odpowiedzialność oraz odpowiedni lider współpracy⁸⁷⁹. Ponadto funkcjonowanie zintegrowanego podejścia międzysektorowego powinno być oparte na pewnych zasadach – założeniach, którymi są: decentralizacja działań i lokalnie zorientowane podejście do ich organizowania (jakkolwiek niektóre elementy działań opierają się lub wynikają z ogólniejszych postanowień, o charakterze ogólnopanstwowym), konceptualizacja zjawiska w kategoriach interakcji pomiędzy czynnikami na różnych poziomach (indywidualnym i społecznym), odzwierciedlenie szero-

⁸⁷⁷ Za J. Gorczońską (która powołuje się na wyjaśnienia V. Wilson i A. Pirrie – eadem, *Multidisciplinary Teamworking. Beyond Barriers? A Review of the Issues*, University of Glasgow, s. 5) warto wskazać cechy współpracy multidyscyplinarnej: włączenie profesjonalistów z więcej niż dwóch dyscyplin, koncentracja na dopełniających się procedurach i zasadach, zapewnienie możliwości uczenia się od siebie nawzajem, motywowanie dążeniem do koncentracji na potrzebach klientów, rozwój wiedzy profesjonalistów w ich odrębnych, ale powiązanych ze sobą rolach członków multidyscyplinarnego zespołu.

⁸⁷⁸ E. Jarosz, *Idee multisektorowości w rozwiązywaniu problemów przemocy i zaniedbywania dzieci w rodzinie – znaczenie dla pracy socjalnej*, (w:) E. Marynowicz-Hetka, M. Granosik, D. Wolska-Prylińska (red.), *Badania w pracy socjalnej/społecznej – przegląd dokonań i perspektywy*, Łódź 2007, s. 177-178. Przywołana tu uwaga (i kolejne) dotyczy wprawdzie refleksji E. Jarosz w związku ze zjawiskiem krzywdzenia dzieci i wymogiem multidyscyplinarnego podejścia interwencyjnego, ale wydaje się być słuszną także w kontekście rozważań wokół konieczności wielosektorowego zaangażowania w rozwiązywanie problemu alkoholowego.

⁸⁷⁹ Ibidem, s. 180-181. E. Jarosz przywołuje tu reguły wskazane w: J. Goldman, M. Salus, *A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: the Foundation for Practice*, US Department of Health and Human Services, <http://nccanch.acf.hhs.gov> 2003, s. 77-78.

kiej perspektywy różnych dyscyplin w programach prewencyjnych i interwencyjnych, ukierunkowanie działań na ekonomiczne, polityczne, socjalne, biologiczne i kulturowe determinanty zjawiska, jak również na wzmacnianie lokalnych zasobów podnoszących udział i wykorzystanie systemu naturalnego wsparcia społecznego oraz istniejących systemów prewencji, a także organizowanie kaskadowych szkoleń i treningów w zakresie danego zjawiska oraz programów jego prewencji dla lokalnych profesjonalistów i liderów⁸⁸⁰. Aby współpraca była efektywna i zadowalająca dla wszystkich stron – tak partnerów organizacyjnych, jak i klientów, w imieniu których jest podejmowana – musi być spełnionych kilka grup warunków, na które wskazał Jerzy Krzyszkowski: warunki obiektywne, zależne od zewnętrznego otoczenia (obecność innych podmiotów świadczących pomoc lub deklarujących chęć współpracy na danym terenie), warunki subiektywne, zależne od osobistych doświadczeń lub zinternalizowanych stereotypów (chęć współpracy oparta na wzajemnym zaufaniu, kapitale społecznym), oraz warunki organizacyjne, wypracowane w toku współpracy i wspólnych doświadczeń (jasne, wyraźnie określone zasady współpracy)⁸⁸¹.

Korzyści z istnienia partnerstwa mogą być przecież wielorakie: stwarza ono możliwości efektywnej realizacji zadań publicznych; owocuje u przedstawicieli podmiotów działających w różnych sektorach i podsektorach poczuciem dążenia do wspólnego celu oraz solidarnego podejścia do rozwiązywania lokalnych kwestii społecznych; może sprzyjać powstawaniu nowych usług, wypracowywaniu nowych rozwiązań w zakresie aktywnej polityki społecznej, wprowadzaniu nowych metod działania i instrumentów wsparcia; dzięki niemu może zachodzić przepływ informacji, transfer i łączenie wiedzy, doświadczenia, umiejętności i potencjału zebranych przez poszczególne sektory i organizacje; w efekcie można uzyskać interdyscyplinarne podejście w rozwiązywaniu lokalnych problemów, generując efekty multiplikacji i synergii społecznej⁸⁸². „Stała współpraca między podmiotami nie tylko buduje gotowość środowiska lokalnego do różnych form reagowania na nasilający się problem. Prowadzi również do zapobiegania ich pojawianiu się. Brak współpracy między podmiotami związany jest z realizacją ich tendencji do uzyskania autonomii, a ta do wzrostu zainteresowania swoimi sprawami i nie-reagowania na sygnały nieradzenia sobie ze swoimi przez inne podmioty”⁸⁸³. Niemniej, jak znowu podkreśla Beata M. Nowak: „Wygenerowanie efektu synergii warunkowane jest jednak gotowością wszystkich uczestników sieci do

⁸⁸⁰ Ibidem, s. 178.

⁸⁸¹ J. Krzyszkowski, *Pomoc społeczna...*, op. cit., s. 169.

⁸⁸² M. Grewiński, J. Lizut, *Pomoc społeczna jako realizator efektywnych usług socjalnych*, Toruń 2013, s. 67-68.

⁸⁸³ B. Smykowski, *Partnerstwo lokalne...*, op. cit., s. 221.

nawiązania współpracy. A tę, warunkowaną z kolei wzajemnym zaufaniem, trzeba uaktywnić. Dlatego też niezbędnym ogniwem w tworzeniu systemów klastrowych jest animator – instytucja mająca za zadanie zdiagnozowanie potencjalnych obszarów współpracy, potrzeb i oczekiwań oraz gotowości do kooperacji podmiotów deklarujących przystąpienie do klastra⁸⁸⁴.

Wspomnieć tu można również o popularnym trendzie w polityce pomocy społecznej wielu państw Europy⁸⁸⁵, którym staje się integracja usług, rozumiana jako „osiąganie większej koordynacji różnorodnych służb społecznych w celu poprawy skuteczności i dostępności świadczeń. Integracja ta polega nie tylko na koordynacji, ale także partnerstwie i współdziałaniu rozmaitych podmiotów polityki społecznej. Z doświadczeń wielu państw wynika, że dzięki takiemu rozwiązaniu z jednej strony zyskuje się oszczędności w wydatkach, a z drugiej – różne grupy beneficjentów mają ułatwiony dostęp do kompleksowej usługi pomocy społecznej. Głównym celem integracji usług jest to, aby klient (grupa klientów) w jednym miejscu (...) otrzymywał wszechstronne wsparcie, odpowiadające jego wszelkim potrzebom, zjawisko integracji”⁸⁸⁶.

Jak podpowiada Maria Mendel: jeśli zamierza się kształtować system regulujący rozwiązywanie problemów społecznych, planowanych i podejmowanych działań nie można lokować na ściśle sprecyzowanym, ograniczonym gruncie (np. wyłącznie pomocy społecznej), ponieważ ich kompleksowy charakter powoduje, że nie mieszczą się w jednym polu⁸⁸⁷. System w zakresie rozwiązywania problemów społecznych powinien „powstawać pomiędzy sferami społecznej aktywności, a działania ukierunkowane na jego tworzenie powinny mieć charakter priorytetowo wyodrębniony”⁸⁸⁸.

„Najbardziej rozwinięte strategie aktywizowania zakładają sporządzenie dokładnego rozpoznania danego problemu w społeczności lokalnej i związanych z nim interesariuszy. Ci z kolei zapraszani są do procesu mapowania⁸⁸⁹, którego celem jest identyfikacja ich własnych interesów jako interesów

⁸⁸⁴ B.M. Nowak, *Kreowanie działań społecznych o charakterze resocjalizacyjno-readaptacyjnym. Podejście sieciowo-systemowe*, „Resocjalizacja Polska” 2014, nr 7, s. 41.

⁸⁸⁵ Np. w Wielkiej Brytanii, Norwegii czy Holandii.

⁸⁸⁶ M. Grewiński, J. Lizut, *Pomoc społeczna jako...*, op. cit., s. 61.

⁸⁸⁷ M. Mendel, *Organizacja środowiska lokalnego. Uwagi do projektu: Strategie rozwiązywania problemów społecznych w Gdańsku*, (w:) M. Mendel (red.), *Animacja współpracy środowiskowej*, Toruń 2013, s. 339.

⁸⁸⁸ Ibidem, s. 339.

⁸⁸⁹ Mapowanie jest tu rozumiane nie jako technika polegająca na graficznej projekcji danych, lecz jako metoda włączania partnerów społecznych do procesu aktywizowania środowiska lokalnego na etapie identyfikacji problemu i wyboru strategii wprowadzenia go w życie. Za: J. Schindler, *Strategie zmiany hierarchii wartości*, (w:) B. Lebenstein, J. Schindler, R. Skrzypiec (red.), *Partycypacja społeczna i aktywizacja w rozwiązywaniu problemów społeczności lokalnych*, Warszawa 2010, s. 266.

zbieżnych (niekolidujących ze sobą i wzajemnie się wspierających). Dzięki współpracy wszelkich instytucji, organizacji, osób angażujących się w danej społeczności lokalnej w rozwiązywanie danego problemu dochodzi do negocjowania współpracy, ustalenia dróg dochodzenia do wspólnie wyznaczonych celów, w tym i sposobów motywowania aktorów do zmiany. Proces ten jest realizowany w kilku etapach:

- identyfikacja problemu i wszelkich podmiotów mogących mieć wpływ na jego rozwiązanie;
- zawiązanie ze zidentyfikowanymi podmiotami zespołu zadaniowego. Wspólne wynegocjowanie strategii rozwiązywania problemu, harmonogramu realizacji, podziału zadań;
- przeprowadzenie badań, analiza danych, sporządzanie raportów przedstawiających wskaźniki dotyczące problemu, inicjatywy służące jego rozwiązaniu, podmioty działające na rzecz rozwiązania problemu;
- promocja efektów pracy. Stworzenie warunków do przyłączenia się dla innych osób, organizacji, instytucji.

Udział partnerów jest zróżnicowany. Od podmiotu (organizacji, firmy, instytucji) inicjującego, animującego przedsięwzięcie, po podmioty, które uznają obecność w partnerstwie za korzystną ze względów wizerunkowych, ale pozostają bierne⁸⁹⁰.

Strategia o takim charakterze wiąże się z aktywizacją nastawioną na zmianę hierarchii wartości, należąca do najbardziej ingerujących w lokalną tkankę społeczną i kulturową, w której „zakładany skutek nie jest możliwy do osiągnięcia w ramach najbardziej nawet rozbudowanej pojedynczej inwencji aktywizacyjnej. Dochodzenie do oczekiwanego celu jest długotrwałym procesem społecznym i kulturowym. Interwencje aktywizacyjne partycypują w tym procesie, nie stanowią wyłącznego czynnika wprowadzającego zmianę. Niekiedy indukują, katalizują procesy (...). I dopiero suma tych procesów przynosi efekt zmiany”⁸⁹¹.

Z punktu widzenia przyjmowanego przez pedagogów społecznych skuteczną, wartościową i pożądaną strategią jest podjęcie działań właśnie w konkretnych środowiskach lokalnych. Powinno być ono poprzedzone diagnozą związaną z rozpoznaniem: miejsc problemowych (czyli określenie tych części danego środowiska, w których pojawia się kumulacja różnych problemów), grup kategorialnych (wchodzących w skład danej społeczności, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożonych marginalizacją społeczną), problemów lokalnych (utrudniających funkcjonowanie danego środowiska) oraz potencjału społeczności (powstającego w toku interakcji dokonujących się między kapitałem ludzkim, zasobami organizacji i kapitałem społecznym, istnieją-

⁸⁹⁰ Ibidem, s. 266.

⁸⁹¹ Ibidem, s. 267.

cymi w danej społeczności, a mogącymi być realizowanymi poprzez nieformalne procesy społeczne i/lub w ramach zorganizowanych działań jednostek, organizacji i sieci społecznych istniejących wśród nich i między nimi oraz w większych systemach, wewnątrz których mieści się dana społeczność lokalna)⁸⁹². „Szczególnie istotne w tym zakresie jest zinventaryzowanie zasobów instytucjonalnych, dokładne rozpoznanie tego, czym się one zajmują, w jaki sposób realizują swoje zadania, jak są odbierane przez mieszkańców, jaka jest ich rola w społeczności. Informacje te pozwolą na ustalenie aktualnego stanu zaspokajania potrzeb i rozwiązywania problemów oraz umożliwią opracowanie strategii w zakresie organizowania usług z uwzględnieniem istniejących zasobów. Organizacja usług nie powinna oznaczać, że wszystko należy tworzyć od nowa. W pierwszej kolejności należy wykorzystać to, co już istnieje, a jeżeli nie działa prawidłowo, należy podjąć działania mające na celu poprawę jakości funkcjonowania i skoordynowania tych działań. Ta koordynacja środowiskowa jest niezwykle ważnym elementem w procesie przeciwdziałania marginalizacji, bowiem tylko wspólne działania podmiotów działających w różnych obszarach, realizujących wspólną politykę ukierunkowaną na aktywizację stworzy szansę na osiągnięcie pożądaných rezultatów”⁸⁹³.

Banałem jest więc nawoływanie do rzetelnego (!) wykonywania diagnoz problemów alkoholowych w mieście/gminie, pozwalających dostosowywać lokalną politykę w stosunku do alkoholu do lokalnych potrzeb. Chcąc skutecznie wpływać na intensywność i wzory picia, jak i problemy związane z jego konsumpcją, należy w wyniku rozpoznania zyskać rozeznanie co do charakteru i rozmiaru problemu (jego lokalnej specyfiki), przy czym diagnoza winna mieć charakter dynamiczny i być stale aktualizowaną, by w oparciu o zaobserwowane zmiany modyfikować praktyczne rekomendacje dla formułowania priorytetów w tworzeniu miejskich/gminnych programów rozwiązywania problemów alkoholowych (monitoring dostarcza danych zarówno do ciągłej aktualizacji diagnozy, jak i danych do ewaluacji)⁸⁹⁴. Zdaniem Moniki Zawartki-Czekaj proces od wspomnianej wyżej inwentaryzacji instytucji, poprzez diagnozę, do skonstruowania strategii rozwiązywania problemów społecznych wydaje się być jedyną drogą gwarantującą władzom lokalnym rzeczywiste rozwiązywanie tych problemów⁸⁹⁵.

⁸⁹² B. Bąbska, *Rozpoznanie potrzeb grup marginalizowanych i wykluczonych*, (w:) M. Grewiński, B. Skrzypczak (red.), *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, Warszawa 2011, s. 144-145.

⁸⁹³ Ibidem, s. 145.

⁸⁹⁴ *Diagnoza i monitoring*. Z Januszem Sierosławskim z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie rozmawia Tadeusz Pulcyn, „Świat Problemów” 2009, nr 1, s. 18, 19.

⁸⁹⁵ M. Zawartka-Czekaj, *Mapa jako narzędzie badawcze problemów społecznych w praktyce pracy socjalnej*, (w:) A. Kotlarska-Michalska, K. Piątek (red.), *Praca socjalna – jej dyskursy, usytuowania i profile*, Toruń-Bydgoszcz 2013, s. 315.

Wspomniano już wcześniej o znaczeniu efektywnie realizowanej profilaktyki, również dotyczącej analizowanego tu problemu alkoholowego⁸⁹⁶. Tę zasadność można tak obrazowo argumentować: „Wyciąganie ludzi z wody tuż przed wodospadem to znaczne zajęcie, ale warto też popłynąć w górę rzeki i dowiedzieć się, dlaczego do niej wpadają”⁸⁹⁷. To przeciwdziałanie może przyjąć – za podpowiedzią Jerzego Kwaśniewskiego – postać zachowawczą lub kreatywną, gdzie pierwsza z nich polega na podejmowaniu działań nastawionych na eliminowanie zjawisk zagrażających aprobowanemu porządkowi społecznemu, zaś druga opiera się raczej na działaniach konstruktywnych, wzmacniających motywację i gotowość do przeciwstawiania się niepożądanym zjawiskom⁸⁹⁸. Zbigniew Gaś dodał, że działania zapobiegawcze w obszarze uzależnień muszą uwzględniać dwa nurty profilaktyki: przeciwdziałanie szkodliwym wpływom oraz celowy i konstruktywny proces nakierowany na promowanie rozwoju jednostek w kierunku realizowania ich potencjalnych możliwości⁸⁹⁹, przeprowadzane na poziomie jednostkowym i społecznym⁹⁰⁰.

Według Wincentego Okonia „w pewnym znaczeniu każde pożądane oddziaływanie pedagogiczne jest jednocześnie działaniem profilaktycznym, wytwarzając bowiem jakieś wartościowe cechy, jednocześnie zapobiega powstawaniu cech niepożądanych lub ich utrwaleniu”⁹⁰¹. Rzeczywiście, przyjęte w pedagogice społecznej szerokie rozumienie wychowania powoduje, że zakres wychowania i profilaktyki częściowo się pokrywa⁹⁰². Krzysztof Ostaszewski uznaje jednak, że wychowanie ma szerszy zakres – obejmuje bowiem cały obszar doświadczeń człowieka i ukierunkowane jest na wszystkie aspekty życia człowieka, podczas gdy w profilaktyce spektrum zainteresowań zawężone jest

⁸⁹⁶ Dla przykładu: wiosną 2009 roku ruszyła ogólnopolska kampania edukacyjno-profilaktyczna pt. „Sprawdź, czy Twoje picie jest bezpieczne”, a w jej ramach: 1) „Wyhamuj w porę”, której szczegółowymi celami było: zachęcenie dorosłych konsumentów alkoholu do oceny własnego wzoru picia oraz przekazanie wiedzy dotyczącej przeliczania alkoholu na tzw. porcje standardowe; zmotywowanie społeczności lokalnych do podejmowania działań na rzecz ograniczenia dostępności alkoholu oraz ograniczenia populacji osób pijących ryzykownie i szkodliwie; szerokie upowszechnienie w podstawowej opiece zdrowotnej procedury wczesnego rozpoznania problemów alkoholowych i krótkich interwencji; 2) uruchomienie strony internetowej dla młodzieży – <http://niebotak.pl>. Więcej informacji patrz. <http://wyhamujwpore.pl> (dostęp: 26.04.2016).

⁸⁹⁷ W.R. Miller, A.A. Forchines, A. Zweben, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, tłum. M. Cierpisz, Kraków 2014, s. 421.

⁸⁹⁸ J. Kwaśniewski, *Profilaktyka społeczna: związki ze stylami polityki społecznej oraz implikacje dla nauki*, (w:) M. Ziemska, M. Zalewska, J. Kurczewski (red.), *Zachowania dewiacyjne i kierunki oddziaływania*. Prace IPSiR UW, t. 3, Warszawa 1979, s. 165, 169.

⁸⁹⁹ Z. Gaś, *Profilaktyka uzależnień*, Warszawa 1993, s. 13.

⁹⁰⁰ *Ibidem*, s. 24-25.

⁹⁰¹ W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 1996, s. 228.

⁹⁰² K. Ostaszewski, *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Warszawa 2003, s. 33.

do jednego zachowania lub grupy zachowań, które stanowią jakiś problem⁹⁰³. Programy profilaktyczne są więc wyspecjalizowaną częścią działalności wychowawczej ukierunkowaną na zapobieganie konkretnym zjawiskom zagrażającym prawidłowemu rozwojowi, z własną specyficzną metodyką i sposobami postępowania⁹⁰⁴. W sytuacji, gdy w społeczeństwie istnieje problem alkoholowy, warto zadbać o realizację profilaktyki trojakiemu rodzaju: uniwersalną (adresowaną do całej populacji), selektywną (adresowaną do osób z grupy podwyższonego ryzyka) oraz wskazującą (ukierunkowaną na osoby wykazujące objawy zaburzeń)⁹⁰⁵. Krzysztof A. Wojcieszek dodaje, że działania profilaktyczne w zakresie problemów alkoholowych są tym skuteczniejsze, im szerszy jest ich zasięg społeczny w rozumieniu zarówno liczby odbiorców, jak i stopnia recepcji oraz internalizacji tych działań⁹⁰⁶. W jego ujęciu piramida działania profilaktycznego powinna być zbudowana na fundamencie prawno-ekonomicznych regulacji dotyczących ograniczenia dostępności napojów alkoholowych i zachowań alkoholowych, jako zasadniczym instrumencie profilaktyki problemów alkoholowych (jest to domena polityki), wzmocniona wielokanałową edukacją publiczną, promocją zdrowego stylu życia i kampaniami społecznymi (to domena mediów), a dopiero na ich podstawie winny być formułowane i realizowane zróżnicowane programy profilaktyczne⁹⁰⁷. Częściowo podobne wytyczne znaleźć można w propozycji Williama R. Millera, Alyssy A. Forchines i Allena Zwebena⁹⁰⁸, którzy również stoją na stanowisku, że potrzebne są działania prewencyjne na wszystkich trzech poziomach, aby rozwiązać problem o takiej skali i wadze (nie tylko alkoholowy, ale szerzej: uzależnienia od substancji psychoaktywnych). W ramach prewencji uniwersalnej zasygnalizowali znaczenie interwencji związanych z podażą – mających na celu ograniczenie lub kontrolę dostępu do tych substancji (np. wzrost cen czy ograniczenie punktów zbytu, ale nie dokonywane nagle i restrykcyjnie⁹⁰⁹, lecz stopniowo, małymi krokami) oraz z popytem – wycelowanych w zmniejszenie zainteresowania potencjalnych nabywców, wspartych programami edukacyjnymi i reklamą. Prewencja wybiórcza winna obejmować osoby szczególnie narażone na nie-

⁹⁰³ Ibidem, s. 33.

⁹⁰⁴ Ibidem, s. 33. Rozważania na temat celów wychowawczych w profilaktyce problemów alkoholowych prowadził K.A. Wojcieszek w publikacji: *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych. Pedagogiczne implikacje grupowych interwencji krótkoterminowych*, Kraków 2013, s. 53-71.

⁹⁰⁵ P.J. Mrazek, R.J. Haggerty, *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington 1994.

⁹⁰⁶ K.A. Wojcieszek, *Optymalizacja profilaktyki...*, op. cit., s. 368.

⁹⁰⁷ Ibidem, s. 369 i nast.

⁹⁰⁸ W.R. Miller, A.A. Forchines, A. Zweben, *Terapia uzależnień...*, op. cit., s. 423 i nast.

⁹⁰⁹ Przykładem nieskuteczności takiej linii działania jest choćby prohibicja wprowadzona w USA (w latach 1919-1933), która nie tylko nie rozwiązała istniejących problemów alkoholowych, ale przyniosła kolejne.

bezpieczeństwo uzależnienia, dlatego istotna jest wiedza dotycząca czynników ryzyka i czynników chroniących, by podjąć działania profilaktyczne w pracy z określonymi grupami osób. Zasadą docierania zaś z interwencją w ramach prewencji wskazanej, skierowanej do osób, u których zaobserwowano już objawy przedmiotowe i podmiotowe zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, winno być reagowanie możliwie wcześnie, by nie dopuszczać do tragicznych wczesnych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych na długo przed uzależnieniem od nich oraz by zapobiegać późniejszym problemom zdrowotnym, społecznym, zawodowym, finansowym i rodzinnym.

Andrew Dobelstein uważał, że nieodzownym składnikiem racjonalnej polityki społecznej jest analiza problemów społecznych, uwzględniająca cztery elementy: 1) identyfikację, zrozumienie i sprecyzowanie problemu (w tym: określenie jego źródeł – historia problemu wraz z poprzednimi próbami radzenia sobie z nim, określenie rozmiarów problemu i adresatów ewentualnego działania, określenie konsekwencji problemu dla pozostałych członków społeczeństwa oraz zidentyfikowanie instytucji mogących zostać zaangażowanymi w rozwiązanie problemu), 2) umiejscowienie ośrodka podejmującego decyzje polityczne, 3) określenie możliwych rozwiązań, 4) oszacowanie lub przewidywanie wyników podjętych działań⁹¹⁰. Wydaje się, że w Polsce w podejmowanych centralnie i lokalnie inicjatywach, których osią zainteresowania jest problem alkoholowy w jego społecznym wymiarze, zawsze brakuje któregoś z tych elementów bądź potraktowany jest on marginalnie.

Jestem świadoma tego, że zaradanie problemowi alkoholowemu w całej jego złożoności wymaga zastosowania dotychczas niepraktykowanego i w związku z tym niesprawdzonego rodzaju działań, a w zasadzie całego systemu interwencji, wskazanych w niniejszej monografii. Podejmowane próby jego rozwiązywania (częstkowego) zmierzają najczęściej w kierunku ratowania jednostek uzależnionych od alkoholu. Są to głównie działania o charakterze terapeutycznym przy stwarzaniu sprzyjających czynników wspierających ich spodziewaną skuteczność. Jednak, co niejednokrotnie tu podkreślałam, problem alkoholowy (postrzegany zarówno jako problem indywidualny, jak i społeczny) ma charakter złożony, wielowymiarowy, stąd jego pomyślnie rozwiązywanie winno pozostawać w związku z jego przejawami oraz wyznacznikami podmiotowymi i przedmiotowymi, które tkwią w jego kontekstach:

⁹¹⁰ A.W. Dobelstein, *Social Welfare. Policy and Analysis*, Chicago 1996: za: L. Miś, *Problemy społeczne...*, op. cit, s. 45.

- społeczno-kulturowych (sytuacyjnych, obyczajowych, wyznaczonych modą i naciskiem chwili);
- ogólnokrajowych, takich jak wszelkiego rodzaju rozstrzygnięcia ustawowe, instytucjonalne (jako instrumenty realizacji polityki antyalkoholowej);
- ekonomicznych (w związku ze wzrastającą produkcją i dystrybucją towarów zawierających alkohol);
- cywilizacyjnych (lansowanie i praktykowanie ludycznego, konsumpcyjnego stylu życia, łatwo dostępnych i niewymagających większego wysiłku sposobów łagodzenia napięć emocjonalnych, karnawalizm sensu ludzkiej egzystencji itd.).

Jeśli nawet podejmuje się działania zmierzające do ograniczania dokuczliwości problemu alkoholowego i jego konsekwencji, to są one skutecznie zredukowane przez obecność czynników wzmagających czy dynamizujących jego obecność. Zamierzając skutecznie tu interweniować, nie można stracić z pola widzenia i oddziaływania całego wachlarza determinantów lokujących się w obu tych grupach czynników.



Zakończenie

Przyjęta w niniejszych rozważaniach perspektywa pedagoga społecznego niewątpliwie skłania do konkluzji, że racjonalne i efektywne reakcje na problemy alkoholowe winny być podejmowane i realizowane w wymiarze lokalnych społeczności. Współczesne ujęcie tejże pracy środowiskowej proponują „autorzy przygotowanego dla rządu brytyjskiego opracowania «Community Development Challenge». Ich zdaniem składa się na nią sześć komponentów, które kolejno wynikają z siebie i razem przyczyniają się do rozwoju społeczności lokalnej, ale jednocześnie każdy z nich ma swoje własne pozytywne efekty. Te komponenty to:

1. Pomaganie ludziom dostrzec, iż w obrębie kwestii publicznych – lokalnych, ale nie tylko – mają wspólne sprawy i że mogą odnieść korzyść wspólnie i autonomicznie pracując nad nimi; ten typ pracy środowiskowej sam w sobie przynosi efekty w postaci redukcji izolacji i alienacji oraz wzrostu kapitału społecznego i kooperacji.
2. Pomaganie ludziom pracować nad owymi wspólnymi sprawami, często poprzez zawiązywanie grup zadaniowych, złożonych z członków społeczności, wspieranie tych grup w planowaniu i podejmowaniu działań, zachęcanie do oceny osiągniętych rezultatów jako sposobu podnoszenia ich własnej skuteczności; efekty: tworzenie rzeczywistych lokalnych grup lub poprawa warunków i możliwości podejmowania działań w społeczności, poprawa sprawności tych działań.
3. Niedyrektywne i etyczne wspieranie i rozwój niezależnych grup w społecznościach oraz ich sieciowanie; efekty: wzrost lokalnego sektora obywatelskiego, wolontariatu, pomocy wzajemnej i usług, wzajemne, międzygrupowe uczenie się.
4. Promowanie w toku pracy ze społecznością sprawiedliwości, integracji (*inclusiveness*), partycypacji i współpracy; efekty: poprawa w zakresie partycypacji, kapitału społecznego, współpracy i spójności społecznej.
5. Wzmacnianie (*empowerment*) członków społeczności i ich organizacji w takim stopniu, by mieli możliwość wpływania i przekształcania działań władz publicznych i świadczonych przez nie usług oraz wpływania na inne czynniki oddziałujące na warunki ich życia; efek-

ty: wzrost zaangażowania i wpływu społeczności na dialog: władze publiczne – społeczność oraz na spójność i skuteczność publicznych polityk.

6. Informowanie i doradzanie władzom publicznym w zakresie problematyki społeczności lokalnych oraz asystowanie im we wzmacnianiu tych społeczności oraz w działaniach podejmowanych w prawdziwym z nimi partnerstwie; efekty: wzrost możliwości władz publicznych i ich organów w angażowaniu ich w społeczności, poprawa w zakresie świadczonych przez sektor publiczny usług, wzrost zasobów dostępnych dla sektora obywatelskiego⁹¹¹.

Jak wskazuje Tomasz Kaźmierczak: „tak rozumiana praca środowiskowa prowadzona jest na czterech poziomach:

- na poziomie jednostek – członków społeczności, by pomóc im zmobilizować się i zaktywizować;
- na poziomie lokalnych grup i organizacji, by pomóc im powstać, rozwinąć się i działać skuteczniej;
- z sieciami grup i organizacji, by pomóc im współpracować i zyskać zbiorową siłę;
- z władzami publicznymi i jej organami, by pomóc im zrozumieć dynamikę życia społeczności lokalnej, pośredniczyć w udzielanym przez nich wsparciu, poprawiać jakość świadczonych przez nich usług i w ten sposób lepiej zaspokajać potrzeby społeczności⁹¹².

Pedagog społeczny, badając rzeczywistość z intencją dostarczenia wiedzy mogącej przyczynić się do ulepszania i modyfikacji środowiska, winien brać pod uwagę możliwości działań czworakiego rodzaju oraz ich skuteczność:

- 1) konserwacja: pielęgnowanie rozwoju i wartości,
- 2) meliorowanie: usuwanie ze środowiska elementów i czynników, które są bezwartościowe lub szkodliwe dla rozwoju człowieka,
- 3) kompensacja: nasycanie środowiska elementami i czynnikami uznanymi za wartościowe, które nie występują w danym środowisku i których jednostka była pozbawiona w dotychczasowym rozwoju,
- 4) profilaktyka: zabezpieczanie środowiska przed występowaniem czynników hamujących zaistnienie sytuacji korzystnych, ograniczających pozytywne oddziaływania⁹¹³.

Raz jeszcze warta podkreślenia jest dyrektywa tworzenia sieci podmiotów, swoistej koalicji i kooperacji dopełniających się w działaniach profesji pomocowych na rzecz rozwiązywania problemu alkoholowego i jego

⁹¹¹ Oryginalne źródło dostępne na <http://communities.gov.uk>; przywołane tłumaczenie autorstwa T. Kaźmierczaka, z: idem, *Praca i praktyka środowiskowa...*, op. cit., s. 71-72.

⁹¹² Ibidem, s. 72-73.

⁹¹³ W. Sroczyński, *Wybrane zagadnienia...*, op. cit., s. 105.

konsekwencji. „W turbulentnym środowisku, przy zmiennych przepisach, trudnej sytuacji gospodarczej, kryzysie budżetu państwa i braku stabilizacji politycznej powinny powstawać lokalne strategie na rzecz rozwoju współpracy dla rozwiązywania problemów społecznych”⁹¹⁴ – nawołuje Jerzy Krzyszkowski. W obliczu problemów społecznych reprezentanci lokalnie ulokowanych instytucji zwykle przyjmują jednak jeden z czterech typów zachowań w sytuacji braku współpracy między różnymi lokalnymi instytucjami⁹¹⁵. Pierwszym jest strategia zawieszenia/wycofania, zbudowana na przekonaniu o marnowaniu czasu i energii na „szyfrową pracę”, w której zrzuca się odpowiedzialność za przyjęcie odpowiednich rozstrzygnięć na lokalne władze. Inni, z różnych względów, preferują wejście w rolę „samotnego strzelca”, działającego samodzielnie i energicznie, bez kontaktu z innymi służbami. Niektórzy podejmują próby wejścia w rolę organizatora sieci – networkera, starającego się nawiązać osobiste relacje z przedstawicielami innych służb i placówek oraz budować sieć współpracy. Najmniej jest tych, którzy są zdeterminowani, by wejść w rolę koordynatora – case managera, próbującego koordynować działania różnych służb i instytucji.

Punktem wyjścia do kolejnych kroków muszą być jednak z pewnością przemyślane i kompleksowe miejskie i gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, które – jak podpowiada Anna Dodziuk – wiążą się z opłacalnością w wielu wymiarach: zdrowotnym, prawnym, społecznym i moralnym⁹¹⁶. Przywołuje przy tym szacunkowe obliczenia, wskazujące, że w skali państwa koszty szkód alkoholowych są 4-5-krotnie wyższe od przychodów ze sprzedaży napojów alkoholowych, co przekonuje, jak kosztowna jest polityka pozostawiania problemów alkoholowych samym sobie⁹¹⁷.

Istotne jest również uwzględnienie kolejnego warunku sukcesu na polu rozwiązywania szeroko rozumianych problemów alkoholowych: „Pomiędzy polityką społeczną realizowaną przez rząd i inne podmioty centralne a polityką realizowaną przez podmioty regionalne i lokalne powinna zachodzić zgodność, gdy chodzi o ogólne cele polityki społecznej w państwie przy rów-

⁹¹⁴ J. Krzyszkowski, *Pomoc społeczna...*, op. cit., s. 181.

⁹¹⁵ Typy wyróżnione w badaniach przeprowadzonych w 2010 roku na reprezentatywnej próbie 1210 pracowników socjalnych. Patrz. M. Rymśza, *Wybrane aspekty profesjonalizacji pracy socjalnej w Polsce: samorząd zawodowy, środowiskowe role zawodowe, wsparcie warunkowe*, (w:) M. Rymśza (red.), *Czy podejście aktywizujące ma szansę? Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce 20 lat po reformie systemu pomocy społecznej*, Warszawa 2011, s. 213-214.

⁹¹⁶ A. Dodziuk, *Dlaczego gminie opłaca się dobry program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Świat Problemów” 2003, nr 7-8, s. 5-6.

⁹¹⁷ Ibidem, s. 6. O wynikach oceny realizacji lokalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych patrz. w: K. Łukowska, *Błędy i uchybienia w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Świat Problemów” 2016, nr 12.

noczesnym nakierowaniu tych polityk na zaspokojenie specyficznych potrzeb i rozwiązywanie problemów charakterystycznych dla poszczególnych regionów i środowisk lokalnych. Polityka gospodarcza i społeczna państwa powinna być wewnętrznie spójna, co wynika z faktu, że każda decyzja w sferze polityki gospodarczej wywołuje skutki społeczne, a decyzje w dziedzinie polityki społecznej mają wpływ na gospodarkę i budżet państwa⁹¹⁸.

Nie tracą na aktualności słowa Hanny Jędruszczak sprzed ponad 40 laty, która już wówczas stwierdzała, że brak w Polsce skutecznej polityki, która zmierzałaby celowo i świadomie zarówno do ograniczenia problemu alkoholowego u jego źródeł, a więc do eliminacji trwałych jego przyczyn, jak i do ograniczenia szerokiego kompleksu obyczajów jemu sprzyjających⁹¹⁹. Norbert Sillamy dodaje, że pomimo stosowanych środków prawnych dla ograniczenia społecznych strat powodowanych przez problemy alkoholowe pozostaną one nieskuteczne, jeśli nie zajdą odpowiednio głębokie zmiany w świadomości społecznej⁹²⁰. Trzeba więc połączyć odpowiednie: ustawodawstwo, politykę społeczną, wczesną diagnozę, skuteczną interwencję wycelowaną w potrzeby odbiorców, działania nakierowane na wywołanie i utrwalenie zmian w społecznej świadomości oraz oddziaływanie o charakterze profilaktycznym, bo tylko w ten sposób można doprowadzić do eliminacji lub przynajmniej zmniejszenia rozmiarów problemu alkoholowego, jak i każdego innego, postrzeganego i rozwiązywanego z perspektywy pedagogiki społecznej.

⁹¹⁸ J. Krzyszkowski, J. Przywojska, *Lokalne strategie rozwiązywania problemów społecznych jako instrument decentralizacji polityki społecznej*, (w:) M. Grewiński, A. Karwacki (red.), *Strategie w polityce społecznej*, Warszawa 2009, s. 222-223.

⁹¹⁹ H. Jędruszczak, *O koncepcję polityki społecznej*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze...*, op. cit., s. 119.

⁹²⁰ N. Sillamy, *Słownik psychologii*, tłum. K. Jarosz, Katowice 1995, s. 18.

Bibliografia

- Abel E., *Maternal Alcohol Consumption and Spontaneous Abortion*, „Alcohol and Alcoholism” 1997, nr 32.
- Adam A., *Pokonać dysonans*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 1.
- Ałapin B., *Pięćset przypadków alkoholizmu u kobiet*, Warszawa 1965.
- Ambrozik W., *Sytuacja społeczna dziecka rodziny alkoholicznej w kulturowo zaniedbanym rejonie wielkiego miasta*, Poznań 1983.
- Andersen A.M., Olsen J., Grønbaek M., *Alcohol Consumption during Pregnancy and Risk of Preterm Delivery*, „American Journal of Epidemiology” 2004, nr 159.
- Anderson P., Baumberg B., *Alkohol w Europie. Perspektywy zdrowia publicznego*, tłum. K. Mazurek, Warszawa 2002.
- Anderson P., Baumberg B., *Wnioski i zalecenia. Alkohol w Europie*, tłum. K. Mazurek, Warszawa 2007.
- Anderson P., Gual A., Colom J., *Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna. Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji*, tłum. K. Pacholik, Warszawa 2007.
- Anderson P., Møller L., Galea G., *Alcohol in the European Union. Consumption, Harm and Policy Approaches*, WHO, 2012.
- Appelt K., *Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk 2005.
- Auleytner J., *Polityka społeczna czyli ujarzianie chaosu socjalnego*, Warszawa 2002.
- Auleytner J., Głębicka K., *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, Warszawa 2000.
- Auleytner J., Głębicka K., *Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków*, Warszawa 2001.
- Babor T.F. i in., *Alcohol: No Ordinary Commodity*, „Research and Public Policy”, Oxford 2010.
- Badora S., *Kulturowe konteksty mechanizmów uzależnień*, (w:) S. Badora, I. Mudrecka (red.), *Strategie rozwiązywania problemów uzależnień*, Opole 2006.
- Bakuła A., *Nie wszyscy do jednego worka, nie wszyscy tą samą miarką*, „Świat Problemów” 2002, nr 10.
- Bakuła A., *Terapeuta w gąszczu przepisów*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 4.
- Bakuła P.Y., *Dziecko, adolescent i młody dorosły w systemie pomocy terapeutycznej*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 3.
- Barczak A., *Ekonomiczne aspekty picia i nadużywania alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1993, nr 1.
- Barczykowska A., *Kapitał społeczny a zjawiska patologii społecznej w wielkim mieście*, Kraków 2011.
- Barczykowska A., Muskała M., *Studentki jako konsumentki napojów alkoholowych*, (w:) D. Apanel (red.), *Opieka i wychowanie – tradycja i problemy współczesne*, Kraków 2009.

- Bardziejewska M., *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk 2005.
- Bartosik A. (red.), *Picie alkoholu w różnych okresach życia*, Warszawa 2000.
- Bauman Z., *Płynne życie. Życie w epoce niepewności*, Kraków 2007.
- Bąbska B., *Rozpoznanie potrzeb grup marginalizowanych i wykluczonych*, (w:) M. Grewiński, B. Skrzypczak (red.), *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, Warszawa 2011.
- Becelewska D., *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*, Katowice 2005.
- Beckman L.J., *Perceived Antecedents and Effects of Alcohol Consumption in Women*, „*Journal of Studies on Alcohol*” 1980, nr 41.
- Beckman L.J., *Przeszkody w leczeniu alkoholizmu u kobiet*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa 1997.
- Beckman L.J., *Specyfika terapii kobiet z problemami alkoholowymi*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa 1997.
- Beckman L.J., Amaro H., *Personal and Social Difficulties Faced by Women and Men Entering Alcoholism Treatment*, „*Journal of Studies on Alcohol*” 1986, nr 47(2).
- Bednarczyk M., *Przemoc seksualna, czynniki podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych pod wpływem alkoholu*, (w:) K. Linowski, M. Jędrzejko (red.), *Trzeźwość i uzależnienia jako wyzwanie duszpasterskie i pedagogiczne*, Radom 2012.
- Beim M., *Modelowanie procesu suburbanizacji w aglomeracji poznańskiej*, Poznań 2009.
- Besala J., *Alkoholowe dzieje. Czasy Piastów i Rzeczypospolitej szlacheckiej*, Poznań 2015.
- Besançon F., *Więzienie, które można otworzyć. Porozumienie z osobą uzależnioną od alkoholu*, tłum. M. Stark, A. Mateusiak, Poznań 1999.
- Beylin P., *Dyktatura alkoholu*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa 1972.
- Bętkowska-Korpała B., *Osobowościowe uwarunkowania dynamiki zdrowienia u osób uzależnionych od alkoholu*, Kraków 2013.
- Białobrzeska K., Kurkowski C. (red.), *Zagrożone człowieczeństwo, t. 1: Zagrożenia w obszarze rodziny, dzieciństwa i okresu dorastania*, Kraków 2012.
- Bielewicz A., Moskalewicz J., *Alkohol a współczesne procesy makrospołeczne*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986.
- Bielewicz A., Moskalewicz J., *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986.
- Bierwiaczonek K., Szczepański M.S., *Miejskość i innowacyjność – próba analizy socjologicznej*, (w:) M.S. Szczepański, K. Bierwiaczonek, K. Wojtasik (red.), *Miejskość i duch innowacyjności*, Katowice 2013.
- Blumer H., *Social Problems as Collective Behaviour*, „*Social Problems*” 1971, vol. 18.
- Bockenheimer K., *Przy polskim stole*, Wrocław 1998.
- Bogucki M., Gierczyński J., Grylewicz J., *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Warszawa 2013.
- Boguszewski R. (oprac.), *Zmiany w zakresie podstawowych wskaźników religijności Polaków po śmierci Jana Pawła II*, Warszawa 2015.
- Boras Z., Trzeciakowski L., *W dawnym Poznaniu. Fakty i wydarzenia z dziejów miasta do roku 1918*, Poznań 1969.
- Bradley K.A., Badrinath S., Bush K., Boyd-Wickizier J., Anawalt B., *Medical Risks for Women Who Drink Alcohol*, „*Journal of General Internal Medicine*” 1998, nr 13.
- Breska R., *Sytuacja rodzinna osób uzależnionych podejmujących stacjonarne leczenie psychoterapeutyczne*, (w:) A. Kożyczkowska, M. Szczepka-Pustkowska (red.), *Człowiek w systemie pomocy. Konteksty i rozwiązania edukacyjne*, Gdańsk 2010.

- Brodniak W.A., *Psychologiczny i socjomedyczny profil dwóch grup kobiet: pacjentek poradni odwykowych i pacjentek przychodni rejonowych*, „Alkoholizm i Narkomania” 1991, nr 5.
- Brodniak W.A., *Socjomedyczna ocena pacjentek poradni odwykowych. Badania katamnesticzne*, „Problemy Alkoholizmu” 1990, nr 2.
- Brodzki J., *Dwa filary*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczajach*, Warszawa 1972.
- Brown S., *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, tłum. E. Woydyłło, Warszawa 1992.
- Brzezińska A.I., Hermanowski Sz., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk 2005.
- Buczowski K., *Obserwacja uczestnicząca w zespołach kuratorskiej służby sądowej – opis wyników*, (w:) D. Wójcik (red.), *Kuratela sądowa. Sukcesy i porażki*, Warszawa 2010.
- Buczowski K., Czarnecka-Działuk B., Drapała K., Marczewski M., Ostaszewski P., Więcek-Durańska A., Wójcik D., *Wyniki analizy dozoru kuratora orzeczonego przy warunkowym zawieszeniu kary pozbawienia wolności – na podstawie akt wykonawczych*, (w:) D. Wójcik (red.), *Kuratela sądowa. Sukcesy i porażki*, Warszawa 2010.
- Budrewicz I., Sołtysiak T., *Środowisko rodzinne a nadużywanie alkoholu przez kobiety (wstępne doniesienia z badań)*, „Problemy Alkoholizmu” 1994, nr 8-9.
- Bugajny W., *Reklama elementem promocji*, „Problemy Alkoholizmu” 1994, nr 6.
- Bugajny W., *Reklamie alkoholu stanowcze „nie”*, „Problemy Alkoholizmu” 1994, nr 7.
- Bystron J., *Dzieje obyczajów, wiek XVI-XVIII*, t. 2, Warszawa 1976.
- Cantopher T., *Wszystko za drinka. Jak radzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, tłum. P. Żak, Kielce 2012.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, cz. 1, tłum. W. Dietrich i in., Gdańsk 2003.
- Cheroitel Ch.J., *Urazy a picie alkoholu. Alkohol a ryzyko szkód zdrowotnych*, Warszawa 2011.
- Chlebio-Abed D., *Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu. Przegląd wybranych strategii i programów*, Katowice 2000.
- Chodkiewicz J., *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*, Łódź 2012.
- Chodkiewicz J., *Predykatory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet i uzależnionych od alkoholu*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, nr 14.
- Chrostek L., Cylwik B., Szmitkowski M., *Różnice płciowe w metabolizmie etanolu*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 2004, nr 3.
- Cibor R., *Motywy podejmowania leczenia odwykowego*, „Problemy Alkoholizmu” 1989, nr 6.
- Cierpiałkowska L., Grzegorzewska I., *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*, Poznań 2016.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Warszawa 2010.
- Cloninger C.R., *A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants*, „Archives of General Psychiatry” 1987, t. 44.
- Coleman J.W., Kerbo H.R., *Social Problems*, New Jersey 2002.
- Corrigan E.M., *Alcoholic Women on Treatment*, New York 1980.
- Coyne J.C., Downey G., *Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support and Coping Processes*, „Annual Review of Psychology” 1991, nr 42.
- Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2014. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2015.
- Czekaj K., *Mapy problemów społecznych jako narzędzie badawcze ekologii humanistycznej. Aspekty teoretyczne i empiryczne*, (w:) J. Wódz (red.), *Zagrożenia ekologiczne. Warunki życia. Wizje przyszłości*, Katowice 1993.

- Czerkawska A., *Miejsce organizacji abstynenckich w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Świat Problemów” 2011, nr 8.
- Czym jest wyzdrowienie? Jeszcze raz o definicji Panelu Dyskusyjnego Instytutu Betty Ford, „Alkoholizm i Narkomania” 2010, t. 23, nr 3.
- Dampz M., *Alkohol i biesiadowanie w obyczajowości Polaków*, Toruń 2005.
- Danecki J., *Kwestie społeczne. Wybrane zagadnienia teoretyczne*, (w:) K. Gorlach, A.M. Pyrc (red.), *Węzłowe kwestie społeczne wsi polskiej u progu XXI wieku*, Kraków 2000.
- Danilewicz W., *Pedagogika społeczna w poszukiwaniu i budowaniu nowej rzeczywistości – perspektywa czasu i przestrzeni*, (w:) M. Sobecki (red.), *Pedagogika wobec wyzwań współczesności. Humanistyczny wymiar kapitału ludzkiego*, Łomża 2010.
- Danilewicz W., Sobecki M., Sosnowski T. (red.), *Środowisko – zasoby – profesjonalizacja: pedagogika społeczna wobec zmian przestrzeni życia społecznego*, Warszawa 2013.
- Danilewicz W., Theiss W. (red.), *Pedagogika społeczna wobec zagrożeń człowieka i idei sprawiedliwości społecznej*, Warszawa 2014.
- Dąbrowska K., *Ograniczenie fizycznej dostępności alkoholu – wybrane problemy*, „Świat Problemów” 2015, nr 10.
- Deal S.R., Gavalier J.S., *Czy kobiety są bardziej niż mężczyźni podatne na marskość wątroby spowodowaną piciem alkoholu*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa 1997.
- Dees W.L., Srivatsava V.K., Hiney J.K., *Alcohol and Female Puberty*, „Alcohol Research and Health” 2001, nr 25.
- Denzin N.K., Lincoln Y.S., *Methodological Issues in the Study of Social Problems*, (w:) G. Ritzer (ed.), *Handbook of Social problems. A Comparative International Perspective*, Thousand Oaks 2004.
- Diagnoza i monitoring. Z Januszem Sierostawskim z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie rozmawia Tadeusz Pulcyn*, „Świat Problemów” 2009, nr 1.
- Diagnoza problemów alkoholowych w Poznaniu*, Warszawa 2014.
- Dmochowska H. (red.), *Kobiety w Polsce*, Warszawa 2007.
- Dobczyńska M., *Nie przyszły po to, żeby się poprawić*, „Świat Problemów” 1995, nr 5.
- Dobelstein A.W., *Social Welfare. Policy and Analysis*, Chicago 1996.
- Dodziuk A., *Natógowy człowiek w natógowym społeczeństwie*, (w:) A. Dodziuk, L. Kapler, *Natógowy człowiek*, Warszawa 1999.
- Dodziuk A., *Trudna nadzieja*, Warszawa 1993.
- Dodziuk A., *Trzeźwienie jako droga życiowa*, Warszawa 2006.
- Doliński D., *Inni ludzie w procesach motywacyjnych*, (w:) J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, Gdańsk 2006.
- Dragan M., *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*, Warszawa 2016.
- Durasiewicz A., *Alkoholizm jako patologia społeczna – aspekt lokalny i krajowy*, (w:) K. Linowski, M. Jędrzejko (red.), *Trzeźwość i uzależnienia jako wyzwanie duszpasterskie i pedagogiczne*, Radom 2012.
- Dyczewski L., *Rodzina polska i kierunki jej przemian*, Warszawa, 1981.
- Dyoniziak R., *Spółczesność w procesie zmian. Zarys socjologii ogólnej*, Kraków 1994.
- Dziewanowski K., *To trudniejsze, niż zwykle sądzimy*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa 1972.
- Emmanuele M.A., Wezeman F., Emmanuele N.V., *Alcohol's Effect on Female Reproductive Function*, „Alcohol Research and Health” 2002, nr 26.
- Etzioni A., *Social Problems*, New York 1976.
- Falewicz J.K., *Jak pijemy? Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych z roku 1968*, Warszawa 1972.

- Fillmore K.M. i in., *A Meta-Analysis of Life Course Variation in Drinking*, „British Journal of Addiction”, 1991, nr 86(10).
- Firlit-Fesnak G., Szyliko-Skoczny M. (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa 2008.
- Fiutowski J., *Obyczaj, nawyk czy choroba?*, Warszawa 1978.
- Fort T., Porterfield A.L., *Some Backgrounds and Types of Alcoholism Among Women*, „Journal of Health and Social Behavior” 1961, nr 2.
- Frąckowiak T. (red.), *Arytmia egzystencji społecznej a wychowanie*, Warszawa 2011.
- Frezza M. i in., *High Blood Alcohol Levels in Women: The Role of Decreased Gastric Alcohol Dehydrogenase and First-pass Metabolism*, „New England Journal of Medicine” 1990, nr 322(2).
- Frieske K., *Teoretyczne opcje socjologii problemów społecznych*, (w:) *Socjologia problemów społecznych. Teorie i rzeczywistość*, Wrocław 1987.
- Frieske K.W., Poławski P., *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*, Katowice 1999.
- Frieske K., Sobiech R., *Narkomania. Interpretacje problemu społecznego*, Warszawa 1987.
- Frieske K., Sobiech R., *Pijaństwo. Interpretacje problemu społecznego*, Warszawa 1984.
- Fromm E., *O sztuce miłości*, tłum. A. Bogdański, Warszawa 1997.
- Frysztacki K., *Miasta metropolitarne i ich przedmieścia*, Kraków 1997.
- Frysztacki K., *Organizacja życia społecznego w zbiorowości wielkomiejskiej (studium wybranych grup mieszkańców Krakowa)*, Wrocław 1982.
- Frysztacki K., *Problemy społeczne*, (w:) *Encyklopedia socjologii*, t. 3, Warszawa 2000.
- Frysztacki K., *Rozwój, właściwości i znaczenie socjologii stosowanej*, (w:) K. Frysztacki (red.), *Z zagadnień socjologii stosowanej*, Kraków 1996.
- Frysztacki K., *Socjologia problemów społecznych*, Warszawa 2009.
- Frysztacki K., *Wątki teoretycznych i empiryczno-praktycznych zainteresowań w socjologii Uniwersytetu Opolskiego*, (w:) K. Frysztacki, M. Korzeniowski (red.), *Wokół sposobów życia, kwestii społecznych i wzorów ich rozwiązywania*, Opole 2005.
- Fudała J., *Efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2007, nr 4.
- Fudała J., *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Warszawa 2008.
- Fudała J., *Leczenie uzależnienia od alkoholu w Polsce w 2013 roku*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 5.
- Fudała J., *Mapa potrzeb w uzależnieniu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 6.
- Fudała J., *Pacjentek będzie coraz więcej*, „Świat Problemów” 1999, nr 5.
- Fudała J., *Polskie leczenie odwykowe w liczbach*, „Świat Problemów” 2012, nr 11.
- Fudała J., *Rozpoznawanie problemów alkoholowych pacjentów*, Warszawa 2007.
- Fudała J., *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w miejscu pracy*, „Świat Problemów” 2009, nr 12.
- Fudała J., Dąbrowska K., Łukowska K., *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, Warszawa 2014.
- Fuller R.C., Myers R.R., *The Natural History of Social Problem*, „American Sociological Review” 1941, nr 6.
- Gaś Z., *Profilaktyka uzależnień*, Warszawa 1993.
- Gaś Z., *Rodzina a uzależnienie*, Lublin 1994.
- Gaś Z., *Rodzina wobec uzależnienia*, Warszawa 1993.
- Gately I., *Kulturowa historia alkoholu*, tłum. A. Kunicka, Warszawa 2011.

- Gavaler J.S., *Effects of Moderate Consumption of Alcoholic Beverages on Endocrine Function in Postmenopausal Women: Bases for Hypotheses*, (w:) M. Galanter (ed.), *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 6, New York 1988.
- Gavaler J.S., Arria A.M., *Increased Susceptibility of Women to Alcoholic Liver Disease: Artfactual or Real?* (w:) P. Hall (ed.), *Alcoholic Liver Disease: Pathology and Pathogenesis*, London 1995.
- Gąsior K., *Kobiety, alkohol i środki odurzające – pomoc i terapia*, cz. 2, „Świat Problemów” 2014, nr 5.
- Gąsior K., *Typy alkoholizmu u kobiet*, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, t. 18, nr 1-2.
- Gąsior K., *Typy alkoholizmu u kobiet. Badania, interpretacja psychologiczna, psychoterapia*, Kielce 2006.
- Gąsior K., Kaleta-Kupiecka M., Kupiecki A., *Terapia kobiet uzależnionych od alkoholu*, „Problemy Alkoholizmu” 1995, nr 3.
- Gąsior K., Kaleta-Kupiecka M., Kupiecki A., Kupis S., *Efektywność terapii odwykowej*, „Problemy Alkoholizmu” 1994, nr 1.
- Geron K., *Płeć a uzależnienie od alkoholu*, (w:) A. Kuczyńska, E.K. Dzikowska (red.), *Zrozumieć płeć. Studia interdyscyplinarne*, Wrocław 2004.
- Gierowski J.K., Lew-Starowicz Z., Mellibruda J., *Psychopatologia zjawisk społecznych*, (w:) J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk 2007.
- Gill J., *The Effects Of Moderate Alcohol Consumption On Female Hormone Levels And Reproductive Function*, „Alcohol and Alcoholism” 2000, nr 35(5).
- Ginowicz H., *Koedukacja może przeszkadzać*, „Świat Problemów” 2002, nr 10.
- Ginowicz H., *One leczy się inaczej*, „Świat Problemów” 1999, nr 5.
- Ginowicz H., *Pacjentki 2005*, „Świat Problemów” 2005, nr 10.
- Gleick J., *Szybciej*, tłum. J. Bieroń, Poznań 2003.
- Glenn S.W., Nixon S.J., *Applications of Cloninger's Subtypes in a Female Alcoholic Sample*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1991, nr 5.
- Głowik T., *Pacjenci mają różny numer butów, czyli o pułapkach integracyjnej terapii uzależnień (Podejście strategiczno-strukturalne)*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 3.
- Gola W., Grotecka M., Rżanek K., *Badanie zjawiska używania alkoholu wśród kobiet świadczących usługi seksualne. Stowarzyszenie Program Stacja. Raport z badań - wersja elektroniczna na stronie internetowej Stowarzyszenia Program Stacja*: <http://programstacja.org.pl>
- Golczyńska-Grondas A., *Specyfika pracy przedstawicieli służb społecznych w obszarach zagrożenia*, (w:) W. Warzywoda-Kruszyńska (red.), *(Żyć) Na marginesie wielkiego miasta*, Łódź 1999.
- Gorlach K., *Społeczne mechanizmy genezy i identyfikacji problemów społecznych*, (w:) K. Czekaj, K. Gorlach, M. Leśniak, *Labirynty współczesnego społeczeństwa. Kluczowe problemy społeczne w kształceniu pracowników socjalnych*, Warszawa 1996.
- Górski J., *Alkohol w kulturze i obyczaju*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa 1972.
- Grab S., *Razem czy osobno*, „Świat Problemów” 2002, nr 10.
- Grabowska M., *Światło nadziei*, (w:) W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Poznań 2004.
- Grant F.B., Stinson S.F., Dawson A.D., Chou P., Ruan W.J., Pickering P.R., *Cooccurrence of 12-month Alcohol and Drug Use Disorder Sand Personality Disorders in the United States: Results from National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, „Archives General of Psychoatry” 2004, nr 61.

- Greenfield F.S., *Women and Substance Use Disorders*, (w:) M.F. Jensvold, U. Halbreich (ed.), *Psychopharmacology and Women: Sex, Gender, and Hormones*, Washington 1996.
- Greenglass E., *Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem*, (w:) H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa 2004.
- Grewiński M., *Zakończenie*, (w:) M. Grewiński, M. Rymśa (red.), *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, Warszawa 2011.
- Grewiński M., Lizut J., *Pomoc społeczna jako realizator efektywnych usług socjalnych*, Toruń 2013.
- Grodstein F., Goldman M.B., Cramer D.W., *Infertility in Women and Moderate Alcohol Use*, „*American Journal of Public Health*” 1994, nr 84.
- Grudziak-Sobczyk E., *Alkohol a polska młodzież. Raport 1992*, Warszawa 1993.
- Gubiński A., *Jak głęboko sięgać powinno prawo?*, „*Problemy Alkoholizmu*” 1991, nr 5.
- Habratt B., *Alkoholizm mężczyzn i kobiet – biologiczne uwarunkowania różnic*, „*Świat Problemów*” 2002, nr 10.
- Habratt B., *Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnienia od alkoholu*, „*Alkoholizm i Narkomania*” 2013, nr 1.
- Hałas E., *Interakcjonizm symboliczny. Społeczny kontekst znaczeń*, Warszawa 2006.
- Hałas E., *Problemy nierówności społecznych w perspektywie symbolicznego interakcjonizmu*, „*Roczniki Nauk Społecznych*” 1087, t. 15, z. 1.
- Hamera B., *Zagubiony horyzont*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa 1972.
- Hansen A., *O pełniejszą diagnostykę i terapię naszych słabości*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa 1972.
- Hasin D.S., Grant B.F., Weinflash J., *Male/female Differences in Alcohol-related Problems: Alcohol Rehabilitation Patients*, „*International Journal of the Addictions*” 1988, nr 23(5).
- Havighurst R.J., *Developmental Tasks and Education*, New York 1981.
- Helzer J.E i wsp., *Alcohol Abuse and Dependence*, (w:) L.N. Robins, D.A. Regier (ed.), *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*, New York 1991.
- Helzer J.E., Pryzbeck T.R., *The Co-occurrence of Alcoholism with Other Psychiatric Disorders in the General Population and its Impact on Treatment*, „*Journal of Studies on Alcohol*” 1988, nr 49.
- Hesselbrock M.N., Meyer, R.E., Keener, J.J., *Psychopathology in Hospitalized Alcoholics*, „*Archives of general Psychiatry*” 1985, nr 42.
- Hill S.Y., *Vulnerability to the Biomedical Consequences of Alcoholism and Alcohol-related Problems Among Women*, (w:) S.C. Wilsnack, L.J. Beckman (ed.), *Alcohol Problems in Women. Antecedents, Consequences, and Intervention*, New York 1984.
- Hołyst B., *Alkohol a przestępstwo w świetle teorii i statystyki*, „*Problemy Alkoholizmu*” 2002, nr 1.
- Hołyst B., *Kryminologia*, Warszawa 2009.
- Hommer D. i in., *Changes in CSF, Ventricular, Gray and White Matter Volumes in Female Alcoholics Measured by Automated Segmentation of MRI Images*, „*Alcoholism: Clinical and Experimental Research*” 1996, nr 20.
- Hommer D. i in., *Decreased Corpus Callosum Size Among Alcoholic Women*, „*Archives of Neurology*” 1996, nr 53(4).
- Horton P.B., Leslie G.R., *The Sociology of Social Problems*, New York 1970.
- Hryszkiewicz D., *(Ko)edukacja i terapia*, „*Świat Problemów*” 2002, nr 10.
- Ilnicka M., *Ból silniejszy niż wola trzeźwienia*, „*Świat Problemów*” 1999, nr 5.
- Ilnicka M., *One nie potrafią sobie tego darować*, „*Świat Problemów*” 2002, nr 3.
- Łowski Z., *Nadużywanie alkoholu a samobójstwa*, „*Problemy Alkoholizmu*” 1990, nr 7-8.

- Informacja z działań Policji w zakresie zapobiegania przestępczości oraz patologiom społecznym w 2011 roku*, Warszawa 2012.
- Jadach K., *Praca kuratora sądowego w sprawach rodzinnych, nieletnich i karnych*, Poznań 2011.
- Jahoda M., Lazarsfield P.F., Meisel H., *Bezrobotni Marienthalu*, tłum. R. Marszałek, Warszawa 2007.
- Jakiej pomocy potrzebują alkoholicy o stabilnej abstynencji?*, „Świat Problemów” 2001, nr 11.
- Jakubczyk A., *Uzależnienie i nadużywanie alkoholu a zaburzenie związane z używaniem alkoholu – czym różnią się między sobą kryteria diagnostyczne DSM-IV i DSM-5?*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” 2016, nr 3.
- Jakubczyk A., Wojnar M., *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*, „Psychiatria Polska” 2012, tom XLVI, nr 3.
- Jakubiak-Głowacka M., *Alkohol a seksualność kobiet i mężczyzn, społecznych stereotypów i docierania do większej grupy osób pijących szkodliwie*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” 2015, nr 2.
- Jakubiak-Głowacka M., *Poza zasadę demokracji, czyli o pracy z kobietami uzależnionymi od alkoholu (cz. II)*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” 2015, nr 6.
- Jałowicki B., *Człowiek w przestrzeni miasta*, Katowice 1980.
- Jałowicki B., *Miasto i społeczne problemy urbanizacji*, Warszawa-Kraków 1972.
- Janiszewska-Rain J., *Okres później dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w podeszłym wieku?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk 2005.
- Jarczyńska J., *Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym*, Warszawa 2009.
- Jarosz E., *Idee multisektorowości w rozwiązywaniu problemów przemocy i zaniedbywania dziecka w rodzinie – znaczenie dla pracy socjalnej*, (w:) E. Marynowicz-Hetka, M. Granosik, D. Wolska-Prylińska (red.), *Badania w pracy socjalnej/społecznej – przegląd dokonań i perspektywy*, Łódź 2007.
- Jarosz E., Nowak A., *Dzieci ofiary przemocy w rodzinie: raport Rzecznika Praw Dziecka: funkcjonowanie znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*, Warszawa 2012.
- Jarosz E., Wysocka E., *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006.
- Jarosz M., *Pijaństwo w Polsce – tradycje, motywy, skutki*, (w:) M. Jarosz (red.), *Alkohol w zakładzie pracy. Problemy ekonomiczne i społeczne*, Warszawa 1990.
- Jedynak T., *Nadzór kuratora sądowego*, (w:) T. Jedynak, K. Stasiak (red.), *Zarys metodyki pracy kuratora sądowego*, Warszawa 2010.
- Jedynak T., *Zadania kuratorów sądowych*, (w:) T. Jedynak, K. Stasiak (red.), *Zarys metodyki pracy kuratora sądowego*, Warszawa 2010.
- Jellinek E.M., *The Disease Concept of Alcoholism*, New Brunswick 1962.
- Jenkins P., *Intimate Enemies. Moral Panics In Contemporary Great Britain*, New York 1992.
- Jędruszczak H., *O koncepcję polityki społecznej*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa 1972.
- Jędrzejko M., Janusz M., Walancik M., *Czynniki ochronne i ryzyka w uzależnieniach i zachowaniach ryzykownych*, (w:) M. Jędrzejko, M. Janusz, M. Walancik, *Zachowania ryzykowne i uzależnienia. Zjawisko i uwarunkowania*, Warszawa-Dąbrowa Górnicza 2013.
- Jurczyński A., *Uwarunkowania zadowolenia z życia kobiet uzależnionych od alkoholu*, (w:) K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Kielce 2010.

- Jurczyński A., *Zmiany w trakcie terapii wyznacznikiem utrzymania abstynencji. Badania kobiet uzależnionych od alkoholu*, (w:) J. Chodkiewicz, K. Gąsior (red.), *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu*, Warszawa 2013.
- Kaczmarczyk I., *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce, Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć*, Warszawa 2008.
- Kanios A., *Partnerstwo lokalne na rzecz osób wykluczonych społecznie w opinii pracowników socjalnych*, (w:) A. Kanios, M. Czechowska-Bieluga (red.), *Praca socjalna. Kształcenie – działanie – konteksty*, Kraków 2010.
- Kantowicz E., Orzechowska G. (red.), *Zagrożone człowieczeństwo, t. 2: Obszary zagrożeń człowieka w realiach współczesności*, Kraków 2012.
- Kapler L., *Poradnik lidera działań trzeźwościowych*, Warszawa 2008.
- Karwińska A., *Miasto jako obszar kryzysogenny. Możliwości przeciwdziałania negatywnym zjawiskom*, (w:) A. Karwińska (red.), *Problemy społeczne jako wyzwania dla polityki społecznej w Polsce*, Kraków 2013.
- Karwińska A., *Miejski collage. Wariant postsocjalistyczny*, (w:) A. Majer (red.), *Socjologia miasta – nowe dziedziny badań*, Łódź 2007.
- Kasperowicz-Dąbrowiecka A., *Występowanie zaburzeń psychicznych u mężczyzn i kobiet z uzależnieniem alkoholowym oraz w ich rodzinach*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 4.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Identyfikacja zawodowa pracowników socjalnych (pracownicy socjalni a proces marginalizacji społecznej)*, (w:) K. Marzec-Holka (red.), *Spółczesność – demokracja – edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, Bydgoszcz 2000.
- Kawula S., *Czynniki i sieć wsparcia społecznego w życiu człowieka*, (w:) S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*, Toruń 2005.
- Kawula S., *Pedagogika społeczna w społeczeństwie ryzyka*, Olsztyn 2004.
- Każmierczak T., *Praca i praktyka środowiskowa – szkic o doświadczeniach brytyjsko-amerykańskich*, (w:) M. Grewiński, B. Skrzypczak (red.), *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, Warszawa 2011.
- Kessler R.C. i wsp., *Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*, „Archives of General Psychiatry” 1994, nr 51.
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B., *Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*, „Archives General of Psychiatry” 1995, nr 52.
- Kin-Dittmann I., *Nietrzeźwi uczestnicy wypadków drogowych w latach 2000-2006*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, nr 4.
- Kinney J., Leaton G., *Zrozumieć alkohol*, tłum. A. Basaj, A. Bielasik, Warszawa 1996.
- Klingemann J., *Poziom akceptacji dla idei ograniczenia picia jako celu terapii w polskich placówkach ambulatoryjnych*, „Świat Problemów” 2016, nr 7.
- Kocur R., Krysztofiak R., *Psychozy alkoholowe u kobiet z zespołem zależności alkoholowej*, „Problemy Alkoholizmu” 1991, nr 2.
- Kocur J., Olszewski W., Kasprzak J., *Osobowość a powstawanie i obraz kliniczny zespołu uzależnienia alkoholowego u kobiet*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 3.
- Kolasa K., *Jakie są skutki finansowe i zdrowotne picia alkoholu? Przegląd literatury*, „Alkoholizm i Narkomania” 2015, nr 28.
- Kołodziej W., *Polskie „dziedzictwo”...*, „Problemy Alkoholizmu” 2004, nr 3-4.
- Korwin-Piotrowska T., Nocoń D., Żyłuk B., *Encefalopatia Wernickiego i Korsakowa u kobiet*, „Problemy Alkoholizmu” 1994, nr 6.
- Kosiński K., *Historia pijaństwa w czasach PRL. Polityka – obyczaje – szara strefa – patologie*, Warszawa 2008.

- Kosiński K., *Polityka alkoholowa w czasach PRL*, (w:) G. Miernik, S. Piątkowski (red.), *Życie codzienne w PRL (1956-1989)*, Radom-Starachowice 2006.
- Kościański A., *Alkoholizm i samobójstwo*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 5.
- Kotus J., *Społeczne dylematy w przestrzeni miejskiej*, Poznań 2005.
- Kowalik S., *Rozwiązywanie problemów społecznych w zbiorowościach zorganizowanych i spontanicznych*, (w:) H. Sęk, S. Kowalik (red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych*, Poznań 1999.
- Kowalska D., Michalewicz I., *Polki pijane*, „Newsweek” z 17.09.2006.
- Kozak M., *Społeczne i ekonomiczne skutki picia alkoholu w pracy w opiniach pracowników*, (w:) M. Jarosz (red.), *Alkohol w zakładzie pracy. Problemy ekonomiczne i społeczne*, Warszawa 1990.
- Krasiejko I., *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji. Wstęp do teorii i praktyki nowej profesji społecznej*, Toruń 2013.
- Kromolicka B. (red.), *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*, Szczecin 2008.
- Kromolicka B., Radziejewicz-Winnicki A., Noszczyk-Bernasiewicz M. (red.), *Pedagogika społeczna w Polsce po 1989 roku. Przemiany w nauce, obecność międzynarodowa, kręgi tematyczne prac badawczych*, Katowice 2007.
- Krusińska A., *Samobójstwo jako próba ucieczki od choroby alkoholowej*, „Problemy Alkoholizmu” 1993, nr 1.
- Krzak B., Budzyńska E., *Leczenie zranień*, „Świat Problemów” 1997, nr 3.
- Krzysińska-Żach B., Szymanowska J., *Wybrane obszary problemów i zagrożeń społecznych*, (w:) W. Danilewicz (red.), *Oblicza współczesności w perspektywie pedagogiki społecznej*, Warszawa 2009.
- Krzewicki J. ks., Zdziarski M., *Rozmowy o uzależnionych kobietach*, Stare Juchy 2007.
- Krzyszczkowski J., *Pomoc społeczna. Szkic socjologiczny*, Warszawa 2008.
- Krzyszczkowski J., Przywojska J., *Lokalne strategie rozwiązywania problemów społecznych jako instrument decentralizacji polityki społecznej*, (w:) M. Grewiński, A. Karwacki (red.), *Strategie w polityce społecznej*, Warszawa 2009.
- Krzysztofak D., *Oblicza starości w perspektywie lokalnej. Studium socjopedagogiczne*, Kraków 2016.
- Krzysztofak R., Kocur J., *Picie kompensacyjne jako jedna z przyczyn zespołu zależności alkoholowej u kobiet*, „Problemy Alkoholizmu” 1990, nr 3.
- Krzywicki L., *Studia socjologiczne*, Warszawa 1951.
- Kubin J., *Socjotechnika metodą rozwiązywania problemów społecznych*, (w:) *Socjologia problemów społecznych. Teorie i rzeczywistość*, Wrocław 1987.
- Kuchowicz Z., *Człowiek polskiego baroku*, Łódź 1992.
- Kucińska M., *Jakie one są?*, „Świat Problemów” 1991, nr 3.
- Kulisiewicz T., *Zespół uzależnienia od alkoholu*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986.
- Kwaśniewski J. (red.), *Badania problemów społecznych*, Warszawa 2006.
- Kwaśniewski J., *Profilaktyka społeczna: związki ze stylami polityki społecznej oraz implikacje dla nauki*, (w:) M. Ziemska, M. Zalewska, J. Kurczewski (red.), *Zachowania dewiacyjne i kierunki oddziaływania*, t. 3, Warszawa 1979, Prace IPSiR UW.
- Kwieciński Z., *O koncepcji pedagogicznych badań kompleksowych w środowisku wiejskim*, (w:) R. Wroczyński, T. Pilch (red.), *Metodologia środowiskowych badań pedagogicznych*, Wrocław-Warszawa 1971.
- Lechicki J., *Analiza epidemiologiczna kobiet z uzależnieniem alkoholowym*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 5.

- Leifman H., *Estimations of Unrecorded Alcohol Consumption Levels and Trends in 14 European Countries*, „Nordic Studies on Alcohol and Drugs” 2001, nr 18 (English Supplement).
- Lentowicz Z., Drewnowska B., *Nielegalny alkohol nie tylko z przemytu*, „Rzeczpospolita” z dn. 18.09.2012.
- Lew-Starowicz Z., *Alkohol i zachowania seksualne*, „Problemy Alkoholizmu” 1992, nr 10.
- Lisansky Gomberg E.S., *Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa 1997.
- Lisansky Gomberg E.S., *Women and Alcohol: Use and Abuse*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 1993, nr 181(4).
- Lissowski G., Haman J., Jasiński M., *Podstawy statystyki dla socjologów*, Warszawa 2008.
- Lutyński J., *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*, Łódź 1994.
- Łabudzka I., *Zjawisko alkoholizmu na tle procesu urbanizacji. Studium monograficzne na przykładzie miasta Pruszkowa*, Wrocław 1974.
- Łęczycka K., *Klinika alkoholizmu u kobiet*, Warszawa 1972.
- Łęczycka K., *Specyfika rehabilitacji uzależnionych kobiet*, „Problemy Alkoholizmu” 1989, nr 11.
- Łęczycka K., Steffen-Kusz T., *Zmiana stylu picia kobiet w ostatnich dwudziestu latach*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 5.
- Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych*, Warszawa 1984.
- Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2003.
- Łukowska K., *Błędy i uchybienia w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Świat Problemów” 2016, nr 12.
- Łukowska K., *Polityka wobec alkoholu – między prohibicją a wolnym rynkiem*, „Świat Problemów” 2009, nr 12.
- Łukowska K., *Zobowiązanie do leczenia odwykowego – kontrola NIK. Praktyczne wskazówki dla samorządów gminnych*, „Świat Problemów” 2016, nr 9.
- Madeja Z., *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, przedmiotów, czynności i osób*, t. 2, Koszalin 2008.
- Majchrzak Z., *Z punktu widzenia psychologa sądowego*, „Świat Problemów” 2001, nr 6.
- Mäkelä P. i in., *Drinking and Gender Differences in Drinking in Europe: a Comparison of Drinking Patterns in European Countries*, (w:) K. Bloomfield (red.), *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study*, Berlin 2005.
- Mäkelä P. i in., *Drinking Patterns and Their Gender Differences In Europe*, „Alcohol & Alcoholism”, vol. 41 (Supplement).
- Mäkelä P., *Przegląd podejść do badań nad różnicami zwyczajów picia i problemów alkoholowych w różnych grupach socjodemograficznych*, „Alkoholizm i Narkomania” 1999, nr 2.
- Malikowski M., *Powstawanie dużego miasta. Drogi i bezdroża socjalizacyjnej urbanizacji na przykładzie Rzeszowa*, Rzeszów 2010.
- Malikowski M., *Socjologiczne badanie miasta*, Rzeszów 1992.
- Malikowski M. (red.), *Problemy społeczne w okresie zmian systemowych w Polsce*, Rzeszów 1997.
- Malinowski K. (red.), *Dziesięć wieków Poznania. Dzieje społeczno-gospodarcze*, Poznań-Warszawa 1956.
- Małudzińska E., Zakrzewska M., Robakowski J., Ziółkowski M., *Ocena sytuacji zwiększających ryzyko picia u kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu leczonych w warunkach ambulatoryjnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 1999, nr 3.
- Mały rocznik statystyczny*, Warszawa 2016.
- Manterys A., *Klasyczna idea definicji sytuacji*, Warszawa 2000.
- Manterys A., *Sytuacje społeczne*, Kraków 2008.

- Marczewski M., *Opinie zawodowych kuratorów o problemach swojej pracy*, (w:) D. Wójcik (red.), *Kuratela sądowa. Sukcesy i porażki*, Warszawa 2010.
- Marek R. OFM, *Motywacje Anonimowych Alkoholików do abstynencji i życia w trzeźwości. Studium socjologiczne na podstawie województwa podkarpackiego*, Rzeszów 2007.
- Margasiński A., *Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową*, Częstochowa 1996.
- Margasiński A., *Syndrom współuzależnienia*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2000, nr 5.
- Maris R.W., *Social Problems*, Chicago 1988.
- Markowski R., *Problemy analizy „dolegliwości” społecznych*, (w:) B. Rysz-Kowalczyk (wybr. i oprac.), *Studia o kwestiach społecznych*, Warszawa 1991.
- Marynowicz-Hetka E., *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Warszawa 2005.
- Marynowicz-Hetka E., *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 2, Warszawa 2007.
- Marzec-Holka K. (red.), *Kapitał społeczny a nierówności – kumulacja i redystrybucja*, Bydgoszcz 2009.
- Marzec-Holka K. (red.), *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, Bydgoszcz 2005.
- Marzec-Holka K., Rutkowska A., Joachimowska M. (red.), *Praca socjalna i polityka społeczna: obszary współdziałania wobec wykluczenia społecznego*, Bydgoszcz 2008.
- Matuszewska M., *Moi przyjaciele Anonimowi Alkoholicy*, (w:) W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Poznań 2004.
- Matuszewska M., *Pole do zaorania*, (w:) W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Poznań 2004.
- Matyjas B. (red.), *Współczesne problemy pedagogiki społecznej i pracy socjalnej: wybrane zagadnienia w świetle analiz i badań*, Kielce 2007.
- Matysiak-Błaszczak A., Modrzewski (red.), *Socjalizacja dysocjacyjna w doświadczeniu indywidualnym i społecznym. Inspiracje teoretyczne i próby pedagogicznych ingerencji*, Poznań-Kalisz 2012.
- Mellibruda J., *O programach intensywnej terapii*, „Alkoholizm i Narkomania” 1992, nr 2.
- Mellibruda J., *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3 (28).
- Mellibruda J., *Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3 (28).
- Mellibruda J., Sobolewska Z., *Koncepcja i terapia współuzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3.
- Mello N.K., Mendelson J.H., Teoh S.K., *Overview of the Effects of Alcohol on the Neuroendocrine Function in Women*, (w:) S. Zakhari (ed.), *Alcohol and the Endocrine System. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph Nr 23*, Bethesda 1993.
- Mellody P., *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współuzależnienia*, tłum. A Polkowski, Warszawa 1993.
- Melosik Z., *Kultura instant: paradoksy pop-tożsamości*, (w:) W. Burszta, A. de Tchorzewski (red.), *Edukacja w czasach popkultury*, Bydgoszcz 2002.
- Mendel M., *Organizacja środowiska lokalnego. Uwagi do projektu: Strategie rozwiązywania problemów społecznych w Gdańsku*, (w:) M. Mendel (red.), *Animacja współpracy środowiskowej*, Toruń 2013.
- Merton R.K., *Social Problems and Sociological Theory*, (w:) R.K. Merton, R.A. Nisbet (red.), *Contemporary Social Problems*, Harcourt, Brace, and World, New York 1961.
- Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Poznaniu na rok 2016.

- Mielecka-Kubień Z., *Ilościowe aspekty badania problemów alkoholowych w Polsce*, Katowice 2001.
- Mielecka-Kubień Z., Wędzicha E., *Ocena skutków picia alkoholu przez osoby uzależnione (na podstawie badań ankietowych)*, „Alkoholizm i Narkomania” 2008, nr 1.
- Mielecka-Kubień Z., Wędzicha E., Barczak P., *Ekonometryczna analiza skutków nadużywania alkoholu*, Katowice 2006.
- Mikuła J., *Przemoc wobec pijących kobiet*, „Świat Problemów” 2009, nr 5.
- Mikuła J., *Wyzwania stojące przed leczeniem odwykowym okiem praktyka*, „Świat Problemów” 2012, nr 11.
- Miller W.R., Forcehines A.A., Zweben A., *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, tłum. M. Cierpisz, Kraków 2014.
- Miluska J. (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych*, Poznań 1998.
- Miształ B., *Zagadnienia społecznego uczestnictwa i współdziałania. Analiza w świetle teorii i badań socjologicznych*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1977.
- Miształ M., *Problematyka wartości w socjologii*, Warszawa 1980.
- Miś L., *Problemy społeczne. Teoria, metodologia, badania*, Kraków 2007.
- Miturska E., Dąbrowska K., *Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982-2005*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, nr 4.
- Mlicki M.K., *Procesy identyfikacji problemów społecznych*, (w:) *Socjologia problemów społecznych. Teorie i rzeczywistość*, Wrocław 1987.
- Moczuk E., *Postrzeżenie problemów alkoholowych przez pracowników pomocy społecznej*, „Problemy Alkoholizmu” 2000, nr 3.
- Moczuk E., *Problemy alkoholowe a problemy społeczne – próba zdefiniowania pojęcia*, „Rzeszowskie Zeszyty Naukowe. Prawo – Ekonomia (Seria Prawnicza)” 1997, t. 21.
- Modrzewski J., *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*, Poznań 2004.
- Modrzewski J., Matysiak-Błaszczak A., *Odmiany współczesnego polskiego problemu rodzinnego*, (w:) M. Piorunek, J. Kozielska, A. Skowrońska-Pučka (red.), *Rodzina – młodzież – dziecko. Szkice z teorii i praktyki pomocy psychopedagogicznej i socjalnej*, Poznań 2013.
- Modrzyński R., *Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2012, nr 4.
- Modrzyński R., Kotowska J., *„Potrzebuję pomocy, ale chcę spróbować sam” – rola Internetu w łamaniu społecznych stereotypów i docierania do większej grupy osób pijących szkodliwie*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 1.
- Modrzyński R., Malinowska J., *Nowe wyzwanie dla systemu leczenia uzależnień. Zastosowanie Internetu do pomocy osobom z problemem alkoholowym*, „Alkoholizm i Narkomania” 2014, nr 27.
- Molska P., Mueller M., *Uzależnienia i ich konsekwencje, czyli poznaniacy w obliczu globalnej pułapki*, (w:) Z. Galor, B. Goryńska-Bittner, S. Kalinowski (red.), *Życie na skraju – marginesy społeczne wielkiego miasta*, Bielefeld 2014.
- Monti P.M., Abrams D.B., Kadden R.M., Cooney N.L., *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu. Przewodnik do treningu konstruktywnych zachowań*, tłum. K. Skrzypek, Warszawa 1994.
- Morawski J., *Alkohol a przestępstwa i wykroczenia*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986.
- Morawski J., *Problemy związane z alkoholem w miejscu pracy*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986.
- Morgan M.Y., Sherlock S., *Sex-related Differences Among 100 Patients with Alcoholic Liver Disease*, „British Medical Journal” 1977, nr 1(6066).

- Moscato B.S., Russell M., Zielezny M., Bromet E., Egri G., Mudar P., J. Marshall R., *Gender Differences in the Relation Between Depressive Symptoms and Alcohol Problems. A Longitudinal Perspective*, „American Journal Epidemiology” 1997, nr 146.
- Moskalewicz J., *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944-1982*, Warszawa 1998.
- Moskalewicz J., *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, nr 1.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Warszawa 2012.
- Mrazek P.J., Haggerty R.J., *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington 1994.
- Muszyński H., *Jak pisać pracę magisterską z pedagogiki*, z. 2, Poznań 1996.
- Muszyński H., *Wstęp do metodologii pedagogiki*, Warszawa 1971.
- Nadworna-Cieślak M., *Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży*, (w:) N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*, Łódź 2010.
- Najda Z., *Hormony nie lubią alkoholu*, „Świat Problemów” 1995, nr 11.
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015*.
- Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań z 2011 roku. Raport z wyników*, Warszawa 2012.
- Natan P.E., Niaura R.S., *Prevention of Alcohol Problems*, (w:) M. Cox (red.), *Treatment and Prevention of Alcohol Problems: a Resource Manual*, New York 1987.
- Nietrzeźwe ofiary*, „Świat Problemów” 2001, nr 6.
- Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M., *Alkohol*, Lublin 2004.
- Nikodemka S., *Demograficzny portret pacjenta*, cz. 1, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 1999, nr 4.
- Nikodemka S., *Na tle innych pacjentów. Uzależnione od alkoholu kobiety matki*, „Świat Problemów” 2002, nr 3.
- Nikodemka S., *Przemoc wobec bliskich u pacjentów leczenia odwykowego*, „Świat Problemów” 2001, nr 1.
- Nixon S. Jo, *Deficyty funkcji poznawczych u kobiet uzależnionych od alkoholu*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa 1997.
- Nolen-Hoeksema S., *Gender Differences in Risk Factors and Consequences for Alcohol Use and Problems*, „Clinical Psychology Review” 2004, t. 24.
- Norris J., *Alkohol a zachowania seksualne kobiet. Oczekiwania i zagrożenia*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa 1997.
- Nosal K., *Co może kurator sądowy?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2016, nr 2.
- Nowak A., *Uwarunkowania i społeczne czynniki patologii społecznej. Wprowadzenie w problematykę seminarium*, (w:) A. Czerkawski, A. Nowak (red.), *Wybrane zagadnienia patologii społecznej – implikacje empiryczne*, Katowice 2008.
- Nowak A., *Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych*, Katowice 2012.
- Nowak A., Wysocka E., *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie: elementy patologii społecznej i kryminologii*, Katowice 2001.
- Nowak B.M., *Kreowanie działań społecznych o charakterze resocjalizacyjno-readaptacyjnym. Pojęcie sieciowo-systemowe*, „Resocjalizacja Polska” 2014, nr 7.
- Nowak S., *Metody badań socjologicznych*, Warszawa 1965.
- Nowakowska A.M., *Zależnie od płci*, „Świat Problemów” 1997, nr 3.

- Nowicki M. (red.), *Atrakcyjność inwestycyjna województw i podregionów Polski 2013*, Gdańsk 2013.
- Obot I.S., Room R. (red.), *Alcohol, Gender and Drinking Problems. Perspectives from Low and Middle Income Countries*, Geneva 2005.
- Obrębska M., *Psychospołeczne konsekwencje reklamy*, (w:) J. Miluska (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, Poznań 1998.
- Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 1996.
- Okulicz-Kozaryn K., *Picie alkoholu i oczekiwania z tym związane u kobiet i mężczyzn w związkach małżeńskich*, „Alkoholizm i Narkomania” 2002, nr 1-2.
- Olech A., *Praca socjalna a inne profesje: punkty styczne i rozłączne*, (w:) M. Rymśza (red.), *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*, Warszawa 2012.
- O'Malley K.D., *ADHD and Fetal Alcohol Syndrom Disorders (FASD)*, New York 2007.
- Opora R., *Charakterystyka zjawiska uzależnienia i nadużywania alkoholu przez kobiety*, „Resocjalizacja Polska” 2012, nr 3.
- Opracowanie 2012. *Sytuacja społeczno-gospodarcza. Poznań*, dostęp: http://poznan.pl/fakty_liczby.
- Opracowanie 2013. *Sytuacja społeczno-gospodarcza. Poznań*, dostęp: http://poznan.pl/fakty_liczby.
- Osiatyński W., *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, Warszawa 2005.
- Osiatyński W., *Alkoholizm: i grzech, i choroba, i...*, Warszawa 2007.
- Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Warszawa 2003.
- Ostrihańska Z., *Zaburzenia życia rodzinnego spowodowane alkoholem*, „Alkoholizm i Narkomania” 1993, nr 1.
- Palewicz J.K., *ABC problemów alkoholowych*, Warszawa 1993.
- Pałat Z., *Architektura a polityka. Gloryfikacja Prus i niemieckiej misji cywilizacyjnej w Poznaniu na początku XX wieku*, Poznań 2011.
- Parysek J.J., *Współczesne miasta i problemy ich funkcjonowania oraz rozwoju*, (w:) J.J. Parysek (red.), *Kształtowanie przestrzeni miejskiej. Aspekty teoretyczne i praktyczne*, Poznań-Kalisz 2012.
- Pawłowska M., *Ryzykowne picie kobiet. Rodzina a alkohol*. Dodatek do „Głosu dla Życia” 2006.
- Pellar J., Sadowska L., *Rodziny z problemem alkoholowym*, „Problemy Alkoholizmu” 1991, nr 6.
- Peters T.J., Millward L.M., Foster J., *Quality of Life in Alcohol Misuse: Comparison of Men and Women*, „Arch Womens Ment Health” 2003, nr 6.
- Piazza N.J., Vrbka J.L., Yeager R.D., *Telescoping of Alcoholism in Women Alcoholics*, „International Journal of the Addictions” 1989.
- Pilch J., *Pod Mocnym Aniołem*, Warszawa 2012.
- Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 1997.
- Pilch T., Lepalczyk I. (red.), *Pedagogika społeczna: człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa 2003.
- Pilch T., Sosnowski T. (red.), *Zagrożenia człowieka i idei sprawiedliwości społecznej*, Warszawa 2013.
- Pleskaczyński A., Specyał T., *Kryminalna historia Poznania*, Poznań 2008.
- Płachcińska G., *Trudniej im się leczyć*, „Świat Problemów” 2002, nr 3.
- Podgórska J., Makówka M. (wsp.), *Alkoholiczki*, „Polityka” 2003, nr 30 (2411).

- Polak M., *Alkoholiczki po traumie*, „Świat Problemów” 2002, nr 10.
- Pomianowski R., *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, (w:) J. Miluska (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, Poznań 1998.
- Poprawa dostępu do leczenia dla osób z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami: projekt IATPAD*, tłum. M. Swadowska, Warszawa 2009.
- Poprawa R., *Kobiety i mężczyźni wobec ryzyka problemów alkoholowych*, (w:) B. Bartosz (red.), *Wymiary kobiecości i męskości: od psychobiologii do kultury*, Warszawa 2011.
- Poprawa R., *„Skazani” na problemy. W poszukiwaniu osobowościowych uwarunkowań angażowania się mężczyzn w picie alkoholu*, Warszawa 2015.
- Portnow A.A., Piatnickaja I.N., *Klinika alkoholizmu*, tłum. W. Moczulski, Warszawa 1977.
- Powstrzymać szkodliwe reklamy. Rozmowa z K. Brzózka*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 1.
- Przeclawski K., *Instytucje wychowania w wielkim mieście*, Warszawa 1971.
- Przymanowski J., *Trans alkoholowy*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczajach*, Warszawa 1972.
- Przyemeński A., *Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej*, Poznań 2001.
- Pytlakowski P., *Zwody z wódki*, „Polityka” 2013, nr 12 (2900).
- Radgowski M., *Lampka wina czy szklanka wódki*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczajach*, Warszawa 1972.
- Raduj J., Pałyska M., *Kobiety alkoholiczki w poradni odwykowej i klubie abstynenta. Związki między wybranymi zmiennymi psychologicznymi i socjomedycznymi*, „Problemy Alkoholizmu” 1991, nr 9.
- Raduj J., Pałyska M., *Zmiany w charakterystyce pacjentek poradni odwykowych w latach 1953-1980*, „Problemy Alkoholizmu” 1988, nr 5.
- Radziewicz-Winnicki A., *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*, Warszawa 2008.
- Rak H. ks., *A jednak może być pokonany. Ruch Anonimowych Alkoholików a człowiek uzależniony*, Kraków 1993.
- II Raport o polityce wobec alkoholu (cz. III)*, „Problemy Alkoholizmu” 1992, nr 1.
- Raport o stanie miasta – Poznań 2012*.
- Raport o stanie zdrowia poznaniaków z badania ankietowego w ramach projektu „HEPRO – Zbiór Narzędzi dla Profili Zdrowotnych”*, Poznań 2007.
- Ratyński W., *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 1 i 2, Warszawa 2003.
- Rehm J., Shield K., *Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and Attributable Burden of Disease in Europe: Potential Gains from Effective Interventions for Alcohol Dependence*, Toronto 2012.
- Reichman M.E., *Alkohol a rak sutka*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa 1997.
- Riali A., *Zaburzenia zdrowia psychicznego u alkoholiczek kończących terapię uzależnienia*, „Świat Problemów”, 2005, nr 10.
- Ritzer G., *Handbook of Social Problems. A Comparative Interantional Perspective*, Thousand Oaks 2004.
- Robbins C., *Sex Differences on Psychosocial Consequences of Alcohol and Drug Abuse*, „Journal of Health and Social Behavior” 1989, r. 30.
- Rocznik statystyczny Poznania 2013*, Poznań 2013.
- Rozmowa z dr Ewą Woydytło*, (w:) ks. J. Krzewicki, M. Zdziarski, *Rozmowy o uzależnionych kobietach*, Stare Juchy 2007.
- Rozmowa z mgr Magdaleną Ilnicką*, (w:) ks. J. Krzewicki, M. Zdziarski, *Rozmowy o uzależnionych kobietach*, Stare Juchy 2007.

- Rozwiązywanie problemów alkoholowych i przeciwdziałanie narkomanii w percepcji osób zaangażowanych w realizację działań w tym zakresie na terenie miasta Poznania. Raport z badań jakościowych zrealizowanych na zlecenie Urzędu Miasta Poznania w ramach diagnozy problemów alkoholowych i narkotykowych w Poznaniu, Warszawa 2014.
- Rubington E., Weinberg, M.S., *The Study of Social Problems. Seven Perspectives*, Oxford 1995.
- Rudnik M., *Błędne koło walki z alkoholizmem*, „Problemy Alkoholizmu” 1989, nr 2.
- Rudzka-Kolakowska M., *Samobójstwa kobiet a alkoholizm*, „Alkoholologia Łódzka” 1967, t. 3, nr 1.
- Rybicki P., *Spółczesność miejska*, Warszawa 1972.
- Rymsza M., *Wybrane aspekty profesjonalizacji pracy socjalnej w Polsce: samorząd zawodowy, środowiskowe role zawodowe, wsparcie warunkowe*, (w:) M. Rymsza (red.), *Czy podejście aktywizujące ma szansę? Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce 20 lat po reformie systemu pomocy społecznej*, Warszawa 2011.
- Rysz-Kowalczyk B., *Kwestie społeczne w ujęciu teorii ciągu życia*, (w:) B. Rysz-Kowalczyk (wybr. i oprac.), *Studia o kwestiach społecznych*, Warszawa 1991.
- Rysz-Kowalczyk B., *Teoria kwestii i problemów społecznych*, (w:) G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa 2008.
- Sagadyn L., *Uzależnienia a depresja*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 3.
- Sasal D., *Zaczęło się w Poznaniu i na Śląsku*, „Świat Problemów” 2003, nr 4.
- Saunders J.B., Davis M., Williams R., *Do Women Develop Alcoholic Liver Disease More Readily than Men?* „British Medical Journal” 1981, nr 282.
- Schindler J., *Strategie zmiany hierarchii wartości*, (w:) B. Lebenstein, J. Schindler, R. Skrzypiec (red.), *Partycypacja społeczna i aktywizacja w rozwiązywaniu problemów społeczności lokalnych*, Warszawa 2010.
- Schneider Corey M., Corey G., *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*, tłum. S. Bułaszewski, Warszawa 2002.
- Schuckit M., *The Alcoholic Women: a Literature Review*, „Psychological Medicine” 1972, nr 3.
- Schuckit M., Morrisey E.R., *Alcoholism in Women: Some Clinical and Social Perspectives with an emphasis on possible subtypes*, (w:) M. Greenblatt, M. Schuckit (red.), *Alcoholism Problems in Women and Children*, New York 1976.
- Serafin P., Jakubczyk A., Podgórska A., Topolewska-Wochowska A., Wojna M., *Przemoc pomiędzy partnerami i zachowania ryzykowne u osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 2012, nr 3.
- Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa 2004.
- Siemaszko A., Gruszczyńska B., Marczewski M., *Atlas przestępczości w Polsce*, t. 4, Warszawa 2009.
- Sierosławski J., *Czy dogonią mężczyzn w picu alkoholu?*, „Świat Problemów” 1997, nr 3.
- Sierosławski J., *Rozmiary i wzory konsumpcji napojów alkoholowych*, „Alkoholizm i Narkomania” 1993, nr 1.
- Sierosławski J., *Szkodliwe picie alkoholu a macierzyństwo*, „Świat Problemów” 2002, nr 3.
- Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Warszawa 2015.
- Sierosławski J., Jabłońska M., *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania w mieście Poznania*, Warszawa 2008.
- Sillamy N., *Słownik psychologii*, tłum. K. Jarosz, Katowice 1995.
- Słaboń A., *Problemy społeczne – aspekty teoretyczne*, (w:) A. Karwińska (red.), *Problemy społeczne jako wyzwania dla polityki społecznej w Polsce*, Kraków 2013.
- Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1980.

- Smochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł., Smochowiec J., *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, „Alkoholizm i Narkomania” 2015, nr 28.
- Smykowski B., *Partnerstwo lokalne na rzecz rozwiązywania problemów społecznych*, (w:) L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Poznań 2006.
- Sobell M.B., Brochu S., Sobell L.C., Roy J., Stevens J.A., *Alcohol Treatment Outcome Evaluation Methodology – State of the Art 1980-1984*, „Addictive Behaviours” 1987, nr 12.
- Sobiech R., *Dylematy teoretycznych koncepcji problemów społecznych*, (w:) B. Rysz-Kowalczyk (wybr. i oprac.), *Studia o kwestiach społecznych*, Warszawa 1991.
- Sołtysiak T., *Młoda kobieta pije, dlaczego?*, „Problemy Alkoholizmu” 1997, nr 8-9.
- Spector M., Kitsuse J., *Constructing Social Problems*, Kalifornia 1977.
- Spętana J., Krzysztofiać D., Włodarczyk E. (red.), *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*, Kraków 2016.
- Sprawozdanie z wykonania Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia do 31 grudnia 2014 roku*, Warszawa 2015.
- Sprawozdania Straży Miejskiej Miasta Poznania.*
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, Warszawa 2011.
- Staniaszek M., *Lecznictwo odwykowe w Polsce – sukcesy i wyzwania*, (w:) K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Kielce 2010.
- Staszewska S., *Człowiek w przestrzeni miejskiej*, (w:) J.J. Parysek (red.), *Kształtowanie przestrzeni miejskiej. Aspekty teoretyczne i praktyczne*, Poznań-Kalisz 2012.
- Sterniczuk-Brakoniecka B.A., *Obraz problemów społecznych w polskiej socjologii miasta*, „Studia Socjologiczne” 1981, nr 1.
- Stępień E., Wojcieszek K., *Alkohol a polska młodzież. Raport 1994*, Warszawa 1995.
- Strykajewicz T., Tölle A., Kudłak R., Motek P., Różańska-Kusza A., Wdowicka M., *Profile miejskie – Poznań*, Poznań 2009.
- Sudar-Malukiewicz J., Bukowski W., *Alkoholizm kobiet – niektóre przyczyny i skutki*, (w:) T. Sołtysiak (red.), *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania*, Bydgoszcz 2005.
- Sumner W.G., *Naturalne sposoby postępowania w gromadzie*, tłum. M. Kempny, K. Romanişzyn, Warszawa 1995.
- Syrek E., *Zdrowie i wychowanie a jakość życia: perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Katowice 2008.
- Svikis D.S., Velez M.L., Pickiens R.W., *Aspekty genetyczne nadużywania alkoholu i uzależnienia u kobiet*, (w:) M. Ślósarska (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa 1997.
- Szarfenberg R., *Problemy społeczne*, (w:) B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Warszawa 2002.
- Szatur-Jaworska B., *Kilka uwag o „życiu wewnętrznym” służb społecznych w Polsce*, (w:) A. Rączaszek (red.), *Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce*, Katowice 2006.
- Szczukiewicz P., *Abstynencja i picie kontrolowane jako cel terapii*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2014, nr 1-2.
- Szczukiewicz P., *Problemy alkoholowe kobiet*, „Świat Problemów” 2009, nr 3.
- Szczukiewicz P., *Zaburzenia tożsamości a terapia uzależnień*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2009, nr 2.
- Szczyrba B., Trzcieniecka-Green A., *Motywy podjęcia, kontynuowania i ukończenia terapii u kobiet uzależnionych od alkoholu, w oddziale terapii uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2004, nr 3-4.

- Szefer M., *Profilaktyka najważniejsza*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczajach*, Warszawa 1972.
- Szmagalski J., *Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych*, Warszawa 2004.
- Sztander W., *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa 1995.
- Sztander W., *Pałпка współuzależnienia*, Warszawa 1995.
- Sztander W., *Rodzina z problemem alkoholowym*, Warszawa 1993.
- Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2002.
- Sztompka P., *Życie codzienne – temat najnowszej socjologii*, (w:) P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska (red.), *Socjologia codzienności*, Kraków 2008.
- Sztumski J., *Problem społeczny jako przedmiot badań socjologii*, „*Studia Socjologiczne*” 1977, nr 3.
- Świątkiewicz G., *Ekonomiczno-społeczne uwarunkowania problemów związanych z alkoholem*, „*Alkoholizm i Narkomania*” 1997, nr 2.
- Święcicki A., *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*, Warszawa 1968.
- Święcicki A., *Struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce*, Warszawa 1963.
- Świt T., Brodnyak W., *Siedmioletnia katamneza pacjentek poradni odwykowych*, „*Problemy Alkoholizmu*” 1989, nr 3.
- Terapia przez Internet – czy to nasza przyszłość? (sonda redakcyjna)*, „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*” 2014, nr 6.
- Thomas W.I., Znaniecki F., *Chłop polski w Europie i Ameryce*, t. 1, Warszawa 1976.
- Toeplitz K.T., *Kurdesz*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczajach*, Warszawa 1972.
- Tomaszewski T., *Człowiek i otoczenie*, (w:) T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, Warszawa 1976.
- Trafiałek E., *Polityka społeczna dla pedagogów i służb społecznych*, Tarnobrzeg 2007.
- Trzebińska E., *Ogólna charakterystyka przygotowania i przebiegu procesu psychoterapii*, (w:) L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Warszawa 1995.
- Turlejska B., *Monografia pedagogiczna i studium przypadku*, (w:) S. Palka (red.), *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 1998.
- Turowski J., *Metoda monograficzna*, (w:) J. Turowski, *Socjologia wsi i rolnictwa*, Lublin 1992.
- Urbano-Marquez A. i in., *The Greater Risk of Alcoholic Cardiomyopathy and Myopathy in Women Compared with Men*, „*JAMA Neurology*” 1995, nr 274(2).
- Vaillant G.E., Hiller-Sturmhöfel S., *Naturalna historia alkoholizmu*, (w:) A. Bartosik (red.), *Picie alkoholu w różnych okresach życia*, Warszawa 2000.
- W poszukiwaniu porozumienia. Rozmowa z Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*” 2014, nr 6.
- Wald I., *Wstęp*, (w:) I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986.
- Ward L.F., *Applied Sociology. A Treatise on the Conscious Improvement of Society by Society*, Boston 1906.
- Wawerska-Kuś J., *W kręgu stereotypów i destrukcji*, „*Świat Problemów*” 2013, nr 4.
- Wielguszczyński J., *Uzależnienie jako przejaw zaburzonej kultury życia*, (w:) F.W. Wawro (red.), *Młodość a kultura życia*, Lublin 2008.
- Wierzbicki Z.J., *Aktywizacja i rozwój społeczności lokalnych*, Wrocław 1973.
- Więclawski W., *Typowe środowiska wychowawcze współczesnej Polski*, Warszawa 1976.
- Willett W.C. i in., *Moderate Alcohol Consumption and the Risk of Breast Cancer*, „*New England Journal of Medicine*” 1987, nr 316(19).

- Wilsnack R.W. i in, *Gender and Alcohol Consumption: Patterns from the multinational Genacis Project*, „Addiction” 2009, nr 104(9).
- Wilsnack S.C., Klassen A.D., Wilsnack R.W., *Drinking and Reproductive Dysfunction Among Women in a 1981 National Survey*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1984, nr 8.
- Wilsnack R.W., Vogentanz N.G., Wilsnack S.C., *Gender Differences in Alcohol Consumption and Adverse Drinking Consequences*, „Addiction” 2000, nr 95 (2).
- Winclawski W., *Monografia wioskowego środowiska wychowawczego (uwagi i propozycje metodologiczne)*, „Ruch Pedagogiczny” 1968, nr 4.
- Winiarski M., *Pedagogika społeczna humanistycznie zorientowana*, (w:) S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*, Toruń 2005.
- Winkler A., *Alkoholizm kobiet. Specyfika picia i specyfika leczenia*, „Świat Problemów” 1995, nr 5.
- Włodarczyk E., *Grupy samopomocowe w doświadczaniu abstynencji alkoholowej*, (w:) M. Piórnek (red.), *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Poznań 2010.
- Włodarczyk E., *Młodzież wobec macierzyństwa i jego kulturowej kreacji*, Poznań 2008.
- Włodarczyk E., Cytłak I. (red.), *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, Poznań 2011.
- Wojciechowska J., *Picie napojów alkoholowych przez studentów*, „Kultura i Edukacja” 1999, nr 1.
- Wojcieszek K.A., *Człowiek spotyka alkohol... Filozoficzne podstawy wychowania do trzeźwości w ujęciu tomistycznym*, Kraków 2010.
- Wojcieszek K.A., *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych. Pedagogiczne implikacje grupowych interwencji krótkoterminowych*, Kraków 2013.
- Wojewódzka B., *Babiniec. Jak wspierają się uzależnione kobiety*, „Świat Problemów” 2014, nr 3.
- Wojnar M., Wasilewski D., Matsumoto H., Cedro A., *Różnice w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych u kobiet i mężczyzn*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 1.
- Woronowicz B., *Dorośle Dziecko Anonimowych Alkoholików*, (w:) W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Poznań 2004.
- Woronowicz B.T., *Kierunki rozwoju leczenia odwykowego w Polsce (dotychczasowe osiągnięcia i zadania na przyszłość)*, (w:) Masz wybór. Materiały pokonferencyjne poświęcone problematyce uzależnień, Poznań 2008.
- Woronowicz B.T., *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, Poznań 2008.
- Woronowicz B.T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009.
- Woydyłło E., *Leczenie kobiet chorych na alkoholizm*, „Problemy Alkoholizmu” 1990, nr 9-10.
- Woydyłło E., *Rak duszy. O alkoholizmie*, Kraków 2009.
- Woydyłło E., *Wybieram wolność czyli rzecz o wyzwaniu się z uzależnień*, Warszawa 1991.
- Woydyłło E., *Z warsztatu superwizora, Materiały z III Ogólnopolskiego Seminarium Naukowego „Uzależnienie alkoholowe kobiet – diagnoza, terapia, readaptacja i nowe życie”*, Grudziądz 2010.
- Woźniak Z., *Między rywalizacją a partnerstwem. Bariery współpracy władz publicznych z organizacjami pozarządowymi*, (w:) P. Gliński, B. Lewenstein, A. Siciński (red.), *Samoorganizacja społeczeństwa polskiego: trzeci sektor*, Warszawa 2002.
- Wódcz J., *Socjologia dla prawników i politologów*, Warszawa 2000.
- Wójcik D., Buczkowski K., Kulma R., *Badanie ankietowe kuratorów zawodowych i społecznych pionu karnego i rodzinnego*, (w:) D. Wójcik (red.), *Kuratela sądowa. Sukcesy i porażki*, Warszawa 2010.
- Wójcik J.W., *Przyczynek do badań kryminogennej i wiktymogennej roli alkoholi*, „Problemy Alkoholizmu” 1990, nr 3.

- Wyczański A., *Problem alkoholizmu wczoraj i dziś*, (w:) J. Górski, K. Moczarski (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa 1972.
- Wysocka E., Jarosz E., *Diagnoza psychopedagogiczna – podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006.
- Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1968.
- Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2015, nr 5.
- Zalikowska I., *Terapia, resocjalizacja i readaptacja społeczna skazanych kobiet uzależnionych od alkoholu*, (w:) I. Dybalska (red.), *Kobieta w więzieniu – polski system penitencyjny wobec kobiet w latach 1998-2008*, Warszawa 2009.
- Zawartka-Czekaj M., *Mapa jako narzędzie badawcze problemów społecznych w praktyce pracy socjalnej*, (w:) A. Kotlarska-Michalska, K. Piątek (red.), *Praca socjalna – jej dyskursy, sytuowania i profile*, Toruń-Bydgoszcz 2013.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku, Warszawa 2012.
- Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. (notatka informacyjna), Warszawa 2015.
- Ziółkowska B., *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk 2005.
- Ziółkowska B., *Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk 2005.
- Ziółkowski J., *Urbanizacja, miasto, osiedle*, Warszawa 1965.
- Ziółkowski M., *Depresja u osób uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2003, nr 15(4).
- Ziółkowski M., Augustyńska B., Budzyński J., *Płeć a uzależnienie od alkoholu*, (w:) L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Poznań 2006.
- Zieliński A., *Wzory picia alkoholu w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania” 1988, nr 1.
- Znanecki F., *Poznań w świadomości jego obywateli. Z badań Polskiego Instytutu Socjologicznego nad miastem Poznaniem*, Poznań 1931.
- Znanecki F., Ziółkowski J., *Czym jest dla Ciebie miasto Poznań? Dwa konkursy: 1928/1964*, Warszawa-Poznań 1984.
- Żukiewicz A., *Asystent rodzinny: profesja i pomoc. Odniesienia do etycznych aspektów ingerencji w życie rodzinne*, (w:) A. Żukiewicz (red.), *Asystent rodzinny. Nowy zawód i nowa usługa w systemie wspierania rodzin. Od opieki i pomocy do wsparcia*, Kraków 2011.

Akty prawne

- Dekret o zwalczaniu potajemnego gorzelnictwa (Dz. U. z 1944 r. Nr 15 poz. 85).
- Regulamin organizacyjny Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu. Załącznik do Zarządzenia Nr 26/2016 Marszałka Województwa Wielkopolskiego z dnia 9 maja 2016 r.
- Regulamin organizacyjny Wydziału Polityki i Zdrowia. Załącznik do Zarządzenia Nr 3/16 Dyrektora Generalnego Wielkopolskiego Urzędu Wielkopolskiego w Poznaniu z dnia 19 stycznia 2016 r.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2014 roku, Warszawa 2013.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania badań na obecność alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie skazanego lub sprawcy oddanego pod dozór lub zobowiązanego do powstrzymania

- nia się od nadużywania alkoholu lub używania środków odurzających lub substancji psychotropowych, ich dokumentowania oraz weryfikacji (Dz. U. z 2012 r. poz. 4).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2016 r. w sprawie sposobu i trybu wykonywania czynności przez kuratorów sądowych w sprawach karnych wykonawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 969).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2016 r. w sprawie wykonywania obowiązków i uprawnień przez kuratorów sądowych w sprawach karnych wykonawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 969).
- Rozporządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu (Dz.U. z 1983 r. Nr 25 poz. 110).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1850).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. z 2012 r. poz. 734).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1654).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1137).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 682).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2017 r. poz. 665).
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922).
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych (t.j. Dz.U. z 2014 r. Nr 98 poz. 795 ze zm.).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 930).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1390).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm).
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 697).
- Ustawa z dnia 12 września 1996 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 1996 r. Nr 127 poz. 593).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 487).
- Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz.U. z 1959 r. Nr 69 poz. 434).

Netografia

- <http://czasnaterapie.pl>
<http://egospodarka.pl>
<http://ibdim.edu.pl>
<http://krbrd.gov.pl>

<http://mopr.poznan.pl>
<http://niebotak.pl>
http://old.pijodpowiedzialnie.pl/jestes-w-ciazy-nie-pij,2,21,raporty_z_badan.html
<http://parpa.pl>
<http://poznan.pl>
<http://poznanska38.pl/program/7-ona-matka-alkoholiczka>
<http://psychiatria.mp.pl>
<http://pwc.pl/pl/wielkie-miasta-polski>
<http://stat.gov.pl>
<http://statystyka.policja.pl>
<http://wiadomosci.gazeta.pl>
<http://wyhamujwpore.pl>
<http://zppps.waw.pl/raport2012>



Social dimension of alcohol problem among women

Description and institutional reactions in an urban environment

Summary

The experiences of women with alcohol problems presented in this monograph constitute an interesting and important subject from the scientific point of view.

It is estimated that between 10 and 20% of Poland's population are affected by excessive alcohol consumption (of whom between 3 and 5% are individuals who can be described as addicted to alcohol). This growing tendency includes alcohol use among women. Over the last few years, the pattern of alcohol use and misuse among women has changed, with a marked increase in the number of women drinking alcohol at hazardous or dangerous levels and women exhibiting complete addiction to alcohol.

Although alcohol addiction in women does not constitute a separate type, its origins and development do differ from those in men, as does the way women deal with it. The specific nature of female alcohol problems justifies the need (or rather the absolute necessity) for in-depth studies on its specific nature, causal factors, course and attempts made by women to free themselves from alcohol problems.

The analysis of the problem here combines individual and societal perspectives, and is an approach typical for the social sciences. Individual experiences are rooted in the social dimensions of alcohol problems, just as these determine the individual fate of those involved, including women.

This article is primarily based in social pedagogy, although it does draw on work from different fields of sciences in which explanations and interpretations of this subject are undertaken. Such a point of view focuses the researcher's attention on the environment, which, in line with the principles of social pedagogy, exerts a powerful influence on life situations, experiences, values and aims of individuals affected by alcohol problems.

Alcohol problems are placed in the theoretical context of social problems. Chapter 1 presents and discusses the manifestation and consequences of alcohol problems in their social dimension, with additional description from the individual perspective.

Since the thematic axis is alcohol problems among women, the next chapter deals with the specific nature of women's use, misuse and addiction to alcohol (distinguishing their biological, psychological and socio-cultural aspects), as well as the consequences of these

problems, which imply the need for social reaction. Action taken by the state in this field are also discussed, including acts of law and institutional measures related to alcohol problems (not only among women).

The next part of the publication presents the methodological basis of the author's original research. This study sought to diagnose and verify, and its research goal was to produce a socio-pedagogical description of selected aspects of alcohol problems affecting women in Poznań and its surrounding areas. It also sought to describe attempts made by this city's institutions to solve these problems. This was made possible through use of the environmental monograph method to describe alcohol problems among women in a large urban area (Poznań), which emerged during the research.

In line with the social and pedagogical principles of its conception, the factual part of the monograph comprises a description of Poznań as a large city in which the alcohol problems of women exist, and also attempts to tackle these problems. The results of this analysis are presented in Chapter 4.

At the same time, there is a diagnosis of the situation of alcohol-addicted women who underwent and completed therapy, which seeks to answer in particular the question of whether a selected category of women experienced alcohol problems due to the environmental context at different stages (from alcohol initiation, through gradual dependence and prolonged addiction, to attempts at abstaining and therapy). The results of exploring this research area are presented in Chapter 5.

The last part of this article describes the forms of action taken to deal with women's alcohol problems, and more precisely to support them in the process of overcoming their addiction. It reveals aspects of Polish reality in this regard and chances of their optimisation.

The social and pedagogical perspective adopted in this discussion leads us to conclude that a rational and effective response to alcohol problems should take place in the local community. It is worth emphasising the directive to establish networks of entities, coalitions and cooperation to help those in support professions solve alcohol problems and their consequences.

Translated by Rob Pagett

Recenzowana monografia podejmuje w swych analizach szeroko rozumiany problem alkoholowy – jeden z najważniejszych współczesnych problemów społecznych generujących problemy jednostkowe i konsekwencje społeczne o szerokim spektrum. Połączenie w analizach perspektywy globalnej, lokalnej i jednostkowej poszerza wiedzę o zmieniającej się rzeczywistości społeczno-kulturowej.

Monografia posiada znaczące walory poznawcze i praktyczne. Zastosowana procedura badawcza pozwoliła wieloaspektowo zidentyfikować i opisać społeczny problem alkoholowy kobiet z perspektywy pedagogiki społecznej, nawiązując w projekcie badawczym m.in. do idei pomocniczości, wskazującej na społeczny obowiązek niesienia pomocy jednostkom, grupom i środowiskom społecznym.

Monografia z pewnością zainteresuje nie tylko pedagogów społecznych, ale i badaczy innych dyscyplin naukowych, oraz wszystkich, którzy w służbie człowiekowi działają w różnych sektorach środowisk lokalnych. Ponadto może być wykorzystywana w procesie kształcenia studentów w obszarze nauk społecznych i humanistycznych.

prof. dr hab. Ewa Syrek
(z recenzji wydawniczej)



ISBN 978-83-232-3202-5
ISSN 0083-4254