

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Wydział Nauk Społecznych

Instytut Pedagogiki

Katarzyna Śliż

Nr albumu 040686

Autonomia relacyjna kobiet uzależnionych od alkoholu.

Badania w Ośrodku Terapii Uzależnień Kobiet

im. Matki Teresy z Kalkuty w Międzyrzeczu Górnym

Rozprawa doktorska

Rozprawa doktorska przygotowana na seminarium doktoranckim z pedagogiki specjalnej
pod kierunkiem dr hab. Ewy Domagały-Zyśk, prof. KUL

Lublin 2024

Głównym celem człowieka nie jest dążenie do przyjemności ani unikanie bólu, lecz właśnie poszukiwanie w swoim życiu sensu. Dlatego jesteśmy nawet gotowi cierpieć, oczywiście pod warunkiem, że nadamy swojemu cierpieniu jakieś znaczenie.

Viktor Frankl

Spis treści

| | |
|--|----|
| Podziękowania..... | 9 |
| Wstęp..... | 11 |
| Rozdział I. Uzależnienie od alkoholu w świetle badań naukowych..... | 21 |
| 1.1. Uzależnienie jako zjawisko wieloaspektowe – ujęcie historyczne | 21 |
| 1.2. Współczesne ujęcie alkoholizmu – klasyfikacja ICD-11 i DSM-V | 23 |
| 1.3. Uzależnienie jako choroba fizyczno-psychiczno-duchowa..... | 32 |
| 1.4. Specyfika kobiecego uzależnienia..... | 36 |
| 1.5. Leczenie kobiet uzależnionych od alkoholu..... | 40 |
| Rozdział II. Autonomia relacyjna – analiza pojęć i zjawiska..... | 47 |
| 2.1. Źródła filozoficzne i antropologiczne relacyjnego podejścia do autonomii..... | 47 |
| 2.2. Psychologiczne ujęcie autonomii – Teoria Autodeterminacji | 50 |
| 2.2.1. Rodzicielskie wsparcie autonomii | 53 |
| 2.2.2. Zaburzenia autonomii | 56 |
| 2.2.3. Uzależnienia a więzi – wyniki badań | 57 |
| 2.3. Rozwój autonomii w procesie samowychowania – ujęcie pedagogiczne | 61 |
| Rozdział III. Metodologiczna koncepcja badań własnych | 67 |
| 3.1. Założenia teoretyczne i metodologiczne | 67 |
| 3.1.1. Wybrany paradygmat..... | 68 |
| 3.1.2. Jakościowa strategia badawcza | 70 |
| 3.1.3. Metoda biograficzna w badaniach nad uzależnieniem kobiet | 73 |
| 3.2. Przedmiot, cele badań, problematyka badawcza | 75 |
| 3.3. Dobór próby, opis grupy badanej | 78 |
| 3.4. Miejsce prowadzenia badań..... | 83 |
| 3.5. Procedura gromadzenia danych..... | 84 |
| 3.5.1. Wywiad narracyjny | 84 |
| 3.5.2. Tematyczna opowieść biograficzna – piciorys | 88 |

| | |
|---|-----|
| 3. 6. Procedura analizy danych..... | 90 |
| 3.7. Dylematy etyczne związane z realizacją badań..... | 93 |
| Rozdział IV. Autonomia relacyjna kobiet uzależnionych od alkoholu w świetle badań własnych. | 97 |
| 4.1. <i>Gdybym nie była lekarzem, to byłabym nikim</i> – perspektywa biograficzna Katarzyny | 100 |
| 4.2. <i>Cierpiałam i czułam się w obowiązku, aby milczeć i być wdzięczną, bo przecież sprowadziłam do domu taką historię</i> – perspektywa biograficzna Agaty | 110 |
| 4.3. <i>Mama nigdy nie okazywała mi miłości</i> – perspektywa biograficzna Justyny | 122 |
| 4.4. <i>Rodzice chcą, żebym była idealna, żebym nosiła sukienki</i> – perspektywa biograficzna Blanki | 132 |
| 4.5. <i>Ojciec mnie skrzywdził, a matka na to pozwalała</i> – perspektywa biograficzna Danuty | 143 |
| 4.6. <i>Mój partner pije, nieraz bił mnie, ale wierzę, że się zmieni</i> – perspektywa biograficzna Eweliny..... | 152 |
| 4.7. <i>Odkąd sięgam pamięcią w domu zawsze był alkohol. Pili zarówno moi dziadkowie, jak również rodzice</i> – perspektywa biograficzna Małgorzaty | 163 |
| 4.8. <i>Ojciec jak dowiedział się co robię, powiedział, że nie ma już córki</i> – perspektywa biograficzna Oli | 172 |
| 4.9. <i>We wspólnocie AA znalazłam znowu drogę do Boga</i> – perspektywa biograficzna Ruty | 181 |
| 4.10. <i>Muszę wybierać między lojalnością do mamy i do męża</i> – perspektywa biograficzna Wioli | 191 |
| 4.11. <i>Zawsze wydawało mi się, że muszę czymś zasłużyć na miłość, że muszę zrobić coś, żeby być zauważoną</i> – perspektywa biograficzna Zofii..... | 201 |
| 4.12. <i>Rodzice o mnie dbali w dzieciństwie, dobrze mnie wychowywali</i> – perspektywa biograficzna Celiny..... | 211 |
| Rozdział V. Konteksty doświadczeń kobiet uzależnionych od alkoholu w obszarze autonomii relacyjnej | 221 |
| 5.1. Kontekst zaburzonych relacji w rodzinie pochodzenia | 222 |
| 5.2. Kontekst braku wsparcia autonomii w rodzinie | 230 |

| | |
|--|-----|
| 5.3. Kontekst poczucia własnej wartości..... | 236 |
| 5.4. Kontekst systemu wartości | 243 |
| 5.5. Kontekst decyzji | 251 |
| 5.6. Kontekst traumy relacyjnej..... | 259 |
| 5.7. Kontekst uzależnienia..... | 266 |
| 5.8. Kontekst rozwoju..... | 271 |
| Rozdział VI. Podsumowanie wyników badań – refleksja teoretyczna..... | 277 |
| Zakończenie..... | 285 |
| Bibliografia..... | 289 |
| Spis rysunków i tabel..... | 307 |
| Aneks..... | 309 |

Podziękowania

Pragnę złożyć podziękowania wszystkim, którzy wsparli mnie w podjęciu badań i opracowaniu niniejszej rozprawy dotyczącej ważnej tematyki jaką jest uzależnienie kobiet.

Na pierwszym miejscu chcę podziękować moich Rodzicom, niezującym już Tacie za przykład życia pełnego pasji i wielkich pragnień, mojej Mamie, która jest prawdziwą kobietą renesansu i otworzyła przede mną szerokie horyzonty wiedzy i myślenia.

Podziękowania składam p. mgr Gabrieli Flig, założycielce i dyrektorze Ośrodka Leczenia Uzależnień |Kobiet im. Matki Teresy z Kalkuty w Międzyrzeczu Górnym, że umożliwiła mi prowadzenie badań naukowych oraz wsparła swoją profesjonalną wiedzą i mądrością.

Dziękuję wszystkim terapeutkom, psychologom i personelowi medycznemu z Ośrodka OTUK za pomoc, wsparcie i podzielenie się cennym doświadczeniem.

Pragnę podziękować również osobom, które wsparły mnie konsultacjami od strony merytorycznej i edycyjnej p. dr Annie Spannbauer Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz p. mgr Urszuli Kmicie doktorantce KUL.

Podziękowania składam bliskim mojemu sercu koleżankom, na których pomoc, wsparcie i mądre, dobre rady zawsze mogę liczyć: p. mgr Zofii Jaroszuk, p. mgr Magdalenie Laskowskiej, p. Iwone Urbańskiej – Kosiek, mgr Annie Cieplińskiej. Są dla mnie wzorem pedagogów kochających swoją pracę i traktujących ją jako powołanie.

Szczególne wyrazy wdzięczności chcę skierować do p. dr hab. Ewy Domagały- Zysk prof. KUL, która jest promotorem pracy, jest również moim przewodnikiem i mistrzem na drodze naukowego rozwoju.

Nade wszystko jednak i najbardziej dziękuję uzależnionym kobietom, pacjentkom Ośrodka Terapii Uzależnień Kobiet im. Matki z Kalkuty w Międzyrzeczu Górnym. Tym, które wzięły udział w badaniach oraz tym wszystkim, które udało mi się poznać podczas spotkań terapeutycznych w Ośrodku. Dziękuję, że podzieliłyście się swoim doświadczeniem życia i trzeźwienia i mogłam iść jakiś czas z Wami tą drogą, towarzysząc Wam w poszukiwaniu sensu i nadziei.

Wstęp

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, z racji negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych jest przedmiotem zainteresowań badawczych wielu dyscyplin naukowych (Cierpiałkowska, Ziarko, 2010). Alkoholizm jawi się jako istotny problem społeczny, poziom spożycia alkoholu w Polsce stale wzrasta, rośnie też liczba osób uzależnionych. Dzisiaj, po latach badań i analiz problematyki uzależnień można zdecydowanie twierdzić, że jest to problem o szerokim zasięgu społecznym, dotyczącym wszystkich grup i klas społecznych. Zwiększenie ilości spożywanego alkoholu, a co za tym idzie rozwoju uzależnienia dotyczy również kobiet.

Jednak ze wzrostem wskaźników ryzykownego spożywania alkoholu przez kobiety nie nastąpił wzrost usług leczniczych dostosowanych do specyfiki kobiecej. Potrzebna jest wnikliwa analiza narastającego problemu alkoholizmu kobiet. Istotne jest, aby formułowane pytania badawcze koncentrowały się na płci oraz specyficznych problemach kobiecego uzależnienia.

Przez wiele lat, a nawet stuleci, panowało powszechne przekonanie, że kobiety nie zostają alkoholikami. W związku z tym nie było potrzeby zgłębiania kobiecej perspektywy uzależnienia, konieczności skutecznego leczenia dostosowanego do kobiet, opartego na ich zrozumieniu (Brown, 2001).

W perspektywie historycznej alkoholizm u kobiet był postrzegany jako moralna porażka i w wielu aspektach trwa to do dziś. To piętno paradoksalnie wzmacnia zaprzeczanie uzależnieniu u kobiet i utrudnia im podjęcie leczenia. Obraz kobiety alkoholiczki nadal zagraża ceniemu, wyidealizowanemu obrazowi kobiet. Wiedza na temat uzależnienia na tyle dziś się zmieniła, że kobiety są uznawane za osoby uzależnione, moralne piętno pozostaje. Kobieta cierpiąca na uzależnienie nadal jest uważana przez siebie i innych jako ta, która poniosła porażkę jako kobieta, żona, matka, jako człowiek.

Zarówno w kontekście współczesnych uwarunkowań kobiecego alkoholizmu, zmian jakie zachodzą we współczesnym społeczeństwie w postrzeganiu roli kobiety jak i wymagań stawianych wobec niej ujawniają się trudności w odnalezieniu własnej tożsamości przez kobiety a co za tym idzie, wzrastającej liczby kobiet uzależnionych. Bardzo ważną staje się skuteczna terapia przywracająca pijące kobiety do zdrowia i pozytywnego funkcjonowania w społeczeństwie, w rodzinie. Ważnym jest również z powodu skutków spożywania alkoholu przez kobietę, zwłaszcza matkę w okresie ciąży i zagrożenie występowania u dziecka zaburzenia w postaci Alkoholowego Zespołu Płodowego FAS.

W ciągu ostatnich dwudziestu pięciu lat wiedza na temat uzależnienia kobiet wzrosła. Dzięki zmianom zapoczątkowanym na gruncie amerykańskim, gdzie tradycja badań nad problematyką alkoholizmu jest najbardziej ugruntowana, w 2006 roku National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) zidentyfikował kobiety jako niedostatecznie zbadaną populację w badaniach nad leczeniem uzależnień i nadał priorytet badaniom specyfiki kobiecego uzależnienia. Potrzebne jest bowiem lepsze zrozumienie mechanizmów kobiecego uzależnienia oraz specyficznych potrzeb kobiet w terapii (NIAAA, 2006).

Podobieństwa i różnice z mężczyznami w etiologii znaczenie, przebieg uzależnienia i leczenie zostały dobrze udokumentowane, a leczenie wrażliwe na kobiety zostało opisane (Bloom i Covington, 1999). Wyjątkowa kobieca perspektywa jest teraz dostępna teoria form i leczenie. Perspektywa płci była i nadal jest niezwykle ważna. Zostało to dobrze zdefiniowane w teoriach psychologii i rozwoju (Chodorow, 1978; Gilligana, 1982; Miller, 1976), w odniesieniu do różnorodnych zaburzeń psychopatologicznych (Gilligan, 1982; Herman, 1992; Turnbull, Gomberg, 1988).

Dzisiaj niewiele jest zaprzeczeń lub nie ma ich wcale: kobiety mogą być i są uzależnione i jest to bardzo znaczący problem w ich funkcjonowaniu osobistym i społecznym. Badania, podejmowane są szczególnie przez zagranicznych autorów, wskazują na potrzebę wnikliwej analizy kobiecego uzależnienia. Istotne perspektywy badawcze będące podstawą dla niniejszych badań: Covington (2009)- zintegrowane podejście do leczenia uzależnień kobiet, płeć jako ważna aspekt perspektywy klinicznej, Epstein, Menges (2013)- etiologia i przebieg uzależnienia od alkoholu u kobiet; Rosenthal (2013)- zaburzenia współistniejące u uzależnionych kobiet; Zweig, McCrady (2004)- uzależnienie kobiet a relacje rodzinne i środowisko społeczne; Lewis, Simpson (2016) – skuteczność terapii skierowanych wyłącznie do kobiet.

W Polsce brakuje badań dotyczących tematyki uzależnień kobiet, zwłaszcza w kontekście prowadzenia terapii w grupie wyłącznie dla kobiet. W obszarze badań nad problematyką kobiecego uzależnienia szczególną uwagę zwrócono na analizę problemu podejmowaną w ostatnich latach na gruncie polskim przez takich badaczy jak: Gąsior, Wojtynkiewicz i Włodarczyk. Niniejsza praca ma stanowić uzupełnienie dorobku badań nad rozumieniem przyczyn powstawania i rozwoju uzależnienia od alkoholu u kobiet. Gąsior (2005) typy alkoholizmu kobiet, a przynależność do określonej grupy typologicznej powiązana z metodami terapeutycznymi stosowanymi w leczeniu, Włodarczyk (2007) badania dotyczące kobiet uzależnionych od alkoholu z perspektywy działań pomocowych, Dragan (2018) związek występowania traumatycznych wydarzeń oraz zespołu stresu pourazowego z rozwojem

uzależnienia od alkoholu u kobiet a także trudności w regulacji emocji jako istotnego czynnika w powstawaniu uzależnienia u kobiet, Wojtyńkiewicz (2021) uzależnienie z perspektywy teorii więzi. Niniejsza praca ma stanowić uzupełnienie dorobku badań nad rozumieniem przyczyn powstawania i rozwoju uzależnienia od alkoholu u kobiet.

W Polsce brakuje ciągle badań dotyczących specyfiki i potrzeb uzależnionych kobiet, zwłaszcza w kontekście prowadzenia terapii w grupie wyłącznie dla kobiet. Niniejszy projekt badawczy odpowiada na tą potrzebę i jest próbą wypełnienia luki dotyczącej specyfiki kobiecego nałogu.

Na podjęcie tematu autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu miało wpływ znaczenie tej problematyki.

Zainteresowanie zmienną płci w niniejszym projekcie badawczym ukierunkowało autorkę na wymiar relacyjności. Jak wskazuje teoria charakterystycznym dla kobiety jest relacyjny model siebie (Byington, 1997), Miller (1976), Gilliana (1982) i Chodorow (1978). Teoria ta różnicuje kobiety i mężczyzn podstawa przywiązania. Stwierdzono, że kobiety poszukują relacji, przywiązania i połączenia jako sposób na odnalezienie siebie i kobiecej tożsamości, podczas gdy mężczyźni szukają separacji i indywidualizacji jako drogi do siebie i męskiej tożsamości. Perspektywa ta identyfikuje różne ścieżki zdrowego rozwoju (Straussner 1997) dając rozumienie kobiet i ich uzależnienia. Pierwotnie opracowana w latach 80. XX wieku, teoria relacyjna sugeruje, że łączność z innymi jest podstawową potrzebą wszystkich ludzi i że właśnie ta więź jest szczególnie ważna w przypadku kobiet (Jordan i in., 1991). Teoria ta stawia tezę, że dla kobiet tworzenie więzi międzyludzkich jest podstawą zdrowia i rozwoju oraz że brak zdrowych relacji może skutkować problemami psychicznymi (Covington i Surrey, 1998; Jordan i in., 1991). Jednym z takich problemów jest nadużywanie substancji psychoaktywnych, który może powstać w wyniku tego rozłączenia (Covington i Surrey, 1998).

Ta perspektywa zainspirowała Autorkę, ukazując, że obszar autonomii relacyjnej jest tu bardzo płodny. A także koncepcje, z których on wyrasta, dając dobre podstawy do zrozumienia rzeczywistości kobiecego uzależnienia.

Autonomia należy do najbardziej naturalnych i uniwersalnych ludzkich potrzeb a dociekania dotyczące jej istoty stanowiły i stanowią przedmiot zainteresowań wielu nauk, takich jak filozofia, psychologia, pedagogika czy medycyna. Pojęcie autonomii wiąże się z filozoficzną koncepcją człowieka jako osoby. Człowiek według myśli tomistycznej jest najdoskonalszym z podmiotów i jako jedyny ma wolność wyboru i niezależność, samodzielnie wyznacza sobie cele i je realizuje. Jedynie osoba jest wolna, posiadająca w pełnym znaczeniu tego słowa wewnętrzność i podmiotowość, gdyż panuje nad sobą i bada samą siebie (Maritain,

1988, za: Horowski, 2015, s. 202). Z definicji tej wynikają ważne implikacje pedagogiczne dotyczące człowieka, mówiące o tym, że jego życiowym powołaniem jest uzyskiwanie autonomii poprzez samostanowienie, będące wynikiem odpowiedzialności za działania, wskutek których staje się on coraz bardziej osobą (Horowski, 2015).

W filozofii relacyjny sposób myślenia o autonomii zaliczane są do grupy teorii autonomicznych osób. Podejście to jest jednak również rozwijane w naukach społecznych. W koncepcjach relacyjnych przyjmuje się, że podmiotowość, tożsamość i autonomia jednostki są konstytuowane przez relacje społeczne, w które jest ona zaangażowana lub uwikłana (Pęczek, 2017).

Zróżnicowane podejścia do autonomii można podzielić na dwa główne nurty. Jeden z nich określa autonomię jako wolność *od*. W tym ujęciu jest to wolność od wpływów innych osób, odrębność emocjonalna, niezależność w działaniu i myśleniu. Drugi z nurtów skupia się na autonomii jako wolności *do*. Jest to wolność do podejmowania decyzji, życia zgodnie z własnymi przekonaniem i możliwościami, umiejętność budowania bliskich relacji z jednoczesnym poszanowaniem granic swoich i drugiej osoby (Katra, 2007).

Podejście do autonomii, które wpisuje się w nurt relacyjnego myślenia, proponują Ryan i Deci (2000) w cieszącej się coraz większą popularnością Teorii Autodeterminacji (Self-Determination Theory– SDT). Teoria ta postrzega człowieka jako aktywny organizm posiadający potencjał do działania. Źródła ludzkiego potencjału umiejscowione są zarówno wewnątrz jednostki, jak i w środowisku, w którym funkcjonuje. Teoria ta opisuje człowieka jako zdolnego do samoregulacji, posiadającego możliwość do samorozwoju i integrowania swojego funkcjonowania. Spójność tego systemu sprzyja osiągnięciu dobrostanu (Ryan, Deci, 2001, Deci, Vansteenkiste, 2004). Autonomia jako autodeterminacja jest rozpatrywana w dwóch wymiarach jako samoregulacja i integracja w działaniu, ma kluczowe znaczenie dla zdrowego rozwoju i funkcjonowania psychicznego.

Osoby charakteryzujące się wysokim poziomem autonomii, rozumianej jako autodeterminacja, to ludzie mający poczucie wolności wyboru, podejmujący działania i decyzje, które są w zgodzie z ich wewnętrznymi przekonaniem, celami. Cechują się oni wysoką autorefleksją i znajomością siebie. Są to więc osoby, które często kierują się w życiu motywami wewnętrznymi. Opisane powyżej cechy, takie jak samoświadomość czy też znajomość swojej woli i umiejętność kierowania się nią, są rezultatem prawidłowo przebiegających procesów rozwojowych oraz dojrzałości psychicznej. Takie rozumienie autonomii, która zdaniem twórców teorii jest najistotniejszą potrzebą rozwojową człowieka

odnosi się do procesów wolicjonalnych, poglądów i odczuć, a nie tylko do konkretnych zdolności czy też umiejętności.

Zaburzenia autonomii analizowane są zarówno jako czynnik etiologiczny, jak i objawowy, w różnych formach psychopatologii. Kwestie autonomii i integracji są w rzeczywistości często uwikłane w rozwój psychopatologii (Ryan, Deci, Grolnick i La Guardia, 2006). W literaturze naukowej podkreślała się, że wiele różnych form psychopatologii, zdaniem badaczy jest powiązanych z zaburzeniami autonomii (Shapiro, 1981; Erikson, 2004).

Uznanie znaczenia autonomii dla zdrowego rozwoju i dobrego samopoczucia, a jej zaburzeń do powstawania różnych form psychopatologii przyczyniło się do powstania szybko rosnącej liczby badań empirycznych na gruncie teorii samostanowienia na temat autonomii i jej dynamiki rozwojowej. Zgodnie z nią ogromne znaczenie dla kształtowania się autonomii osoby ma wsparcie rodzicielskie autonomii.

Bardzo obiecujące wyniki przynoszą badania dotyczące związku zaburzeń kształtowania autonomii w wymiarze relacyjnym z rozwojem różnych form psychopatologii. Badania prowadzone przez badaczy z nurtu teorii autodeterminacji na obszarze takich krajów jak Stany Zjednoczone, Australia skąd wywodzą się twórcy teorii a także krajów skandynawski w ostatnich kilku latach przynoszą obiecujące rezultaty dotyczące lepszego zrozumienia elementów etiologii i rozwoju różnych form psychopatologii.

Badania przedstawione w niniejszej dysertacji są badaniami pionierskimi w obszarze znaczenia wsparcia a następnie rozwoju autonomii w ujęciu relacyjnym w powstawaniu i rozwoju uzależnienia u kobiet. Wypełniają one lukę w badanych specyfiki kobiecego uzależnienia prowadzonych w Polsce w oparciu o rozumienie, które wnoszą teorie więzi a zwłaszcza teoria autodeterminacji Ryana i Deciego.

Perspektywa w podjęta w badaniach dotyczy także kształtowania i odbudowy poczucia autonomii w ujęciu relacyjnym w procesie terapeutycznym oraz samowychowania podejmowanego w życiu dorosłym. Teoria autodeterminacji nie jest bowiem deterministyczna i wskazując drogi powstawania zaburzeń ukazuje również możliwości odbudowy dojrzałego samostanowienia.

Biorąc pod uwagę rolę, jaką odgrywa autonomia lub jej brak zarówno w optymalnym rozwoju, jak i w rozwoju psychopatologii, wspieranie autonomii jawi się jako ważny, wręcz krytyczny element skutecznych metod leczenia psychopatologii, w tym uzależnienia (Mansour i in., 2012; Zuroff i in., 2007).

Celem projektu badawczego jest poznanie i zrozumienie uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu będących w procesie leczenia w Ośrodku Uzależnień Kobiet im. Matki Teresy z Kalkuty w Międzyrzeczu Górnym.

W ramach tak sformułowanego celu szczególnie istotne było dotarcie do subiektywnych znaczeń jakie kobiety uzależnione nadają swoim doświadczeniom dotyczącym autonomii relacyjnej i zbudowanie ich typologii oraz podjęcie próby stworzenia modelu obejmującego główne wymiary uwarunkowań autonomii relacyjnej uzależnionych kobiet.

Istotnym celem pracy jest bowiem nie tylko poznanie poziomu autonomii i przedstawienie uwarunkowań autonomii uzależnionych kobiet w kontekście etiologii i rozwoju ale także wskazanie na znaczące przejawy oraz istotne cechy zjawiska autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu.

Bardzo istotny jest także cel aplikacyjny, którym jest skuteczniejsza realizacja programów pomocy i terapii uzależnionych kobiet, opracowanie modelu pracy terapeutycznej z kobietami uzależnionymi wspierającego rozwój autonomii relacyjnej.

Badania pedagogiczne nieodłącznie związane są z przekształcaniem rzeczywistości i projektowania zmiany proosobowej i prospołecznej (Kubinowski, 2008). W konsekwencji istotne będzie także odniesienie wniosków z badań do praktyki poprzez odnalezienie obszarów wsparcia, tworzenia odpowiednich kontekstów terapii, wskazanie rozwiązań w działaniach na rzecz rozumienia specyfiki kobiecego uzależnienia i wsparcia rozwoju ich autonomii. Autorka badań dostrzega tu miejsce dla szeroko rozumianej działalności edukacyjnej i użyteczności praktycznej w pracy z kobietami uzależnionymi, rozciągając swoje wnioski na grunt edukacji przez całe życie i samowychowania. Jest to bardzo istotnym celem badań.

Problem, który ma zostać rozwiązany w podjętej pracy to odpowiedź na pytanie: jakie są uwarunkowania autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu?

Tak postawione pytanie główne generuje szereg pytań szczegółowych, które ewoluowały podczas kolejnych etapów procedury badawczej. Koncentrują się one wokół specyfiki poziomu i rozwoju autonomii uzależnionych kobiet.

Rozwinięciem pytania głównego jest sformułowanie następującej mapy problemów szczegółowych:

1. Jak przejawia się autonomia relacyjna w relacjach interpersonalnych badanych kobiet uzależnionych od alkoholu?
2. Jak był wspierany rozwój autonomii relacyjnej w środowisku rodzinnym badanych kobiet uzależnionych od alkoholu?

3. Jakie czynniki osobowe wspierały rozwój autonomii relacyjnej badanych kobiet uzależnionych od alkoholu?
4. Jak przejawia się autonomia relacyjna w wyborze wartości przez badane kobiety?
5. Jak przejawia się autonomia relacyjna w podejmowaniu decyzji przez badane kobiety?
6. Jak uzależnienie zaburzyło przebieg procesu rozwoju autonomii relacyjnej u badanych kobiet?

Prowadzenie badań naukowych w określonym paradygmacie jest związane z zaplanowaniem etapów podejmowanych działań. Służy to uporządkowaniu procesu badawczego i jego zgodności z wybranym podejściem metodologicznym. W badaniach jakościowych istotne znaczenie ma odpowiednio przygotowana i przeprowadzona procedura gromadzenia i analizy danych. Opracowana procedura badawcza pełni rolę służebną wobec budowanej teorii.

Podstawą metodologii niniejszego projektu badawczego jest jakościowa strategia badań. Uzasadnieniem wyboru strategii jakościowej w podjętych badaniach jest możliwość głębszego i lepszego zrozumienia, w toku indywidualnych spotkań, świata osób badanych, co nie byłoby możliwe przy wykorzystaniu strategii badań ilościowych. Poznanie to, jakkolwiek zredukowane do jednego miejsca i czasu, bez możliwości uogólniania wyników na całą populację badanych osób, nacechowane subiektywizmem badacza i poznawanych osób, jest kluczem do zrozumienia i interpretowania postaw i zachowań oraz sytuacji życiowej indywidualnej i społecznej (Palka 2006, s. 77).

Tworząc własną koncepcję badań badaczka miała świadomość obciążeń związanych ze stosowaniem metodologii badań jakościowych. Dotyczą one w szczególności zbierania danych, ich analizy i interpretacji. Przyjęto więc zasadę dokładnego opisywania własnych poczynań teoretyczno-metodologiczno-interpretacyjnych oraz oparcia koncepcji badań na jasno określonych paradygmatach.

Jako podstawę przyjęto paradygmat podmiotowo-partycypacyjny. W kontekście proponowanego paradygmatu badacz jest przygotowany do takiego prowadzenia badań, które będzie zorientowane na dobro wspólne podmiotów badania, co umożliwi nie tylko konstruktywne rozwiązanie problemu, znalezienie trafnych, rzetelnych, zgodnych z prawdą odpowiedzi na nie, ale także w efekcie finalnym pozwoli na transformację badanej rzeczywistości (Ciechowska, Szymańska, 2018).

Struktura pracy obejmuje zasadniczo trzy części: teoretyczną, w której w oparciu o literaturę przedmiotu została zarysowana problematyka uzależnienia oraz autonomii relacyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet; metodologiczną prezentującą podstawy

paradygmatyczne podejmowanych badań i prezentującą proces badawczy; empiryczną, która obejmuje przedstawienie podjętych analiz nad uwarunkowaniami autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych wraz z ich interpretacją i próbą wysunięcia wniosków.

Część teoretyczna pracy bazuje na polskiej i zagranicznej literaturze pedagogicznej, psychologicznej i socjologicznej, którą uzupełniają mniej liczne pozycje z dziedziny filozofii i antropologii. Przedstawione ramy teoretyczne są umieszczeniem badania w kontekście naukowych analiz, nie są całkowicie wyczerpującym przedstawieniem problematyki uzależnienia oraz autonomii. Wybór obszarów teoretycznych podyktowany był przedstawieniem istotnych z punktu widzenia badaczki aspektów, mających związek z prowadzonymi badaniami empirycznymi. Część teoretyczna pracy ukazuje też drogę kształtowania myślenia badaczki na temat zrozumienia specyfiki kobiecego uzależnienia w kontekście autonomii relacyjnej w oparciu o istniejące teorie i stan badań.

Rozdział pierwszy zawiera analizę zjawiska uzależnienia w świetle badań naukowych. Jest to pogłębiona i możliwie wszechstronna analiza zjawiska alkoholizmu, ukazująca jego destrukcyjny charakter. Przedstawiona została definicja choroby alkoholowej oraz osoby uzależnionej przyjęta przez autorkę niniejszej dysertacji oraz konsekwencje dla podejścia terapeutycznego wynikającego z głębszego rozumienia tych założeń definicyjnych. Istotną część rozdziału stanowi rozważanie na temat specyfiki kobiecego uzależnienia. Przedstawione zostały problemy związane z leczeniem uzależnionych kobiet oraz kierunki pracy terapeutycznej. Czynniki płci jest bowiem, zdaniem autorki niezwykle istotny zarówno w rozwoju uzależnienia jak i specyfice wychodzenia z nałogu.

Rozdział drugi zawiera analizę pojęć i zjawiska autonomii relacyjnej. Zawarto w nim analizę źródeł filozoficznych i antropologicznych relacyjnego podejścia do autonomii. Ważną część rozważań stanowi szerokie przedstawienie rozumienia autonomii w świetle teorii autodeterminacji Ryana i Deciego. Analiza ta jest główną inspiracją teoretyczną prowadzonych badań. W rozdziale tym przedstawiono na podstawie wyników badań inne aspekty związane ze skutkami zaburzenia więzi zwłaszcza wczesnodziecięcej i związek z powstawaniem uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Rozdział ten zakończony jest przedstawieniem ujęcia autonomii w procesie samowychowania i jego odniesienie do działań pedagogicznych.

W trzecim rozdziale metodologicznym został przedstawiony i uzasadniony proces badawczy wraz ze wskazaniem jego przedmiotu, celu i problematyki. Szeroko omówiono ramy paradygmatyczne, w których mieszczą się podjęte badania, wskazując kontekst wyboru paradygmatu interpretatywnego. Uzasadniono wybór metody biograficznej jako adekwatnej do założonego celu badań. W dalszej części skupiono się na zaprezentowaniu procedury

gromadzenia danych oraz ich analizy, omawiając szczegółowo poszczególne kroki. Odniesiono się do sposobu doboru grupy badanej- kobiet uzależnionych od alkoholu, leczących się w Ośrodku Terapii Uzależnień Kobiet w Międzyrzeczu Górnym. W ostatniej części rozdziału metodologicznego zwrócono uwagę na dylematy etyczne związane z realizacją badań.

W rozdziale piątym podjęto analizę 12 narracji biograficznych kobiet uzależnionych od alkoholu, kierując się schematem opracowanym przez Dubas (2011). Skupiono się na próbie uchwycenia dwóch warstw narracji: zobiektywizowanej warstwy odzwierciedlającej faktograficzny charakter historii życia (life history) oraz subiektywnej warstwy narracji obrazującej strukturę doświadczeń biograficznych tworzących niepowtarzalną opowieść o własnym życiu uzależnionych kobiet (life story). Następnie przeprowadzono analizę procesów trajektoryjnych ujawnionych w narracjach biograficznych kobiet uzależnionych od alkoholu. Zwrócono uwagę na wystąpienie w ich biografii kolejnych etapów trajektorii cierpienia i uzależnienia, odniesionych do schematu opracowanego przez Schütza (1997).

Treść rozdziału szóstego została ukierunkowana uchwycenie i opis kontekstów wyłonionych podczas procesu kodowania i kategoryzacji treści narracji. Wskazano na wielowymiarowość doświadczania kształtowania się autonomii relacyjnej u uzależnionych kobiet, która w narracjach ujawniła się w kontekstach osobowych, relacyjnych, wartości, decyzyjnych oraz rozwojowych. Przeanalizowany jako istotny został też kontekst uzależnienia. Wskazując na wypowiedzi Narratorek, przedstawiono kolejno każdy z wymiarów, z jednoczesnym odniesieniem ich do podstaw teoretycznych prezentowanych w literaturze przedmiotu.

Część empiryczną zamyka podsumowanie wyników badań, w którym zaprezentowano uwarunkowania autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu w świetle ich doświadczenia przekazanego w wywiadach biograficznych. Podjęto także próbę zbudowania modelu, który ilustrowałby wielowymiarowość doświadczania uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu. Całość pracy została uzupełniona bibliografią, spisem rysunków i tabel oraz aneksem. W aneksie został zawarty opis 12 Kroków AA oraz 12 Tradycji AA.

Badania przeprowadzono w Ośrodku Terapii Uzależnień Kobiet w Międzyrzeczu Górnym, który jest jedynym ośrodkiem w Polsce prowadzącym terapię wyłącznie dla kobiet. Ośrodek powstał w 2017 roku z inicjatywy grupy terapeutów związanych z ruchem AA. Realizowany jest w nim autorski program terapeutyczny dostosowany do potrzeb i problemów uzależnionych kobiet, którego twórcą jest Autorka niniejszej dysertacji.

Rozdział I. Uzależnienie od alkoholu w świetle badań naukowych

W rozdziale tym przedstawiona zostanie pogłębiona i możliwie wszechstronna analiza zjawiska alkoholizmu, ukazująca destrukcyjny charakter nadużywania substancji psychoaktywnych dla rozwoju człowieka. Uzależnienie od alkoholu jest poważnym problemem zarówno w funkcjonowaniu indywidualnym jak i społecznym. Jest to problem boleśnie doświadczany w życiu rodziny dotkniętej nadużywaniem jednego z jej członków. Szczególnie negatywne skutki uzależnienia zauważyć można gdy problem dotyczy kobiety. Jednak zarówno złożoność tego zjawiska, jak i jego niestety ciągły rozwój mimo prób opanowanie go zarówno w wymiarze profilaktyki jak i leczenia skłania do pogłębienia analiz teoretycznych uzależnienia, aby lepiej rozumieć jego uwarunkowania zwłaszcza w kontekście specyfiki kobiecego uzależnienia.

Przydatne tutaj staje się również przyjrzenie się wymiarowi historycznemu definiowania alkoholizmu. Daje to szerszy kontekst zrozumienia ewolucji poglądów jak i wynikających z nich implikacji praktycznych. Przedstawiona zostanie również definicja choroby alkoholowej oraz osoby uzależnionej przyjęta przez autorkę niniejszej dysertacji oraz konsekwencje dla podejścia terapeutycznego wynikającego z głębszego rozumienia tych założeń definicyjnych.

Koncepcja choroby jest bezpośrednio związana z osobą uzależnioną, nie istnieje bowiem choroba sama w sobie a jedynie w odniesieniu właśnie do osoby chorej. Dlatego konieczne jest, aby analizując w sposób krytyczny obecny stan wiedzy i badań w obszarze uzależnień odnieść się do rozumienia kim jest człowiek, jaka jest jego natura i dokąd zmierza w swoim rozwoju. Ważne jest oparcie na określonej koncepcji człowieka. Ta analiza zostanie również przedstawiona u niniejszym rozdziale. Następnie scharakteryzowana zostanie specyfika kobiecego uzależnienia. Czynniki płci jest bowiem, zdaniem autorki niezwykle istotny zarówno w rozwoju uzależnienia jak i specyfice wychodzenia z nałogu. Należy rozszerzyć wiedzę na temat tej specyfiki, gdyż problem uzależnienia wśród kobiet narasta, a programy wsparcia i terapii nie są dostosowane do borykających się z uzależnieniem kobiet.

1.1. Uzależnienie jako zjawisko wieloaspektowe – ujęcie historyczne

Alkohol nazwany jest najstarszym narkotykiem świata (Lindenmeyer, 2007). Od wieków znany był bowiem fakt, iż regularne i długotrwałe używanie alkoholu prowadzi do niekorzystnych zmian w organizmie, o czym świadczą przekazy w Biblii, Talmudzie czy pismach Seneki (Woronowicz, 2009).

Problemy związane z alkoholizmem sięgają początków używania alkoholu. Mimo że dopiero w XIX wieku określono chorobę alkoholową, można przypuszczać że w każdym okresie historycznym stanowiła ona często występującą patologię, wywołując kaskadowe, negatywne zmiany w funkcjonowaniu indywidualnym i społecznym (Kowalewski, 2016).

Nie od początku jednak alkoholizm był traktowany jako choroba. Skutki ostrego zatrucia alkoholem były źródłem problemów, jednak nadużywanie alkoholu było najczęściej traktowane jako skaza moralna, grzech czy zły obyczaj (Woronowicz, 2008).

Przyjmuje się, że terminu alkoholizm i choroba alkoholowa wprowadził szwedzki lekarz i badacz Magnus Huss (1807-1890), którego zainteresowania badawcze skoncentrowane były na próbie sklasyfikowania objawów nadmiernego używania alkoholu. W roku 1849 opublikował on pracę pt. *Alkoholizm przewlekły czyli przewlekła choroba alkoholowa* (za: Chodkiewicz 2020, s.59). Zasługi dla pierwszych teoretycznych prób analizy zjawiska alkoholizmu ma również psychiatra amerykański Benjamin Rush, który zwrócił uwagę na negatywne skutki zdrowotne nadużywania alkoholu i wykazywał podobieństwo z chorobami dziedzicznym. Z kolei angielski lekarz Thomas Trotter jest autorem pierwszej pracy naukowej o chorobotwórczych skutkach nadużywania alkoholu (za: Durasiewicz 2012).

Najistotniejszy wkład w rozwój wiedzy naukowej dotyczącej choroby alkoholowej wniósł amerykański badacz Elvin Morton Jellinek (1890-1963). Badał on wpływ alkoholu na organizm człowieka i jego funkcjonowanie psychospołeczne. Tego amerykańskiego badacza, fizjologa i bioetyka można określić jako prawdziwego człowieka renesansu. Interesował się filozofią, teologią, językoznawstwem, statystyką medyczną. Znał 9 języków obcych, biegle posługiwał się pięcioma. Scharakteryzował on w swojej książce pt. *The disease concept of alcoholism* (1960) koncepcję alkoholizmu jako choroby (za: Chodkiewicz, 2020, s.59). Choroba ta, zdaniem Jellinka, charakteryzuje się zmianami psychicznymi i zaburzeniami somatycznymi, a także zaburzeniami w dziedzinie więzi i funkcjonowania społecznego. Stwierdził, że zaburzenia te, o charakterze przewlekłym, kiedy nie są leczone prowadzą do śmierci. Przejawami rozwijającej się choroby alkoholowej są symptomy fizjologiczne, psychiczne i społeczne, które pojawiają się w określonym porządku w kolejnych fazach. Po utracie kontroli nad ilością wypijanego alkoholu choroba nie może już się cofnąć, alkoholik bowiem nigdy nie może już wrócić do kontrolowanego picia.

Jak stwierdził Griffith Edwards (2002) *Koncepcja alkoholizmu jako choroby* autorstwa Jellinka była dziełem wybitnym, opartym na wnikliwym podejściu do rzeczywistości uzależnienia. W 1948 r. Jellinek założył Institute of Alcohol Studies w Yale, który przez wiele lat był wiodącym ośrodkiem badawczym nad zjawiskiem alkoholizmu i programami leczenia

w Stanach Zjednoczonych. W 1951 r. Jellinek został mianowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) sekretarzem generalnym Międzynarodowego Instytutu Badań nad Problemami Alkoholowymi.

Zasługi Jellinka w zakresie tworzenia kryteriów użytecznych do diagnozowania choroby alkoholowej i jej leczenia są nie do przecenienia. Dzięki badaniom Jellinka Amerykańskie Towarzystwo Medyczne zdecydowało o zakwalifikowaniu alkoholizmu jako choroby. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia w 1951 roku uznała, że alkoholizm jest problemem medycznym (Woronowicz, 2009).

Wkład Jellinka w badania nad problemami rozumienia choroby alkoholowe wyrażają współcześni badacze dzieląc rozwój wiedzy w tym obszarze na trzy okresy: przednaukowy (1850-1940 r.), era Jellinka (1941-1960 r.), era po Jellinku (od 1960 r.) (Cierpiałkowska, 2007).

1.2. Współczesne ujęcie alkoholizmu – klasyfikacja ICD-11 i DSM-V

Zdefiniowanie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu nie jest łatwe, ponieważ wśród osób uzależnionych występują istotne różnice w zakresie wzorców picia. Seligman, Walker i Rosenhan (2003) wskazują, że najprościej uzależnienie od substancji psychoaktywnych można scharakteryzować za pomocą trzech głównych cech: utrata kontroli nad używaniem substancji, kontynuacja używania substancji mimo negatywnych skutków, jakie ona wywołuje, oraz przymus przyjmowania substancji psychoaktywnej.

Obowiązujące obecnie, szczegółowe kryteria diagnostyczne zaburzeń związanych z używaniem alkoholu zdefiniowane zostały w dwóch najważniejszych klasyfikacjach: ICD Światowej Organizacji Zdrowia i DSM Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zmiany w zakresie proponowanych kryteriów zaburzeń odzwierciedlają problemy z precyzyjnym uchwyceniem najważniejszych aspektów zjawiska, a także wysiłki ekspertów, aby trudności te przezwyciężyć (Dragan, 2018).

W głównej i szeroko stosowanej na świecie klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Podręczniku Kryteriów Diagnostycznych Zaburzeń Psychiczych DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) definiowanie uzależnienia uległo znaczącej ewolucji zanim przyjęło dzisiejszy kształt. Na przełomie lat następowały zmiany w terminologii związanej z uzależnieniem od alkoholu. Tendencja ta skupiła się na opracowaniu wskaźników do diagnozy uzależnienia i oddzielenia jej od innych form używania substancji. W pierwszych dwóch opracowaniach (DSM I i DSM II) alkoholizm był traktowany jako kategoria zaburzeń osobowości i nerwic. W trzeciej edycji

podręcznika (DSM-III) alkoholizm po raz pierwszy został zastąpiony dwiema odrębnymi jednostkami nozologicznymi: nadużywanie alkoholu i uzależnienie od alkoholu w ramach szerszej kategorii *Zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych*. W kolejnej, w IV edycji podręcznika alkoholizm został zdefiniowany jako nieprzystosowawczy wzorzec używania alkoholu prowadzący do zaistnienia upośledzenia funkcjonowania lub cierpienia. Diagnoza uzależnienia związana była z wystąpieniem w okresie ostatnich 12 miesięcy przynajmniej 3 z 11 objawów. Objawy te dotyczą wzrostu tolerancji i potrzeby wypicia większej ilości alkoholu w celu uzyskania efektu, występowania zespołu abstynencyjnego¹ w momencie zaprzestania picia, utrata kontroli nad wypijanym alkoholem, przymus picia oraz bezskuteczne próby ograniczenia spożywania alkoholu, znaczne zredukowanie aktywności społecznej, zawodowej z powodu picia, skupienie na zdobyciu alkoholu, kontynuowanie picia alkoholu mimo negatywnych skutków występujących w sferze osobistej, rodzinnej i zawodowej (Ślosarska, 2000).

W obecnie opracowanym piątym wydaniu DSM-5 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2018; APA) zaproponowało największe od czasu DSM-III zmiany w kategorii *Zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia*.

W najnowszym wydaniu DSM-V rezygnowano z używania terminu *uzależnienie* wprowadzając termin *zaburzenia używania substancji*, uznając iż jest on mniej stygmatyzujący (Chodkiewicz, 2014). Połączono obie dotychczasowe kategorie diagnostyczne (nadużywanie alkoholu oraz uzależnienie) w jedno zaburzenie związane z używaniem alkoholu (alcohol use disorder, AUD), w którym wyróżnia się postać łagodną, umiarkowaną i ciężką (za: Samochowiec i in., 2015). Z wyraźnej kategoryzacji przechodzi się obecnie na rzecz paradygmatu kontinuum, w którym występuje skala nasilenia zaburzeń używania alkoholu od łagodnego do znacznego. Ostatnia zmiana dotyczy umieszczenia w tej kategorii zaburzeń hazardu – w przebiegu epizodycznym lub uporczywym (tzw. patologiczny hazard) (Robinson, Adinof, 2016).

Według nowych kryteriów DSM- V każda osoba, u której występują co najmniej dwa kryteria spośród jedenastu, w ciągu rocznego okresu, otrzymuje diagnozę AUD. Głębokość zaburzenia określana jest na podstawie liczby spełnianych kryteriów, przy czym w porównaniu z wcześniejszą wersją DSM zrezygnowano z kryterium problemu z prawem związane z piciem

¹ Zespół abstynencyjny- stan objawiający się znaczącymi zaburzeniami funkcjonowania psychicznego, społecznego, zawodowego lub innych ważnych sfer życia; objawy te nie są wynikiem ogólnie złego stanu somatycznego i nie są związane z żadnym innym zaburzeniem psychicznym. Używanie alkoholu, leków lub innych substancji o działaniu podobnym działaniu w celu złagodzenia lub usunięcia objawów zespołu abstynencyjnego.

alkoholu; natomiast dodano kryterium występowania tzw. głodu alkoholowego (za: Dragan, 2008).

W klasyfikacji DSM-5 zrezygnowano z ogólnej kategorii *zespół uzależnienia* a zaburzenia dotyczące poszczególnych grup substancji opisywane są odrębnymi objawami. W odniesieniu do zaburzenia używania alkoholu DSM-5 mówi o *problematycznym wzorcu picia alkoholu*, prowadzącym do istotnego klinicznie upośledzenia funkcjonowania lub cierpienia. Problematyczny wzorec używania alkoholu to przyjmowanie codziennej dawki alkoholu w celu prawidłowego funkcjonowania, niemożność ograniczenia lub zaprzestania picia, wysiłki w celu kontrolowania lub ograniczenia picia, występowaniem palimpsestów czyli tzw. urwanego filmu.

Charakteryzuje się on występowaniem w ciągu 12 miesięcy co najmniej dwóch spośród jedenastu objawów:

1. Spożywanie większej ilości alkoholu niż zamierzono.
2. Trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerwania lub kontrolowania picia.
3. Duża ilość czasu poświęcona na działania niezbędne do pozyskania alkoholu.
4. Silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
5. Picie alkoholu powodujące trudności w wypełnianiu podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu.
6. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości problemów społecznych lub interpersonalnych wywołanych lub zaostrzonych przez skutki picia alkoholu.
7. Porzucenie lub zmniejszenie częstości wykonywania ważnych czynności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych z powodu picia alkoholu.
8. Picie alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne.
9. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych.
10. Występowanie zmian tolerancji organizmu na alkohol.
11. Występowania objawów odstawienia w postaci alkoholowego zespołu odstawienego.

Zespół ten został zdefiniowany jako wystąpienie po tym co najmniej dwóch z następujących objawów: pobudzenie układu autonomicznego (np. pocenie się, tachykardia), nasilone drżenie

rań, bezsenność, nudności lub wymioty, omamy lub iluzje, pobudzenie psychoruchowe, niepokój, uogólnione napady toniczno-kloniczne występujące po zakończeniu intensywnego i długotrwałego picia lub zmniejszenie ilości przyjmowanego alkoholu. Używanie alkoholu lub zbliżonych substancji (np. benzodiazepiny) w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów odstawienia. W DSM-5 zachęca się, aby określić, czy zaburzenia są w remisji oraz czy pacjent znajduje się w kontrolowanym środowisku, tj. ma ograniczony dostęp do alkoholu (za: Szczukiewicz, 2020, s.52).

Ponadto w obecnej edycji DSM-5, w bardziej wyraźny sposób zaleca się gradację problemów z piciem alkoholu polegającą na określaniu stopnia ciężkości wzorca jego konsumpcji na podstawie liczby spełnianych kryteriów zaburzenia używania alkoholu, od łagodnego przez umiarkowane po postać ciężką. Zaburzenia używania alkoholu są uznawane za łagodne, gdy obecne są 2–3 objawy; umiarkowane, gdy obecnych jest 4–5 objawów ciężkie, kiedy obecnych jest co najmniej 6 objawów.

Kolejną część rozważań nad definicją i diagnozą uzależnienia należy poświęcić Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób stworzonej przez WHO- International Classification of Diseases ICD.

W klasyfikacji tej również następowały liczne zmiany w podejściu do definiowania, a co za tym idzie diagnozowania uzależnienia od alkoholu. W IX wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób wprowadzono termin *zespół uzależnienia od alkoholu*, w miejsce dotychczas stosowanych określeń. Określono go jako sposób picia napojów alkoholowych, który wykracza poza tradycyjne, zwyczajowe spożycia albo poza ramy obyczajowego, przyjętego w całej społeczności picia towarzyskiego bez względu na czynniki etiologiczne, które do takiego zachowania prowadzą (za: Kinney, Leaton, 1996).

Uzależnienie w podejściu medycznym cechuje się szeregiem zmian swoistych, związanych ze stosowaniem określonej substancji i nieswoistych związanych ze stosowaniem innych środków. Do zmian nieswoistych należą zaburzenia zachowania i funkcjonowania społecznego, które mogą być charakterystyczne dla kilku różnych kategorii diagnostycznych. Są to zaburzenia typowe dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, ale także pewne zachowania kompulsywne, cechujące się przymusowością określonych działań, zachowania autodestrukcyjne, zagrażające zdrowiu i życiu osoby, podejmowane pomimo świadomości ich szkodliwości, zachowania antyspołeczne, związane z nieprzestrzeganiem norm społecznych. Uzależnienie w takim ujęciu nie jest wyjaśniane od strony przyczynowej, ale poprzez charakterystykę zespołu objawów. Uzależnienie traktowane jest jako zaburzenie lub nieprzystosowawczy wzorec zachowania, który wymaga leczenia (Cierpiałkowska, 2000).

Klasyfikacja ICD -Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów od roku 1967 zawierała kategorie związane z alkoholizmem jako chorobą. W definiowaniu i diagnozowaniu objawów uzależnienia następowały zmiany, związane z próbą zrozumieniem specyfiki tych zaburzeń.

W kolejnej, obowiązującej w ostatnich latach wersji klasyfikacji ICD- 10 opracowane zostały istotne z punktu widzenia diagnozowania terminy i definicje.

Został wprowadzony ważny termin *substancja psychoaktywna*. Określono, że jest to substancja, która po przyjęciu wpływa na procesy umysłowe, poznawcze lub nastrój.

Klasyfikacja ICD-10 podaje kryteria diagnostyczne dla następujących zaburzeń spowodowanych przyjmowaniem środków psychoaktywnych: ostre zatrucie, szkodliwe używanie, zespół uzależnienia, zespół abstynencyjny, zespół abstynencyjny z majaczeniem, zaburzenia psychotyczne, zespół amnestyczny, zaburzenia psychotyczne rezydualne i późno ujawniające się (za: Szczukiewicz, 2020).

W klasyfikacji ICD-10 zostaje dokonane rozróżnienie pomiędzy zespołem uzależnienia od alkoholu a szkodliwym pićm tzw. używaniem szkodliwym, które określone zostało jako sposób przyjmowania substancji psychoaktywnych, który powoduje szkody zdrowotne. Mogą to być szkody somatyczne albo psychiczne (np. epizody zaburzeń depresyjnych wtórne do intensywnego picia alkoholu) związane z uzależnieniem od alkoholu. Szkodliwe używanie nie nosi znamion uzależnienia od alkoholu (ICD-10 1998, s. 73).

Sprecyzowano termin *uzależnienie od alkoholu*. Zgodnie z definicją WHO uzależnienie od alkoholu to stan psychiczny i fizyczny wynikający ze współdziałania organizmu i alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu i innymi następstwami, w tym przymusem ciągłego lub okresowego używania alkoholu po to, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub aby uniknąć objawów wynikających z jego braku. Zmiana tolerancji może ale nie musi towarzyszyć temu zjawisku. Człowiek może uzależnić się równolegle od alkoholu i innych środków psychoaktywnych (Woronowicz, 2009).

Opis zespołu uzależnienia przedstawiony w ICD-10 ujęty jest dość szeroko i wskazane są ramy czasowe występujących objawów. Uzależnienie rozpoznaje się wówczas, gdy co najmniej 3 spośród poniższych objawów utrzymują się przez przynajmniej miesiąc w sposób ciągły lub w ciągu 12 miesięcy, jeśli są okresowe.

Objawy świadczące o uzależnieniu to:

1. Silne pragnienie, przymus przyjmowania substancji.
2. Utrata lub upośledzenie kontroli nad używaną substancją.

3. Fizjologiczne objawy odstawienia występujące po przerwaniu przyjmowania substancji lub po zmniejszeniu jej ilości.
4. Efekt zwiększonej tolerancji alkoholu.
5. Ograniczenie innych aktywności życiowych, koncentracja życia na przyjmowaniu substancji, zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności i zainteresowań.
6. Przyjmowanie substancji pomimo świadomości szkód zdrowotnych, psychicznych i społecznych związanych z używaniem środka psychoaktywnego (Szczukiewicz, 2020).

Według ICD–10 do rozpoznania choroby potrzebne jest stwierdzenie przynajmniej trzy wyżej wymienionych objawów w czasie ostatniego roku, przy czym konieczne jest spełnienie jednego z dwóch pierwszych kryteriów (Samozwaniec, 2014).

Nowa wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób– ICD 11 została opublikowana na stronach WHO 18 stycznia 2018 roku, a obowiązuje od 1 stycznia 2022 roku. Polska znajduje się w 5-letnim okresie przejściowym wdrażania ICD-11. Do tego czasu będą obowiązywać dotychczasowe wytyczne ICD- 10.

Zgodnie z przyjętą definicją w ICD-11 uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem kontroli (regulacji) używania alkoholu, które przejawia się w postaci ciągłego lub powtarzającego się jego używania. Podstawy do rozpoznania zachodzą wówczas, gdy wystąpią dwa lub trzy główne objawy przez okres ostatnich 12 miesięcy, albo w przypadku ciągłego picia przez miesiąc. Wyodrębniono trzy najbardziej diagnostyczne grupy objawów. W ICD-11 wyróżnia się kryterium opisujące upośledzoną zdolność kontroli nad rozpoczynaniem, nasileniem, okolicznościami oraz kończeniem przyjmowania substancji psychoaktywnej, z towarzyszącym często subiektywnym przymusem jej przyjmowania. Podkreśla się, że przyjmowanie substancji staje się nadrzędną i dominującą aktywnością w stosunku do innych zainteresowań, spraw osobistych i zdrowotnych. Istotna jest również obecność fizjologicznych cech uzależnienia, wskazujących na neuroadaptację alkoholu do organizmu (zob. ICD-11, Timeline, 2018; Saunders, 2019).

Podobnie jak w ICD-10, rozpoznanie *zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu* w nowej wersji klasyfikacji obejmuje: ostre zatrucie alkoholem, używanie szkodliwe, zespół uzależnienia, zespół abstynencyjny oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu.

Picie szkodliwe zostało zastąpione kategorią *szkodliwy wzorzec używania alkoholu – epizodyczny lub ciągły* (ICD-11, Timeline, 2018, Saunders i in., 2019). Jest on zdefiniowany poprzez stwierdzone szkody zdrowotne, fizyczne lub psychiczne u pijącej osoby i/lub

zachowania, które mogą wyrządzić szkodę na zdrowiu fizycznym i psychicznym innych osób z otoczenia.

Pozostałe jednostki kliniczne związane z używaniem epizodycznym lub długotrwałym substancji psychoaktywnych opisane w klasyfikacji ICD-11 są bardzo podobne do tych zamieszczonych w ICD-10 (2000). Analiza porównawcza tych dwóch systemów klasyfikacyjnych wskazuje na następujące najważniejsze zmiany w ICD-11 w porównaniu z ICD-10:

- zaktualizowano i rozszerzono zakres klas substancji;
- uproszczono kryteria będące podstawą diagnozowania uzależnienia od substancji;
- wprowadzono jednostkę kliniczną związaną ze stosowaniem niebezpiecznych substancji jako czynnik ryzyka dla zdrowia;
- zwiększono liczbę podtypów szkodliwego wzorca używania substancji psychoaktywnych (ciągły, epizodyczny i niespecyficzny);
- przeniesiono zaburzenia związane z alkoholem (np. zespoły otępienne, zespół amnestyczny) do klasy zaburzeń neuropoznawczych (Poznyak, 2017).

Opisane kryteria szkodliwego używania i uzależnienia od alkoholu stosuje się w diagnozie różnicowej, zwanej też nozologiczną, w stosunku do wszystkich substancji psychoaktywnych wymienionych w ICD-10 i ICD-11.

Zdaniem Chodkiewicza (2020) analiza zaktualizowanej klasyfikacji chorób ICD 11 oraz DSM V pokazuje jak zmienia się podejście do nienormatywnego używania substancji psychoaktywnych. Następuje przejście od myślenia kategoryjnego do dymensjonalno-kategoryjnego w ocenie nasilenia zaburzeń używania alkoholu. Obecnie stwierdza się że, zaburzenia psychiczne, podobnie jak niektóre choroby somatyczne są najtrafniej definiowane jako punkty przejściowe (transition points) na kontinuum fizycznego lub mentalnego i emocjonalnego funkcjonowania. Podejście dymensjonalne uznano za bardziej użyteczne w diagnozie zaburzeń używania substancji, ponieważ uwzględnia się w nim pewną pulę charakterystycznych, wspólnych dla zaburzenia używania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, rodzaju objawów, które w zależności od nasilenia wskazują na bardziej łagodne, umiarkowane lub głębokie zaburzenia (Cierpiałkowska, Chodkiewicz, 2020).

Zdaniem twórców tych definicji, przedstawione modyfikacje kryteriów rozpoznawania zaburzeń używania alkoholu zarówno w DSM-5, jak i ICD-11 miały nawiązywać do potrzeb specjalistów prowadzących terapię osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin, dając formalne przyzwolenie na jakościowe rozpoznawanie zaburzeń wynikających z używania alkoholu. W opinii teoretyków, 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 (Samozwaniec, 2015). Zmiany w klasyfikacji zaburzeń wynikają z jednej strony z pogłębionej diagnozy problemu z drugiej strony z niezadowolenia klinicystów z opisu jednostek medycznych, które nie wyczerpują całego spektrum objawów i stanowią podstawę trudności w diagnozowaniu choroby. Jednak zdaniem empirystów zaburzenia rzadko występują w opisanej postaci. Z jednej strony występuje brak jednoznaczności w definiowaniu a z drugiej nadmierna sztywność w stosowaniu ram czasowych i ilości objawów (Cierpiałkowska, 2016; Modrzyński, 2019; Samochowiec, Chęć, Kołodziej, 2015).

Należy wspomnieć, że wprowadzony kierunek zmian w klasyfikacji zaburzeń uzależnień zwłaszcza w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V wywołuje liczne kontrowersje i dyskusje środowisk terapeutycznych oraz samopomocowych zorientowanych na rozumienie alkoholizmu i uzależnienia jako choroby. Obecne zmiany w definiowaniu uzależnienia wzmocniły dyskusję toczącą się od lat wokół rozumienia uzależnienia. Ta dyskusja toczy się od dłuższego czasu i szczególności dotyczy programów kontrolowanego picia, których założenia negują trwałą utratę kontroli w uzależnieniu, która od początku badań i analiz była najistotniejszym wskaźnikiem wystąpienia uzależnienia.

Taką zmianę w nazewnictwie zwięźle tłumaczą autorzy w artykule *Whats in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V*, w którym stwierdzają, że w przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnej, świat medycyny potrzebuje gruntownej zmiany. Uzależnienie, ich zdaniem jest doskonale akceptowalnym słowem. Oczywiście jest, że wszelkie szkody, które wynikają ze względu na pejoratywne konotacje związane ze słowem uzależnienie, stają się niewielkie w odniesieniu do szkód, jakich doświadczają pacjenci, których lekarze nie diagnozują uzależnienia, ale nadużywanie alkoholu (O'Brien, Volkow, 2006).

Nie tylko w USA, ojczyźnie ruchu Anonimowych Alkoholików, ale również w Niemczech debata na ten temat miała burzliwy charakter, obejmowała na przykład liczne protesty organizacji samopomocowych. Wychodziła też poza typowe platformy dyskusji naukowej i wkraczała do prasy popularnej (Klingemann, 2006). Wydawać by się mogło, że dyskusja na gruncie danych empirycznych powinna być bardziej rzeczowa i konkretna niż

dyskusja nad modelami teoretycznymi. Niestety, doniesienia z badań były niekiedy sprzeczne, a ustalenia szybko podważane przez kolejnych specjalistów lub po prostu przez historie pijących (Szczukiewicz, 1997; Miller, Munoz, 2006).

Ta część rozważań zostanie zakończona krótką krytyczną refleksją na temat znaczenia definiowania uzależnienia.

Zaprzestanie używania terminu uzależnienie ze względu na pejoratywny wyraz wydaje się jednak niewłaściwym kierunkiem i zaprzeczeniem dorobku dotychczasowego klasyfikowania alkoholizmu jako choroby. Jeśli bowiem rozumiemy naturę uzależnienia jako choroby, podobnej w swoim rozwoju do innych chorób psychicznych to takie ujęcie wydaje się właśnie znosić stygmatyzację i poczucie winy, stwierdzając że choroba ma swój przebieg i mechanizmy, które dotyczą chorego. Do chorego należy przyjęcie tej diagnozy i podjęcie leczenia z pełną determinacją i przekonaniem, że choroba nieleczona prowadzi niechybnie do śmierci. Zarówno w wymiarze fizycznym jak i psychicznym, szybkim lub powolnym, ale jednak destrukcyjnym kierunku. Analizując nowe podejście diagnostyczne aby nie budzić negatywnych skojarzeń powstaje pytanie komu miałyby służyć takie zmiany i zalecenie. Być może większej efektywności terapii, w której obecnie występuje mała skuteczność. Analogicznie patrząc, czy jeśli chory na chorobę nowotworową nie dostałby diagnozy miałby szansę na podjęcie leczenia, jeśli by lekarz z powodu negatywnych skojarzeń z taką chorobą przekazywałby choremu i jego rodzinie informacje, że jest to jedynie zaburzenie w drodze do pełnego zdrowia. Podobnie z chorobami psychicznymi. Postawienie diagnozy schizofrenii jest niewątpliwie często bardzo bolesne dla chorego i jego rodziny. Jednak jest podstawą rozpoczęcia leczenia i nikt, który doświadczył kontaktu z rzeczywistością tej choroby nie będzie temu zaprzeczał. W pewnych typowych przypadkach rozwijających się objawów choroby, powodujących chaos, rozbicie dezorientację chorego i jego rodziny diagnoza jest początkiem pomocy choremu i stabilizuje sytuację chorego i jego bliskich. Taka diagnoza daje oczywiście choremu i jego bliskim wybór form leczenia, jest początkiem drogi, ale daje też możliwość skorzystania z wiedzy i doświadczenia medycyny, terapii. Kolejną wątpliwością, która rodzi się z analizy kierunku zmian w klasyfikacji uzależnienia wg DSM jest fakt, iż nie bierze się pod uwagę charakterystycznego dla osób uzależnionych mechanizmu zaprzeczania chorobie. Istnieje wiele opracowań na gruncie polskim m.in. Bohdana Woronowicza czy Jerzego Mellibrudy mówiących o cechach mechanizmów obronnych funkcjonujących u osoby uzależnionej, która utraciła kontrolę nad piciem, czy też jak chce nowa klasyfikacja używa alkoholu w sposób szkodliwy dla zdrowia. Nie wynika to przecież z ograniczeń intelektualnych. Musielibyśmy uznać, że problem ten dotyczy jedynie osób o niskim poziomie myślenia a proste

doświadczenie kontaktu z osobami uzależnionymi przeczy takiemu założeniu. Właśnie używanie alkoholu mimo świadomości szkód nieraz bolesnych dla siebie i innych oraz utrata kontroli, która jest podstawą w klasyfikacji DSM I ICD wskazuje, że muszą istnieć jakieś mechanizmy chorobowe, wpływające bezpośrednio na destrukcyjne postępowanie chorego. Z tego powodu ważne jest w diagnozie nazwanie tego problemu i ukazanie zarówno skutków dalszego picia jak i konieczności leczenia. Zważywszy, że taka diagnoza może wzbudzić motywację do leczenia a co za tym idzie uratować życie pacjentowi, nie wydaje się właściwe łagodzenie tego przekazu i utrzymywanie pacjenta w przeświadczeniu, że jest w pewnym kontinuum zmiany. Zwrot *zaburzenia przyjmowania substancji* wydaje się nie wnosić właściwego rozumienia, zarówno u samego chorego jaki i jego bliskich, którzy oczekują często od diagnozującego lekarza pomocy w motywowaniu osoby uzależnionej do leczenia.

1.3. Uzależnienie jako choroba fizyczno-psychiczno-duchowa

Alkoholizm to najbardziej powszechna i niebezpieczna z chorób. Mówiąc o alkoholizmie, często spotykamy się z określeniem choroby chronicznej, co oznacza, iż w pewnych przejawach trwa ona do końca życia. Uzależnienie od alkoholu wyniszcza człowieka we wszystkich sferach. Według Dziewieckiego, alkoholizm degraduje życie psychiczne, moralne, duchowe i religijne człowieka. Uzależniony sukcesywnie traci wolność i odpowiedzialność, zaburzone zostaje funkcjonowanie w społeczeństwie i rodzinie (Dziewiecki, 2005).

Uzależnienie jest postępującym zaburzeniem funkcjonowania psychospołecznego i neurobiologicznego jednostki. Pociągają za sobą szereg destruktywnych zmian w funkcjonowaniu społecznym oraz w osobowości i organizmie jednostki (Sher, Grekin, Williams, 2005; Woronowicz, 2009; Gilpin, Koob, 2008; Cierpiałkowska, Ziarko, 2010)

Nałóg alkoholowy degraduje życie ludzkie właściwie w każdym wymiarze. Redukuje zdrowie somatyczne, zaburza relacje rodzinne i zawodowe, a przede wszystkim odbiera zdolność wolnego, dojrzałego funkcjonowania i świadomego podejmowania decyzji. W efekcie osoby uzależnione od alkoholu nie tylko mają obniżony poziom kondycji fizycznej, ale również doświadczają zaburzeń w przestrzeni życia psychicznego i duchowego. Holistyczna koncepcja człowieka mówi o tym, że wszystkie te trzy wymiary ludzkiej egzystencji oddziałują na siebie i niska jakość jednego z nich wpływa na pogarszanie się stanu pozostałych (Ambrożewicz, 2015).

Alkoholikiem jest osoba, która cierpi na chorobę zwaną alkoholizmem. Może stać się nim każdy, przy czym mało który alkoholik jest świadomy tego, że popada w nałóg. Alkoholik ma chore uczucia, ciało i duszę oraz chore postrzeganie świata. To człowiek, u którego zależność od alkoholu osiągnęła taki stopień, że wykazuje on zaburzenia psychiczne bądź zachowuje się w sposób przynoszący szkodę swojemu zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, stosunkom z innymi ludźmi (Woronowicz, 2009)

Według Mellibrudy (1986) alkoholizm to coś więcej niż sam fakt nadużywania alkoholu, to także nietrzeźwe myślenie i nietrzeźwe, nieprawdziwe widzenie rzeczywistości. Choroba ta produkuje myślenie oderwane od rzeczywistości, wprowadza chaos emocjonalny i niszczy wszystkie wartości.

Mellibruda wskazując, jak powszechnym zjawiskiem jest obecnie uzależnienie, używa określenia *nałogowa osobowość naszych czasów*. Współczesny człowiek mających problemy z radzeniem sobie w dynamicznych przemianach, w poszukiwaniu ulgi często korzysta ze środków psychoaktywnych dla rozładowania narastającego napięcia. Kształtowanie się tej nałogowej osobowości pobudzone jest błędnymi sposobami poszukiwania wolności i autonomii osobistej. Nałóg jednak staje się źródłem lęku, cierpienia i osamotnienia. Sięgając po narzędzia szczęścia, które złudnie obiecują kontrolę nad światem uczuć, ludzie wpadają w nałogowe pułapki i w końcu tracą nawet iluzję wolności. Ta ucieczka od wolności, prowadząca do uzależnienia, staje się współczesną wersją totalitarnego zniewolenia (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Jak twierdzi Cierpiałkowska i Chodkiewicz (2020), mimo uznania choroby alkoholowej podobnej w swej istocie w przebiegu i konsekwencjach do wielu poważnych chorób natury somatycznej bądź psychicznej nadal zauważyć można w różnych środowiskach dwie postawy. Jedną traktującą osoby uzależnione jako osoby o słabym charakterze, skazie moralnej, która mogłaby być zmieniona w przypadku wzięcia się w garść i wykazaniu dobrej woli do zmiany. Drugie przekonanie, iż alkoholicy to osoby dotknięte jakąś wrodzoną wadą, pochodzące z rodzin patologicznych, zasilające margines społeczny. Opierając się na wynikach badań należy stwierdzić, że alkoholicy to mężczyźni i kobiety w różnym wieku i o różnym stopniu wykształcenia, pochodzący z różnych środowisk, często z tzw. dobrych domów, którzy wymagają specjalistycznych, dostosowanych do ich potrzeb i gotowości do zmiany oddziaływań terapeutycznych (Cierpiałkowska, Chodkiewicz, 2020, s. 11).

Marian Nowak twierdzi, że zarówno teoria wychowania jak i praktyka także zawsze zakłada intencjonalnie lub nieintencjonalnie określoną wizję człowieka (Nowak, 1999, s. 312).

Ta prawda odnosi się w sposób szczególny do działań wspierających wyjście z uzależnienia, szeroko rozumianych jako działania terapeutyczne.

Antropologia filozoficzna prowadzi do refleksji nad ludzką naturą czy typowym dla człowieka poszukiwaniem sensu, dążeniem do szczęścia, pragnieniem wolności. Może to wzbogacać perspektywę psychologiczną i dostarczać racjonalnego uzasadnienia dla teorii psychologicznych (Niemirowski, 2020).

Pedagogika jako nauka, określając możliwości wsparcia rozwoju człowieka która nie tylko opisuje i wyjaśnia zjawiska wychowawcze, lecz także określa ich podstawy filozoficzne i aksjologiczne oraz formułuje aplikacje prakseologiczne dla procesu wychowania.

Pedagogika personalistyczna w wymiarze teoretycznym nawiązuje do koncepcji filozoficznej personalizmu, w którego centrum jest postrzeganie człowieka jako osoby. Personalizm teistyczny stanowi podstawę dla pedagogiki personalistycznej w jej chrześcijańskim ujęciu, które jest tu rozpatrywane, dając odpowiednie podstawy rozumienia człowieka i kierunków wsparcia (Dec, 2008).

Spojrzenie personalizmu rozwija wizję człowieka jako osoby w inspiracji chrześcijańskiej. Ujmując koncepcję osoby ludzkiej w personalizmie można wyróżnić jej trzy wymiary: strukturalny, społeczny i transcendentálny, które syntetycznie opisują jej integralną specyfikę, substancjalną jedność fizyczną, psychiczną i duchową, gdzie element duchowy istotnie różni się od sfery psychicznej. Osoba posiadająca godność, rozumność, wolność, zdolność do miłości i rozwoju. Osoba aktualizuje swój potencjał ludzki w aktach poznania (rozum), uczucia (miłość) i woli (wolność) (Krapiec, 1991).

Zarysowane elementy personalizmu i pedagogiki personalistycznej umożliwiają podjęcie w ich świetle analizy zjawiska uzależnienia.

Modele medyczne koncentrują się na kategoriach diagnostycznych uzależnienia, gdzie istotne jest określenie kryteriów klinicznych choroby. w takim ujęciu nie jest wyjaśniane od strony przyczynowej, ale poprzez charakterystykę objawów i ich zespołów. Traktowane jest jako zaburzenie lub nieprzystosowawczy wzorzec zachowania, który wymaga leczenia (Cierpiałkowska, 2000).

Spojrzenie szerzej na naturę człowieka, jego podmiotowość i to kim jest człowiek daje najistotniejsze ukierunkowanie w rozumieniu uzależnienia oraz całościowego podejścia do rozwoju oraz występujących zaburzeń. Koncepcje filozoficzne i teologiczne z reguły przeciwstawiają się redukcjonizmowi, który może czasem towarzyszyć naukom szczegółowym, oraz pomagają dostrzegać specyficznie ludzkie właściwości istnienia, takie jak podmiotowość i dążenie do wolności. Istotnym jest tutaj pogłębienie rozumienia człowieka i

jego uzależnienia w kategoriach zniewolenia. Ta perspektywa jest po części obecna również w kategoryalnym podejściu klasyfikacji chorób DSM 5 gdzie jest mowa o cierpieniu, które wywołuje uzależnienie zarówno dla chorego jak i jego bliskich (Szczukiewicz, 2005).

Alkoholizm nazywany jest również chorobą duchową. Duchowość człowieka stanowią wszelkie idee, wartości, sztuka, kultura, niezależność sądów. Więzy łączące jednostkę z innymi również posiadają cechy duchowości. Rozwój uzależnienia sprawia, że najważniejszą rzeczą staje się dla człowieka alkohol. Poza tym czuje się osamotniony, a lekarstwem na pustkę staje się kolejna dawka alkoholu, dzięki której relacje z innymi wydają się znacznie łatwiejsze. Przy pomocy alkoholu podejmowane są próby opanowania lęku egzystencjalnego, jednak osoba uzależniona nie zauważa, że alkohol wypiera z niej również rzeczy wartościowe, talenty i zdolności, jednocześnie pogłębiając istniejącą już pustkę. W ten sposób utrwała się mechanizm błędnego koła uzależnienia (Woronowicz, 2009).

Na koniec tej części rozważań warto przytoczyć refleksję prof. Krzysztofa Gąsiora (2010), wybitnego badacza zjawiska uzależnienia w Polsce.

Pojęcie, ale i zjawisko uzależnienia, zrobiło niebywałą karierę w ciągu ostatniego półwiecza. Stało się słowem wytrychem, które chce tłumaczyć ogromny zbiór ludzkich zachowań. Próbuje opisać ludzką kondycję, widząc w niej mnóstwo niedoskonałości, wad, nałogów i pułapek. Niestety nie kryje się za tym słowem tylko bezbolesna narracja czy konstrukt, lecz przenikniona ludzkim doświadczeniem bieda. Bieda ta to cierpienie alkoholika, lekomana, narkomana a potem, a może wpierw, jego bliskich. Czym jest uzależnienie? Jak ta bieda ogarnia człowieka, jak się rozwija, do czego prowadzi? Jak jej zaradzić, jak leczyć? To pytania niezwykle ważne i ciężkie. Byłyby lekkie, gdyby nie ta bieda, która pociąga za sobą człowieka, która go tworzy (Gąsior, 2010).

Podsumowując, zjawisko choroby alkoholowej miało wiele różnorodnych konotacji, a jej konkretyzacja nie była łatwa w związku z różnorodnymi ujęciami teoretycznymi, Współcześnie uzależnienie od alkoholu jest postrzegane w kategoriach choroby i takie rozumienie przyjmuję w niniejszej dysertacji. Stąd posługując się w swojej pracy terminem *alkoholizm, uzależnienie od alkoholu, uzależnienie od substancji psychoaktywnej, choroba alkoholowa, uzależnienie* mam na myśli nieprzystosowawczy wzorzec używania substancji prowadzący do klinicznie_określonych zaburzeń fizycznych, psychicznych lub cierpienia duchowego. Istotnym przy tym jest utrata przez jednostkę kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, która uaktywnia się po spożyciu nawet niewielkiej dawki, zwiększona tolerancja na alkohol, picie pomimo znaczących szkód zdrowotnych i społecznych (Cierpiałkowska, Ziarko, 2010).

Używać będę również określenia osoba uzależniona. Akcentuje ono destrukcyjny, chorobowy i nierozzerwalny wpływ uzależnienia na osobę ludzką. Wpływ ten jest bardzo duży, prowadzący do degradacji człowieka. Dotyczy wszystkich sfer człowieka- fizycznej, psychicznej, duchowej a także funkcjonowania społecznego. Rozumienie to wskazuje na osobę, która utraciła wolność w aspekcie utraty kontroli nad piciem i braku możliwości powrotu do picia kontrolowanego. Używanie tego określenia, jak również zwrotu ma swoje podstawy w przyjęciu alkoholizmu jako choroby. Podobnie jak używany jest określenie człowiek chory. Nie wynika z tego, że choroba w pełni definiuje człowieka jako osobę, jest jednak na tyle istotna, szczególnie w obszarze leczenia, że używanie tych zwrotów wydaje się zrozumiałe i uzasadnione. Przyjęcie rozumienia uzależnienia jako choroby jest ważne również z powodu oczywistego powiazania z możliwością i koniecznością leczenia.

1.4. Specyfika kobiecego uzależnienia

Obecnie problem uzależnienia od alkoholu nie dotyczy już określonych środowisk czy kręgów społecznych. Dzisiaj, po latach badań i analiz problematyki uzależnień, można zdecydowanie twierdzić, że jest to problem o szerokim zasięgu społecznym, dotyczącym wszystkich grup i klas społecznych. Zwiększenie ilości spożywanego alkoholu, a co za tym idzie rozwoju uzależnienia dotyczy również kobiet. Wzrostowi spożycia alkoholu przez kobiety towarzyszy wzrost śmiertelności. Jak podaje PARPA, umieralność kobiet nadużywających alkoholu jest wyższa niż mężczyzn, główne jej przyczyny to alkoholowe uszkodzenie wątroby, zapalenie trzustki, wypadki, przemoc oraz samobójstwa (PARPA, 2019).

Od lat Raporty Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), także te dotyczące Europy, sporządzone na podstawie badań epidemiologicznych i opracowane pod kierownictwem Andersona i współpracowników (Anderson, Moller, Galea, 2012), donoszą, że alkohol jest przyczyną około 60 różnych chorób i schorzeń, w tym urazów, zaburzeń psychicznych i zachowania, chorób układu pokarmowego, nowotworów, chorób układu krążenia, zaburzeń immunologicznych, chorób płuc, układu kostnego i mięśniowego, zaburzeń związanych z rozrodczością i uszkodzenia płodu (za: Cierpiałkowska, Chodkiewicz, 2020, s. 39).

Z analizy literatury przedmiotu oraz badań problematyki uzależnień na gruncie polskim można zauważyć określone tendencje w rozumieniu kobiecego alkoholizmu.

Stwierdza się, iż od strony biologicznej kobieta jest bardziej niż mężczyzna narażona na szkodliwe skutki spożywania alkoholu. Kobiety pijące alkohol szybciej od mężczyzn doznają szkód somatycznych. Są to przede wszystkim zmiany patologiczne w wątrobie,

niekorzystne zmiany w układzie sercowo-naczyniowym oraz ryzyko raka piersi. Szybko następują także zmiany psychiczne przejawiające się w stanach depresyjnych i lękowych. Fizjologiczne różnice w reakcji na alkohol powodują poważne konsekwencje zdrowotne. Szkody zdrowotne występują u kobiet średnio po 14 latach intensywnego picia alkoholu, podczas gdy u mężczyzn po ok. 20 latach (Krzywicki, Zdziarski, 2007). Badania wykazują również, że kobiety w porównaniu z mężczyznami, uzależniają się o wiele szybciej i od mniejszej ilości substancji psychoaktywnej (Woronowicz, 2009).

Kobiety uzależniają się szybciej niż mężczyźni, nadużywanie alkoholu szybciej niszczy ich organizm, ponoszą większe koszty rodzinne i społeczne związane z rozwojem choroby. Wynika to z uwarunkowań biologicznych, psychologicznych oraz społeczno-kulturowych (Gąsior, 2005).

Włodarczyk (2018) zwraca uwagę na większą wrażliwość w znaczeniu fizjologicznym na działanie alkoholu na organizm kobiety. Nadużywanie alkoholu szybciej i bardziej znacząco uszkadza organizm kobiety. Wynika to z metabolizmu alkoholu w organizmie kobiety i innej gospodarki hormonalnej (Włodarczyk, 2018).

Picie alkoholu przez kobiety zasadniczo różni się od picia alkoholu przez mężczyzn, co zauważał już Jellinek. Występuje inna dynamika rozwoju poszczególnych faz choroby oraz ich przebiegu. Większe jest zróżnicowanie konsekwencji występującego uzależnienia u kobiet niż u mężczyzn (Dragan, 2016). Wielkim nowatorstwem koncepcji Jellinka było zwrócenie uwagi na odmienną naturę i przebieg faz uzależnienia u kobiet i mężczyzn. Koncepcja ta nie została rozwinięta – nauki medyczne i psychologiczne lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku skłaniały się w kierunku ujednoczenia sposobów terapii, a nie akcentowania różnic (Dragan, 2016).

Wzorzec picia alkoholu przez kobiety również jest inny niż u mężczyzn. Kobięce problemy alkoholowe są bardziej ukryte, trudniejsze do diagnozowania i obciążone wieloma stereotypami (Zalikowska, 2009). Kobiety w porównaniu z mężczyznami częściej sięgają po alkohol w domu, pijąc w samotności. Próbuje ukryć swój problem przed znajomymi i rodziną. Doświadczają przy tym silnego poczucia winy, pojawia się zaniżona samoocena, a nawet pogarda do siebie. Temu zagubieniu, które jest charakterystyczne dla uzależnionych kobiet, często towarzyszy doświadczenie bolesnej traumy, przemocy, porzucenia, molestowania seksualnego, gwałtu, aborcji, bulimii i anoreksji, samookaleceń. Wiele kobiet doświadcza boleśnie niezdolności do wybaczenia sobie. Poczucie winy, wstyd i lęk przed oceną są poważnymi barierami blokującymi decyzję szukania pomocy (Pruchnik, 2016).

Kobięcy alkoholizm związany jest z współwystępowaniem zaburzeń psychicznych depresji, zaburzeń po stresie traumatycznym (PTSD), zaburzeń odżywiania i zachowań samobójczych. Kobiety nadużywające alkoholu lub od niego uzależnione zagrożone są w dużo większym stopniu doświadczaniem przemocy interpersonalnej, w tym seksualnej, a także podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych. Często zdarza się, że kobiety uzależniają się krzyżowo, łącząc alkohol z lekami, najczęściej nasennymi i uspokajającymi (Woydyłło, 2005).

Dragan (2016) w swoich badaniach wykazała związek występowania traumatycznych wydarzeń oraz zespołu stresu pourazowego PTSD z rozwojem uzależnienia od alkoholu u kobiet. Pijące kobiety wykazują trudności w regulacji emocji, szczególnie podczas bolesnych doświadczeń i przeżyć. Mężczyźni częściej traktują alkohol jako środek pobudzający, natomiast kobiety częściej sięgają po alkohol podczas obniżonego nastroju, czy też w celu złagodzenia stanów lękowych (Dragan, 2016).

Jak stwierdza Woydyłło, alkoholikami zostają najczęściej kobiety, które doznały przemocy fizycznej i psychicznej, które nie mogły już wytrzymać swego bólu, poczucia przegranej czy też strachu. Wiele z nich przeżyło jakąś wielką stratę i nie potrafiły pogodzić się z tą sytuacją. W alkoholizm wpadają również kobiety pijące razem z mężem, które piją tylko po to, by zatrzymać partnera przy sobie. Alkohol traktowany jako lekarstwo zaczyna przysparzać więcej cierpienia niż ulgi i nie pomaga w rozwiązywaniu problemów życiowych (Woydyłło, 2005).

Kobiety sięgają po alkohol w związku ze zmianami życiowymi związanymi ze starzeniem się, samotnością, opuszczeniem. Wiek emerytalny, pogorszenie stanu zdrowia, opuszczenie domu rodzinnego przez dzieci, czasem utrata męża lub konflikty w związku powodują, że mogą one nadużywać alkoholu lub innych środków psychoaktywnych (Pruchnik, 2016).

Zdaniem Woronowicza ogromny wpływ na szybszy rozwój uzależnienia u kobiet oraz podjęcie leczenia mają czynniki socjokulturowe. Należą do nich przede wszystkim wysokie oczekiwania wobec kobiety jako żony i matki, odpowiedzialnej za dom i wychowanie dzieci. Pijąca kobieta szybciej niż mężczyzna nie spełnia ról społecznych, co bardziej uwidocznia zaniedbania spowodowane nałogiem. Kobiety pijąc samotnie i ukrywając swój problem szybciej osiągają kolejne stadia uzależnienia (Woronowicz, 2009).

Na negatywną rolę stereotypów zwraca także uwagę Zaworska-Nikoniuk (2018). Stereotyp kobiety alkoholiczki to najczęściej bezzębna, bezdomna, zaniedbana kobieta leżąca pod mostem, pozbawiona domu i życia rodzinnego. Tymczasem wiele kobiet nadużywających

alkoholu lub uzależnionych od niego nie zdaje sobie sprawy ze swojej choroby. Późna diagnoza utrudnia im podjęcie procesu terapeutycznego a pełnienie ról zawodowych na wysokim poziomie utrudnia konfrontację z własną chorobą (Zaworska- Nikoniuk, 2018)

Czynniki ryzyka popadania w uzależnienie u kobiet w zależności od okresu ich życia przeanalizowała Chuchra (2012).

Podaje ona, że równie ryzykowne przebywanie w środowisku rodzinnym osób uzależnionych lub wstąpienie w związek małżeński z pijącym partnerem. Kobiety często po zawarciu małżeństwa z pijącym partnerem zaczynają spożywać alkohol, aby pił on w domu, a nie z kolegami. W takiej sytuacji występuje problem podwójnej zależności kobiety, współuzależnienia od partnera życiowego oraz uzależnienia od alkoholu.

W młodym wieku to uwikłanie kobiety w zależność alkoholową oraz interpersonalną staje się jeszcze bardziej skomplikowane, gdy wychowała się ona w środowisku alkoholowym, np. gdy uzależniony był jej ojciec. Staje się wówczas dorosłą córką alkoholika, współuzależnioną od ojca i męża oraz uzależnioną od alkoholu.

Okres kolejnej aktywności życiowej (20–40 lat) to czas zmian w zakresie podejmowanych ról społecznych. Kobieta łączy role społeczne studentki, żony, matki, pracownika, a społeczne oczekiwania wobec sposobu ich pełnienia są wewnętrznie sprzeczne. Wymagają ogromnego nakładu sił, zaangażowania, nasilają tendencję do sięgania po alkohol w celu łagodzenia niepokoju i poczucia zagubienia.

Niektóre z kobiet popadają w tzw. syndrom pustego gniazda – nie mogąc odnaleźć się w roli matki dorastających dzieci, sięgają po alkohol lub inne środki psychoaktywne. Przejście na emeryturę oddziałuje na kobiety znacznie bardziej niekorzystnie niż na mężczyzn. Powodem może być fakt, iż kobiety znacznie bardziej skoncentrowane są na budowie sieci więzi społecznych niż na karierze zawodowej. Jeśli okres ten zbiega się z usamodzielnieniem się dzieci oraz opuszczeniem przez nie domu rodzinnego, a więc zmiany następują w sieci tych więzi zarówno w domu, jak i w pracy, czas emerytury może być dla kobiety szczególnie frustrujący, może skłaniać się do wypełnienia tej pustki przez alkohol (Suwała, Gerstenkorn, 2007)

W opracowaniach amerykańskich więcej miejsca poświęca się różnicom w modelu uzależnienia ze względu na płeć. Na podstawie przeglądu badań prowadzonych na gruncie amerykańskim można stwierdzić, że mężczyźni i kobiety z zespołem nadużywania alkoholu różnią się pod względem etiologii, śmiertelności i przebiegu choroby (Epstein i Menges, 2013). Inny jest również obraz kliniczny choroby u kobiet uzależnionych niż u mężczyzn. Kobiety zgłaszają większe współwystępowanie zaburzeń nastroju, lęku, stresu pourazowego, zaburzeń

odżywiania i zaburzeń osobowości (Rosenthal, 2013). Kobiety piją niejako w odpowiedzi na trudności w relacjach i negatywne wyzwalacze emocjonalne (Abulseoud i in., 2013). Piją w samotności, w tajemnicy, codziennie (Zweig, McCrady, Epstein, 2009). Dużym problemem w alkoholizmie kobiet jest brak sieci wsparcia społecznego, która obejmowałaby członków rodziny czy też partnerów. Partnerzy uzależnionych kobiet często nie wspierają ich w podjęciu leczenia bądź kontynuacji terapii (McCrady, 2004).

Z przeprowadzonych badań wynika również, że leczenie uzależnienia jest bardziej skuteczne gdy odbywa się w grupie kobiecej. Korzystanie z leczenia w przypadku problemów z piciem jest niższe w przypadku kobiet niż w przypadku mężczyzn, a kobiety mogą częściej szukać pomocy, jeśli oferowane jest leczenie dla tej samej płci (Cucciare, Simpson, Hoggatt, Gifford i Timko, 2013; Lewis i in., 2016). Terapie kierowane tylko dla kobiet mogą być skuteczne wtedy, gdy obejmują program specyficzny dla kobiecych problemów. Z analizy literatura wynika, że kobiety preferują leczenie z powodu uzależnienia z podziałem na płeć, ale wynika również, że leczenie to nie przynosi żadnych dodatkowych korzyści w przypadku braku treści programowych dostosowanych do kobiet (Epstein, Menges, 2013). Obecnie istnieje kilka opartych na analizach naukowych programów leczenia uzależnienia od alkoholu dedykowanych wyłącznie dla kobiet. Programy te oparte są na analizach naukowych oraz przebadane pod względem skuteczności. (Heslin, Gable i Dobalian, 2015). Przeanalizowano różnice między płciami i rosnące wskaźniki uzależnienia u kobiet (Breslow, Castle, Chen i Graubard, 2017), wnioski z badań podkreślają potrzebę zajęcia się opcjami leczenia dostosowanymi do kobiet, które zwiększają dostępność, zaangażowanie i skuteczność terapii.

1.5. Leczenie kobiet uzależnionych od alkoholu

Kobiety nie tylko uzależniają się szybciej niż mężczyźni, ale także szybciej ponoszą negatywne konsekwencje choroby alkoholowej w aspektach zdrowotnym, ekonomicznym, społecznym, a przede wszystkim życia rodzinnego. Niestety system terapii i wsparcia kobiet pijących nadmiernie oraz uzależnionych pozostaje nieadekwatny do ich potrzeb – opracowano go w sposób neutralny płciowo (Beckman, 1997).

Uzależniona kobieta napotyka na znacznie większe trudności – zarówno na poziomie rozpoczynania, jak i kontynuowania terapii. Samo zgłoszenie się na terapię wymaga od osoby uzależnionej pokonania wielu barier. Uzależnione od alkoholu kobiety funkcjonują z przekonaniem, że ich picie jest mniej akceptowane społecznie niż picie mężczyzn. Ta stygmatyzacja jest istotnym problemem, z którym muszą się zmierzyć podejmując terapię.

Bywa, że niektórzy małżonkowie nie zdają sobie sprawy lub też nie dopuszczają do swojej świadomości tego, że ich partnerka może mieć problem alkoholowy, nawet wówczas, gdy mówi o tym swojemu partnerowi. Gdy kobieta uzależniona podejmie terapię, zazwyczaj odbywa się to z innym poziomem wsparcia niż u mężczyzn. O ile mężczyźni uzależnieni są często silnie motywowani przez swoje żony do podjęcia terapii, o tyle podjęcie leczenia przez kobietę jest odbierane jako duży problem dla rodziny. Uzależnione kobiety często zgłaszają problem, iż w przebiegu terapii ich mężowie czy partnerzy są niezadowoleni z ich nieobecności w domu. W odczuciu partnerów kobiety te nie wywiązywały się ze swojej roli kiedy piły, a kiedy przestały, nadal nie wypełniają swoich obowiązków, ponieważ są na terapii. Perspektywa uzależnionych mężczyzn jest zgoła inna – często są oni namawiani albo wręcz pilnowani przez swoje żony, aby mogli pójść na terapię. Innym problemem przy podjęciu decyzji o terapii przez kobiety uzależnione wychowujące dzieci jest zapewnienie im opieki na czas leczenia.

Gdy uzależniona kobieta rozpoczyna terapię, napotyka na kolejny problem. Obecnie prowadzona terapia uzależnień jest dostosowana głównie do modelu picia mężczyzn, a specyficzne potrzeby kobiet są pomijane (Juczyński, 2013). Powszechne modele terapii, koncentrujące się na konsekwencjach uzależnienia, w przypadku kobiet nie sprawdzają się. Uświadamianie kobiecie konsekwencji uzależnienia, szczególnie na początkowym etapie terapii, będzie wzmacniało w niej poczucie winy i negatywny obraz siebie. Tym samym będzie wywoływać reakcje obronne. Zgodnie z badaniami, uzależnione od alkoholu kobiety cechują się brakiem siły ego, wyolbrzymionym poczuciem winy i wstydu (Gąsior, 2005).

W Polsce nie prowadzono badań nad skutecznością programów terapeutycznych skierowanych wyłącznie do kobiet, ponieważ takie programy nie są realizowane powszechnie. Wciąż brakuje rzetelnych badań, które byłyby pomocne w tworzeniu programów terapii uzależnień dostosowanych do grupy kobiet. Badanie na gruncie polskim niewiele miejsca poświęcają kobiecej specyfice w terapii uzależnień od alkoholu. Bukowska (2012) stwierdza, iż w Polsce, jak do tej pory, nie przeprowadzono analiz, które dawałyby odpowiedź na pytanie, w jakim zakresie oferta leczenia uwzględnia specyficzne potrzeby kobiet (Bukowska, 2012). Najbardziej znaczące w tym względzie badania przeprowadzone zostały w 2005 roku przez prof. Gąsiora w grupie 144 kobiet, leczonych w oddziale odwykowym, z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu. Wyróżnione i scharakteryzowane zostały typy alkoholizmu kobiet, a przynależność do określonej grupy typologicznej powiązana została z metodami terapeutycznymi w prowadzonym procesie terapii. Sam autor stwierdza, że mimo badań, wciąż więcej jest wątpliwości niż naukowych wyjaśnień specyfiki oraz uwarunkowań alkoholizmu kobiet. Problem uzależnienia kobiet jest ciągle wyzwaniem dla badaczy, brakuje w Polsce

badania i dyskusji nad metodami terapii dostosowanymi do kobiet. Udało się jednak wykazać w badaniach, że psychoterapia powinna być dostosowana do potrzeb pacjentek. Obecnie, zdaniem Gąsiora postuluje się szersze stosowanie metod jakościowych i większe uwzględnianie potrzeb pacjentek, a także partnerstwa pacjenta w procesie terapii (Gąsior, 2005, s. 18).

Autor ma nadzieję, że jego publikacja stanie się przyczynkiem do debaty na temat potrzeb polskiego lecznictwa odwykowego. Szczególnym obszarem postulowanych badań jest rzeczywistość kobiecego uzależnienia, rozwijająca się niestety w ostatnich latach. Ujawnione różnice między płciami powinny pozwolić na udoskonalenie już istniejących rozwiązań terapeutycznych, zwłaszcza na większe ich dopasowanie do specyfiki kobiecych problemów.

Amerykańskie badania sugerują, że wyniki dla kobiet są najlepsze, gdy leczenie jest prowadzone za pomocą programów tylko dla kobiet, obejmujące treści dla kobiet. Stwierdzono, że istotne w leczeniu uzależnień kobiet jest ukierunkowanie terapii na pomoc w radzeniu sobie z lękiem i depresją, afiliacyjne stwierdzenia w leczeniu, wzmocnienie poczucie własnej skuteczności w zakresie abstynencji, poczucie sprawstwa i umiejętności radzenia sobie, autonomię i wsparcie społeczne. Mechanizmy odpowiedzi kobiet na leczenie tj. ścieżki zmiany mogą różnić się od mechanizmów występujących u mężczyzn, a identyfikacja tych specyficznych mechanizmów zdrowienia może pomóc w opracowaniu skutecznych, zróżnicowanych pod względem płci programów stosowanych w leczeniu. Korzyści płynące z leczenia specyficznego dla kobiet, w porównaniu z neutralnym ze względu na płeć, mogą przynieść większe skutki w ważnych obszarach życia kobiet takich jak dobrostan psychospołeczny, zdrowie psychiczne, macierzyństwo. W związku z tym powszechna dostępność placówek leczenia wyłącznie dla kobiet, które obejmą oparte na dowodach empirycznych interwencje i treści dotyczące kobiet, zwiększy zaangażowanie oraz efekty terapeutyczne leczenia.

Covington (2002) stwierdza, iż w ciągu ostatnich dwóch dekad klinicyści i badacze amerykańscy zgromadzili solidną wiedzę w zakresie najlepszych praktyk w leczeniu uzależnionych kobiet. Badania wskazują, że usługi kliniczne w zakresie leczenia uzależnień, które dotyczą specyficznych problemów kobiet, są bardziej skuteczne w przypadku kobiet niż tradycyjne programy, pierwotnie zaprojektowane dla mężczyzn (Abbott i Kerr, 1995; Carten, 1996; Center for Substance Abuse Treatment, 1994; Covington, 1998; Finklestein, 1993). Obecnie istnieje kilka opartych na analizach naukowych programów leczenia uzależnienia od alkoholu dedykowanych wyłącznie dla kobiet (za: Covington, 2002, s.1 tłum. własne).

Przykładem takiego programu jest ambulatoryjna terapia poznawczo-behawioralna specyficzna dla kobiet (FS-CBT) opracowana przez Epstein i współpracowników (2016). Jest

ona adaptacją programu terapii poznawczo-behawioralnej neutralnej pod względem płci. Podręcznik FS-CBT podkreślił dwa tematy klinicznie istotne dla kobiet: samoopiekę i autonomię. Specyficzna dla kobiet problematyka koncentrowała się na radzeniu sobie z negatywnymi emocjami i rozwijaniu, wzmacnianiu kobiecej sieci wsparcia społecznego wspierającego abstynencję, pracę nad traumą, rodzicielstwo, przemiany i kryzysy związane z etapami życia. Epstein i McCrady twierdzą, po przeprowadzeniu badań nad skutecznością programu, że kobiety w czasie leczenia były bardzo zaangażowane w proces zmiany, znacznie ograniczyły picie i poprawiły funkcjonowanie w istotnych obszarach życia społecznego i emocjonalnego. Terapia oparta o ten model, zarówno w procesie indywidualnym jak i grupowym przynosi pozytywne efekty w postaci zmiany w zakresie picia, depresji, lęku, umiejętności radzenia sobie, pewności siebie, funkcjonowaniu interpersonalnym i samoopiece (Epstein, McCrady, 2018).

Covington na podstawie licznych badań przedstawia nowe, zintegrowane podejście do leczenia kobiet, oparte na teorii, badaniach i doświadczeniu klinicznym. Omawiana filozofia leczenia i zasady mają na celu stworzenie podstaw dla myśli i praktyki klinicznej. Kluczową koncepcją jest to, że jeśli mamy opracować skuteczne leczenie kobiet, musimy uwzględnić doświadczenie i wpływ życia kobiety w społeczeństwie opartym na mężczyznach – innymi słowy, widzieć płęć - jako część perspektywy klinicznej (Covington, 2001).

Zdaniem Covington (1991) podstawową zasadą pracy klinicznej jest wiedza, kim jest pacjent i co wnosi do planu leczenia. Do niedawna brakowało dogłębnej wiedzy o kobiecie uzależnionej. Jednak ostatnie badania dostarczają ważnych informacji dla zrozumienia rozwoju uzależnienia u kobiet i krytycznych kwestii, które należy wziąć pod uwagę podczas projektowania procesu leczenia. Badania pokazują, że uzależnienie rzadko jest dla kobiet problemem jednowymiarowym. Uzależnienie jest zawsze częścią szerszego problemu, obejmującego indywidualność kobiety, jej historię oraz czynniki społeczne, ekonomiczne i kulturowe, które tworzą kontekst jej życia. Dlatego myśląc o leczeniu kobiet uzależnionych należy wyjść z założenia, że teoria i praktyka powinny być oparte na wielowymiarowej perspektywie.

Badając historię życia kobiet uzależnionych, możemy dostrzec dwa elementy, które wiele kobiet łączy: brak zdrowych relacji i doświadczenie traumy (Covington, 1999).

Na podstawie kompleksowych ram teoretycznych dotyczących leczenia uzależnionych kobiet, opracowano sześć kluczowych zasad, które należy wziąć pod uwagę podczas tworzenia programu terapeutycznego. Te podstawowe zasady opierają się doświadczeniu klinicznym oraz badaniach naukowych i obejmują:

1. Tworzenie i rozwijanie grupy kobiet.

Kiedy kobieta potrzebuje podzielić się i zintegrować swoje doświadczenia i uczucia, aby odbudować poczucie swojej wartości, szczególnie we wczesnym okresie zdrowienia, preferowana jest grupa osób tej samej płci. Kiedy doświadczenie zdrowienia kobiety zostanie utwierdzone, ma ona więcej wiary i akceptacji siebie i jest bardziej utwierdzona na drodze zdrowienia, mieszana grupa może przenieść ją na kolejny etap rozwoju.

2. Rozpoznanie różnorodnych problemów i stworzenie wszechstronnego, zintegrowanego i opartego na współpracy systemu opieki.

Podkreślana jest tutaj złożoność leczenia kobiet, potrzeba kompleksowej perspektywy oraz znaczenie integracji teoretycznej i współpracy w praktyce klinicznej. Do istotnych tematów w terapii kobiet należą: przyczyny uzależnienia, fizjologiczne i psychologiczne konsekwencje uzależnienia, niska samoocena, relacje z członkami rodziny i bliskimi osobami, przywiązanie do niezdrowych relacji międzyludzkich, przemoc interpersonalna, w tym kazirodztwo, gwałt, maltretowanie, zaburzenia odżywiania, seksualność, w tym funkcjonowanie seksualne, rodzicielstwo, współuzależnienie.

3. Stworzenie środowiska sprzyjającego bezpieczeństwu, szacunkowi i godności. Atmosfera i warunki leczenia mają głęboki wpływ na powrót kobiety do zdrowia. Kobiety dochodzą do siebie w środowisku ułatwiającym leczenie - takim, które charakteryzuje się elementami bezpieczeństwa, szacunku i wzmocnienia.

4. Opracowanie i stosowanie różnych podejść terapeutycznych. Aby w pełni zaspokoić potrzeby uzależnionych kobiet, ważne jest, aby pracować na wielu poziomach, z wykorzystaniem perspektywy behawioralnej, poznawczej, systemowej.

5. Koncentrowanie się na kompetencjach i sile kobiet. W tradycyjnym modelu leczenia terapeuta zazwyczaj koncentruje się na problemie, uświadamiając pacjentowi negatywne konsekwencje uzależnienia. Wiele kobiet już zmaga się z niskim poczuciem własnej wartości z powodu piętna związanego z nałogiem, stygmatyzacją. Skupienie się na sile kobiet wzmocni ich motywację do zdrowienia.

6. Indywidualizowany plan leczenia, dopasowany do zidentyfikowanych trudności i problemów.

Tak jak życie kobiet różni się od życia mężczyzn, tak samo życie poszczególnych kobiet nie jest takie samo. Choć istnieją wspólne wątki ze względu na płeć, ważne jest, aby być wrażliwym także na różnice indywidualne.

Covington wraz ze współpracownikami (2002) stworzyli podręcznik pomocny w leczeniu uzależnionych kobiet. Jest to konkretny program terapii, z opisem tematów zajęć,

metod pracy terapeutycznej dostosowanych do potrzeb i specyfiki kobiecego uzależnienia. Program ten stanowią moduły terapeutyczne zawierające tematy, które, jak wynika z badań mają zasadnicze znaczenie dla zdrowienia kobiet.

Program terapii uzależnionych od alkoholu kobiet obejmuje następujące moduły: skupienie się na sobie, autonomię, odbudowę tożsamości i poczucia wartości, integrację ról z uczuciami, myślami i postawami, zdrowe relacje międzyludzkie; seksualność; duchowość, przepracowanie przeżytej traumy.

Badania wśród kobiet podejmujących leczenie wskazują, że omówione obszary odzwierciedlają główne aspekty życia, które stanowią najczęstsze przyczyny nawrotów, jeśli nie zostaną uwzględnione w terapii (Covington, 1994).

Zalecenia wyżej omówione zostały zastosowane do stworzenia programu terapeutycznego w Ośrodku Uzależnień Kobiet w Miedzyrzeczu Górnym, aby skuteczniej pomagać uzależnionym kobietom i dostosować terapię do ich potrzeb.

Rozdział II. Autonomia relacyjna – analiza pojęć i zjawiska

Autonomia relacyjna to termin ogólny, wyjaśniający zjawisko autonomii osobistej w sposób podkreślający rolę, jaką stosunki społeczne i więzi międzyludzkie odgrywają w kształtowaniu jej wartości i rozwoju (Mackenzie, Stoljar 2000). Relacyjne spojrzenie koncentruje się na zjawiskach intersubiektywnych, które mogą osłabiać lub wspomagać rozwój i korzystanie z autonomii jednostki. Jest to termin na nowo włączony do dyskursu nad autonomią człowieka zwłaszcza w nurcie feministycznym. Jednak koncepcja ta wprowadzona była znacznie wcześniej w dyskusję na gruncie filozofii i antropologii.

W niniejszym rozdziale przedstawiona zostanie szczegółowo koncepcja autonomii relacyjnej w ujęciu teorii samostanowienia Ryana i Deciego. Jest to teoria psychologiczna, oparta na personalistycznej wizji człowieka, przedstawiająca bardzo szeroko opracowane implikacje wychowawcze. Akcentuje znaczenie środowiska rodzinnego dla rozwoju człowieka, w obszarze autonomii oraz wsparcie i zaangażowanie bliskich osób obdarzonych autorytetem w kształtowaniu systemu wartości. Nie jest też, co istotne teorią deterministyczną, wskazującą na zaburzenia w procesie rozwoju autonomii wskazuje też na kierunki możliwej zmiany i odbudowy. W podejściu do autonomii wyzwala myślenie kategoriami potencjału relacyjności.

2.1. Źródła filozoficzne i antropologiczne relacyjnego podejścia do autonomii

Pojęcie autonomii wiąże się z filozoficzną definicją człowieka jako osoby. Człowiek według myśli tomistycznej jest najdoskonalszym z podmiotów i jako jedyny ma wolność wyboru i niezależność, samodzielnie wyznacza sobie cele i je realizuje. Jacques Maritain stwierdza, iż jedynie osoba jest wolna, posiada w pełnym znaczeniu tego słowa wewnętrzność i podmiotowość, gdyż panuje nad sobą i bada samą siebie. Z definicji tej wynikają ważne implikacje pedagogiczne, mówiące o tym, że życiowym powołaniem człowieka jest uzyskiwanie autonomii poprzez samostanowienie będące wynikiem odpowiedzialności za działania, wskutek których staje się on coraz bardziej osobą (Horowski, 2015). Prawo do autonomii ugruntowane jest w godności osoby.

Bardzo dużą inspirację do relacyjnego spojrzenia na autonomię wnosi filozofia dialogu akcentująca istotność znaczenia relacji z drugim człowiekiem w budowaniu własnej tożsamości i autonomii.

Sposób pojmowania podmiotowości ludzkiej uznać należy za centralne zagadnienie filozofii dialogu. Dialogika postrzega bowiem człowieka jako tego, który jest bytem samym w sobie, ale jednocześnie też jako tego, który jest bytem skierowanym ku innym (Gara, 2010).

Filozofia dialogu rozwijała się w XX wieku. Za jednego z najbardziej wpływowych najbardziej wpływowych i rozpoznawalnych przedstawicieli myśli dotyczącej wartości relacji uznać należy Martina Bubera (Tyburski, 2000).

Buber (1992) w swych rozważaniach wskazuje na to, że relacja z drugim człowiekiem jest czymś nieodzownym na drodze konstytucji własnego, osobowego istnienia. Zwrócenie się ku drugiemu człowiekowi możliwe jest jednak tylko dzięki posiadaniu własnego punktu wyjścia (bycia u siebie), czyli autonomii. Cechą zaś ludzkiego bytu, zdaniem Bubera jest pewna dwoistość, która wyraża się w podwójnym ruchu – dystansowaniu się i wejściu w relację. To, że pierwszy ruch (dystansowanie się) jest warunkiem drugiego (wejście w relację), oparte jest zaś na założeniu, że w relację można wejść tylko z bytem, do którego się uprzednio zdystansowało, czyli takim, który jest samostanowiącym (Buber, 1992).

Dla Bubera (1992) człowiek jest jak mikrokosmos, czyli ktoś, kto posiada swą samodzielną i w pełni autonomiczną strukturę bytu, potrzebuje jednak jednocześnie kogoś innego, aby urzeczywistnić swój byt. Miarę człowieka poznaje się po możliwości wejścia w dialogiczny związek. Dlatego też najbardziej doniosłym faktem ludzkiego życia, w myśl tak zwanej zasady dialogicznej, jest bycie w relacji. Nie tyle indywidualistyczna możliwość niezależnego odłączenia, co raczej rzeczywistość człowieka z człowiekiem, czyli relacja, w której każdy wykracza poza obręb tego, co własne. W ten sposób dzięki wejściu w relację człowiek objawia się jako człowiek (Buber, 1992).

Drugi człowiek jest zewnętrżnością, tzn. jest podobny do mnie, ale nie jest tożsamy ze mną, nie jest mną, jest inny niż ja. Innego człowieka odkryć można zatem jedynie jako kogoś zewnętrznego względem siebie samego, kogoś w kim należy uznać samoistność osobowego istnienia. Zakłada to wyczulenie na sygnały pochodzące od innych oraz pielęgnowanie głębokiego, empatycznego zrozumienia innych (Żółkowska, 2013).

Według Bubera, dialog z drugim człowiekiem to przede wszystkim sama sytuacja spotkania. Zdaniem filozofa, dopiero kiedy powstaje wyłączność – wówczas można działać, pomagać, uzdrawiać, wychowywać, wspierać, wyzwalać. Kolejnym warunkiem jest konieczność wczucia się w doświadczenie drugiego człowieka i wytworzenie wspólnej więzi (Buber, 1992).

Współczesna filozofia dialogu, zwana również filozofią spotkania, podkreśla spotkanie z drugim człowiekiem, jako formę stawania się osobą. Samookreślenie w procesie

kształtowania swego człowieczeństwa odbywa się zawsze w relacji do Ty. Spotkanie z Ty pozwala odkryć sens relacji etycznej z drugim człowiekiem, sens odpowiedzialności za niego, przezwyciężenia poczucia samotności. Filozofia dialogu na gruncie pedagogicznym podkreśla znaczenie dialogu między wychowawcą jako osobowym autorytetem a wychowankiem, realizującym wartości w sposób wolny (Żółkiewska, 2013).

Pedagogika personalistyczna również podkreśla dialogiczny wymiar procesu wychowania, definiując wychowanie jako całokształt sposobów i procesów pomagających istocie ludzkiej, zwłaszcza przez interakcję, urzeczywistniać rozwijać swoje człowieczeństwo (Tarnowski 1993, s. 66).

Wymiar transcendentálny wskazuje na możliwość wyjścia człowieka poza własny świat istnienia, przekraczania swojego ja osobowego. Dzięki temu osoba, przekraczając naturę, tworzy kulturę i kształtuje społeczeństwo. Bytowa otwartość osoby ludzkiej uzdalnia do transcendencji ku Bogu, w którym człowiek odnajduje absolutne TY i możliwość pełni życia ludzkiego (Nowak, 1999).

Ogólnie zarysowana koncepcja człowieka w personalizmie i pedagogice personalistycznej podkreśla wyjątkową wartość człowieka. Spojrzenie to wiąże się z integralnym ujęciem osoby ludzkiej, wszystkich jej wymiarów, od fizycznego po duchowy. Osoba ludzka jest zdolna do rozwoju, w wymiarze bycia i stawania się. Jest to z jednej strony wymiar ontyczny, statyczny, z drugiej wymiar dynamiczny, relacyjny (Nowak, 1999). Priorytetowe w wychowaniu staje się uzdolnienie wychowanka do kierowania własnym rozwojem; zadaniem pedagoga jest pomoc w samowychowaniu (Kukołowicz, 1978).

W filozofii relacyjny sposób myślenia zazwyczaj zaliczane są do grupy teorii autonomicznych osób. Podejście to jest jednak również rozwijane w naukach społecznych. W koncepcjach tego rodzaju przyjmuje się, że podmiotowość, tożsamość i autonomia jednostki są konstytuowane przez relacje społeczne, w które jest ona zaangażowana lub uwikłana. Główną rolę odgrywa tutaj teza o relacyjnym charakterze podmiotu i jego tożsamości. W ramach podejścia relacyjnego zdecydowanie podkreśla się kluczowe znaczenie relacji interpersonalnych dla funkcjonowania podmiotu. Relacje te są głównym źródłem poczucia tożsamości oraz umożliwiają wykształcenie się umiejętności i zdolności niezbędnych do autonomicznego funkcjonowania (Beauchamp, Childress 2009).

Zwolennicy podejścia relacyjnego odrzucają pogląd mówiący, że relacje z innymi ludźmi są czymś zewnętrznym wobec jednostki. Teza głosząca, że tożsamość jednostki istnieje niezależnie od jej relacji z innymi ludźmi, nie ma bowiem w jego ramach żadnego sensu. Perspektywa relacyjna pozwala także dostrzec, że relacje interpersonalne jako takie nie

stanowią zagrożenia dla autonomii jednostki. Zagrożenie stwarzają tylko takie relacje, które mają charakter opresyjny. Mogą one prowadzić do problemów z tożsamością jednostki, np. nietrafnej koncepcji własnej osoby. Niektóre formy relacji opresyjnych zagrażają autonomii jednostki także w ten sposób, że wiążą się z przymusem lub manipulacją (Beauchamp, Childress, 2009).

Relacyjne teorie podmiotu, tożsamości i autonomii osobowej zdają się dobrą odpowiedzią na braki i niedoskonałości koncepcji indywidualistycznych akcentujących samodzielność, niezależność. Zauważa się również zagrożenie, że funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych, które są destrukcyjne i wiążą się z nadużyciami, może doprowadzić do zbudowania przez człowieka takiej koncepcji samego siebie, która będzie dla niego nieoptymalna lub wręcz szkodliwa (Meininger 2001).

2.2. Psychologiczne ujęcie autonomii – Teoria Autodeterminacji

Teoria samostanowienia (Self-Determination Theory– SDT) to teoria ugruntowana empirycznie, oparta na filozoficznych, klinicznych i międzykulturowych analizach. Jako teoria rozwoju SDT głosi, że wzrost i wsparcie, a także zaburzenia na wcześniejszych etapach rozwoju wpływają na kierunek i jakość późniejszego rozwoju. Twórcy teorii Ryan i Deci (2000) stwierdzają, że jednym z głównych czynników sprzyjających odporności i zdrowemu rozwojowi jest zaspokojenie podstawowych potrzeb psychologicznych, mianowicie autonomii, relacyjności i kompetencji (Ryan, Deci, 2000).

Autonomia, definiowana jako samoregulacja i integracja w działaniu, ma kluczowe znaczenie dla zdrowego rozwoju i funkcjonowania psychicznego. Klasyczne teorie psychologiczne od dawna uważały ruch w kierunku większej autonomii i integracji za znak rozpoznawczy optymalnego rozwoju (np. Jahoda, 1958; Loevinger, 1976; Piaget, 1971).

Teoria autodeterminacji przedstawia człowieka jako jednostkę ukierunkowaną na rozwój, mającą naturalną tendencję do integracji procesów psychicznych w jednorodną tożsamość, w którą stopniowo włączane są wykonywane przez nią zadania oraz sposoby motywowania się do ich wykonywania. Zgodnie z teorią autodeterminacji, zarówno rozwój motywacji wewnętrznej, jak i procesu internalizacji (czyli przechodzenie od regulacji zewnętrznej w kierunku integracji) są naturalnymi procesami rozwojowymi (Ryan, Deci, 2000). Aby jednak te procesy mogły się rozwijać, potrzebne jest zaspokojenie trzech podstawowych potrzeb, tj. potrzeby autonomii, kompetencji i relacyjności (Niemiec, Ryan, 2009).

Potrzeba autonomii definiowana jest jako pragnienie, żeby samemu organizować własne zachowania i doświadczenia w taki sposób, aby były one zgodne z naszym poczuciem tożsamości. Wszelkie sytuacje, które będą dawały osobie możliwość wpływu i decydowania o własnych działaniach, pozwalają zaspokoić tę potrzebę (Vansteenkiste, Ryan, 2013).

Potrzeba relacyjności jest definiowana jako uniwersalna chęć interakcji z ludźmi oraz wywierania pozytywnego wpływu na ich losy. Relacyjność jest wzmacniana wszędzie tam, gdzie to, co robimy, ma pozytywne przełożenie na dobro innych lub ma dla nich znaczenie

Potrzeba kompetencji rozwijająca się na bazie dwóch poprzednich obejmuje chęć szukania rozwoju i osiągnięcia jak najlepszych rezultatów w tym, co się robi. Wszelkie sytuacje, które pozwolą na budowanie poczucia bycia ekspertem oraz uzyskiwanie pozytywnych informacji zwrotnych w trakcie lub po wykonaniu zadań, powodują wzmacnianie poczucia kompetencji (Kumar, Jauhari, 2016; Deci, Ryan, 2000).

Badania na dużą skalę potwierdziły nadrzędność autonomii, kompetencji i relacyjności ponad innymi potrzebami (Sheldon, Elliot, Kim, Kasser, 2001).

Związki między autonomią a relacyjnością były przedmiotem gorących dyskusji zarówno w psychologii rozwojowej, jak i społecznej. Niektórzy autorzy postrzegają autonomię i relacyjność jako konstrukty w dużej mierze antagonistyczne. Teoria autedeterminacji różni się od tego podejścia, postrzegając autonomię i relacje jako wzajemnie powiązane, a nawet integralne ze sobą. Dzieje się tak od najwcześniejszych faz życia, w których siła i bezpieczeństwo przywiązania jest w bardzo dużej mierze funkcją wsparcia autonomii zapewnianego przez opiekunów (Cicchetti, Cohen, 2006).

Poczucie autonomii, definiowane jako doświadczanie wyboru, uważane jest za fundamentalną i podstawową potrzebę człowieka. Autorzy odróżniają tu autonomię od niezależności: ta pierwsza odnosi się do działania wolicjonalnego (poczucie wyboru), druga – działania w pojedynkę, bez polegania na innych. Ryan i Deci podkreślają, że zaspokojenie potrzeby autonomii jest kluczowe dla funkcjonowania i zdrowia psychicznego jednostki. Tak rozumiane poczucie autonomii związane jest z satysfakcją z życia, pozytywnymi emocjami i dobrostanem psychicznym (Grolnick, Ryan, Deci, 1997).

Analiza zależności międzyludzkich jest istotną do zrozumienia koncepcji autonomii relacyjnej. Zauważenie, że zarówno niezależność, jak i zależność mogą być heteronomiczne lub autonomiczne, może pomóc badaczom w rozwikłaniu tego, co do tej pory było bardzo niesprecyzowane w literaturze przedmiotu na temat zależności na przestrzeni całego życia. Zależność należy bowiem postrzegać nie tylko jako potencjalny problem, ale także jako pozytywną zdolność. Chęć polegania na innych i otrzymywania od nich wsparcia jest

podstawową ludzką skłonnością, która rozwija się, gdy wspiera się autonomię (Ryan, Deci, 2000).

Teoretycy podkreślający relacyjne podejście do autonomii zauważają również znaczenie bardziej osobowych składników autonomii, takich jak posiadanie pewnych afektywnych postaw wobec siebie tj. szacunku do siebie, poczucia własnej wartości i zaufania do siebie. Wielu autorów, jak również przedstawiciele tej koncepcji podkreślają, że autonomia jest kategorią stopniowalną i może podlegać rozwojowi (Cameron, 2001).

Podejście teorii samostanowienia zostało opracowane i zbadane za pomocą zestawu pięciu mini-teorii, które razem tworzą formalne ramy teorii. Każda mini teoria została początkowo wprowadzona w celu wyjaśnienia zjawisk, które wyłoniły się z badań eksperymentalnych i terenowych dotyczących czynników wpływających na motywację człowieka i optymalne funkcjonowanie (Ryan, Deci, 2009).

Teoria integracji organizmu dotyczy procesu internalizacji różnych motywów zewnętrznych w stronę wewnętrznej integracji. Proces integracji wewnętrznej opisywany jest jako kontinuum rozciągającej się od regulacji zewnętrznej, przez introjekcję i identyfikację, do integracji. Te formy regulacji, które występują w tym procesie, różnią się poziomem autonomii, przy czym regulacja zewnętrzna jest formą najmniej autonomiczną. OIT sugeruje ponadto, że internalizację i integrację ułatwiają wsparcie autonomii, kompetencji i pokrewieństwa. Oznacza to, że jednostki są bardziej skłonne do internalizacji i integracji praktyki lub wartości, jeśli doświadczają wyboru w odniesieniu do niej, skuteczności w zaangażowaniu się w nią jeśli doświadczają dobrego kontaktu z tymi, którzy ją przekazują. Znaczące badania na całym świecie pokazują, że większa internalizacja wartości wiąże się z lepszym samopoczuciem i skutecznością w działaniu (Ryan, Deci 2009).

Teoria orientacji przyczynowości opisuje indywidualne różnice w sposobie, w jaki ludzie postrzegają różne aspekty środowiska w regulowaniu zachowań. Osoba zorientowana na autonomię orientuje się w tym, co ją interesuje i działa harmonijnie. Osoba zorientowana na kontrolę przede wszystkim reguluje zachowanie, kierując się społeczną kontrolą i nagradzaniem.

Teoria podstawowych potrzeb psychologicznych rozwija koncepcję podstawowych potrzeb, łącząc je bezpośrednio z dobrostanem. BPNT zakłada, że każda potrzeba wywiera niezależny wpływ na dobre samopoczucie, a ponadto wpływ każdego zachowania lub zdarzenia na dobrostan jest w dużej mierze funkcją jej relacji z zaspokojeniem potrzeb (Ryan, Deci, 2009).

Wreszcie, niedawno wprowadzono piątą mini teorię *zawartości celu*. Badania wykazały, że materializm i inne zewnętrzne cele takie jak ponieważ sława czy wizerunek zwykle nie zwiększają zaspokojenia potrzeb, a tym samym nie sprzyjają dobremu samopoczuciu, nawet jeśli udaje się je osiągnąć (Niemięc i in. 2009).

2.2.1. Rodzicielskie wsparcie autonomii

Według teorii autodeterminacji, osoby są przygotowane do optymalnego rozwoju psychologicznego i społecznego, gdy ich otoczenie, wspiera podstawowe potrzeby, zwłaszcza fundamentalną potrzeb autonomii. Kiedy te potrzeby są udaremnione, ludzie podejmują reakcje obronne. JuŹ w pierwszych badaniach dotyczących rodzicielstwa (Grolnick, Ryan, 1989) zidentyfikowano trzy odrębne wymiary rodzicielstwa jako kluczowe dla zaspokojenia podstawowych potrzeb psychologicznych dzieci, a tym samym sprzyjających bardziej integracyjnemu rozwojowi (Niemięc, Vansteenkiste, 2010).

W szczególności są to następujące wymiary:

- rodzicielskie wsparcie autonomii,
- rodzinna struktura,
- rodzicielskie zaangaŹowanie

Środowiska, które charakteryzują się tymi trzema wymiarami dla zaspokojenia podstawowych potrzeb psychologicznych, pobudzają zdrowy samorozwój dziecka. Jednocześnie teoria autodeterminacji utrzymuje, Źe samo blokowanie i bezpośrednie udaremnianie tych potrzeb nie tylko uniemoŹliwia dzieciom rozwój, ale moŹe nawet wywołać nieprzystosowanie i psychopatologię (Ryan, Deci, 2009).

W badaniach zidentyfikowano szereg elementów w interakcjach między ludzkich, które wzmacniają doświadczenie autonomii. Będąc wspierającym autonomię, rodzic stara się zrozumieć i zaakceptować perspektyw dziecka. WaŹna jest autentyczna ciekawość ze strony opiekuna, który jest szczerze zainteresowany tym, co się dzieje z dzieckiem. Kiedy to nastąpi, jest w stanie zareagować na wszelkie pojawiające się problemy. Ponadto wsparcie autonomii pociąga za sobą stosowanie minimalnej kontroli w celu wspierania zachowania, dostarczanie sensownych uzasadnieñ zachowañ i ograniczeñ tam, gdzie to moŹliwe, aby pomóc zakotwiczyć zinternalizowaną motywacj. Wspieranie autonomii wymaga poszanowania tempa rozwoju dziecka, tak aby wymagania moŹna było dobrowolnie i efektywnie osiągać, a stwarzanie moŹliwości wyboru i wyrażania opinii, gdy to moŹliwe, ułatwia autonomię. Natomiast kontrolowanie polega na wywieraniu przez rodziców nacisku na dzieci, aby robiły to, czego

chęcią lub co cenią rodzice, kładąc nacisk na posłuszeństwo i zgodność czy nawet stosując kary i fizyczne groźby (Soenens, Vansteenkiste, 2011).

Autonomia wyraża się niejako w działaniu z motywacji wewnętrznej opartej na satysfakcji z podejmowanego działania a nie z kary lub nagrody.

Wiele badań w przekonujący sposób wykazały, że rodzicielstwo wspierające autonomię daje różne korzyści, w tym wyższe kompetencje i wyniki w nauce (Grolnick, Ryan, 1989), lepsze samopoczucie oraz lepsze przystosowanie społeczne (Niemiec, Soenens, Vansteenkiste, 2010).

Co istotne, podobnie jak doświadczenie autonomii nie może być utożsamiane z niezależnością, wspieranie autonomii w nie oznacza jej promowania. Zostało to wykazane w czterech badaniach przeprowadzonych przez Soenens i współpracowników (2007), którzy wykazali, że promowanie przez rodziców niezależności dzieci i wsparcie autonomii rodziców były skorelowane tylko w umiarkowanym stopniu pozytywnie. Co więcej, o ile zarówno promocja niezależności, jak i wspieranie autonomii były pozytywnie związane z funkcjonowaniem psychospołecznym na poziomie korelacyjnym, to Soenens, Vansteenkiste (2011) wykazali następnie, że nastolatki, które postrzegały rodziców jako pozwalających na dobrowolną zależność, zgłaszały lepsze funkcjonowanie psychospołeczne niż ci, którzy odczuwali presję rodziców na usamodzielnienie się lub zależność.

Koncepcję dotyczącą kontroli rodzicielskiej można dalej podzielić na dwie kategorie. Rodzice mogą kontrolować za pomocą kontroli zewnętrznej stosując metody, nagród lub kar, lub presji wewnętrznej. Drugim typ kontrolujących praktyk rodzicielskich jest również manipulacyjny. W takim przypadku rodzice usiłują zaszczerpić w dziecku pozytywne i negatywne odczucia dotyczące samego siebie, uzależnione od przestrzegania rodzicielskich standardów i celów (Soenens, Vansteenkiste, 2011).

Teoria autodeterminacji postrzega wsparcie relacyjne autonomii jako kluczowe zarówno jako proces, jak i jako bezpośredni wpływ na samopoczucie. Relacje wspierające w postaci bezwarunkowego pozytywnego uznania i zaangażowanie to sposoby, dzięki którym dana osoba czuje się znacząca i bezpieczna, co sprzyja jej dobremu rozwojowi. Szacunek i zaangażowanie również muszą być postrzegane jako autentyczne, by mieć funkcjonalne znaczenie wsparcia w relacjach z dzieckiem. Doświadczenie więzi, poczucie bycia szanowanym, rozumianym i otoczonym opieką jest niezbędne aby wzmocniło się zaufanie do dorosłych, które pozwolą na internalizację wartości.

W literaturze podkreśla się również znaczenie stylu wychowawczego rodziców dla rozwoju autonomii i niezależności dziecka. Za najbardziej korzystne dla rozwoju autonomii

jednostki uważa się okazywanie miłości i troski połączone ze stawianiem wymagań, bardzo jasnym określaniem reguł postępowania, z ich uzasadnianiem oraz pobudzaniem do refleksji. Dla rozwoju umiejętności przystosowania się młodego człowieka do wymogów środowiska i jego zdolności do podejmowania decyzji za najbardziej niekorzystne uważa się manipulowanie okazywaniem mu uczucia niż nadużywanie przez opiekunów władzy, jaką nad nim mają (Smetana, 1995; Baumrind, 2005, za: Studenska, 2011).

Opisany wyżej rodzaj stylu wspierającego autonomię ułatwia dziecku przejmowanie odpowiedzialności, podejmowanie samodzielnych decyzji i rozwiązywanie problemów. Niski poziom takiego wsparcia będzie dla odmiany skutkował niskim poziomem samoregulacji, obniżoną samooceną i problemami z przystosowaniem się do wymagań szkolnych (Grolnick i in., 1999, za: Studenska, 2011).

Młodzież w okresie dorastania, przechodząc przemiany związane z kształtowaniem się własnej tożsamości i odrębności, boryka się z wyzwaniem związanym z rozwojem emocjonalnym, fizycznym i społecznym, ma jednocześnie niedostatecznie rozwinięte mechanizmy radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami. Aby poradzić sobie z wielością nowych ról i zadań, jakie stoją przed młodym człowiekiem, potrzebuje on zasobu w postaci kapitału społecznego przekazywanego mu przez osoby znaczące, a w szczególności rodziców, rodzeństwo, rówieśników i nauczycieli (Youniss, Smollar, 1985, za: Domagała-Zysk, 2010).

Z punktu widzenia teorii samostanowienia, rozwój zaburzeń zachowania wynika bezpośrednio z nieodpowiedniego przywiązania i nieudanej internalizacji, z zewnętrznym kontrolującym, niespójnym i ubogim w uczucia środowiskiem rodzinnym (Ryan, Deci, 2008).

Brak zaspokojenia potrzeb, zwłaszcza zagrożenia i pozbawienia satysfakcji z autonomii i przynależności w dzieciństwie, sprzyjają gorszemu rozwojowi samoregulacji emocjonalnej, a tym samym zubożeniu internalizacji, a także potrzebie poszukiwania substytutów w postaci hedonistycznych i materialistycznych celów. Rezultatem są często bardziej zakorzenione antyspołeczne wzorce zachowań zamiast zachowań prospołecznych.

Wszystkie te czynniki potęgują ostatecznie sytuację, w której brakuje podstawowych składników, od których zależy internalizacja – a mianowicie wsparcia autonomii, odpowiedniej struktury i wskazówek oraz refleksyjnego, opiekuńczego zaangażowania rodziców. W zakresie, w jakim dzieciom brakuje autonomicznego wsparcia i troskliwego zaangażowania a zatem brakuje im rozwoju własnego ja, często zwracają się w kierunku wartości zewnętrznych, aby zyskać i utrzymać jakiś minimalny sens, własną wartość (Ryan, Deci, 2008).

2.2.2. Zaburzenia autonomii

Zaburzenia autonomii analizowane są zarówno jako czynnik etiologiczny, jak i objawowy, w różnych formach psychopatologii. Kwestie autonomii i integracji są w rzeczywistości często uwikłane w rozwój psychopatologii (Ryan, Deci, 2009). Literatura kliniczna podkreślała, że wiele form zaburzeń zachowania i psychicznych charakteryzuje się zaburzeniami autonomii (np. Shapiro, 1981; Winnicott, 1965).

Wiele różnych form psychopatologii, zdaniem badaczy jest powiązanych z zaburzeniami autonomii. Od tych, które wiążą się z brakiem regulacji zachowania, po te, które wiążą się ze sztywno wymuszoną samokontrolą i kompulsywnymi zachowaniami. W związku z tym wykazano, że utrudnianie autonomii dzieci przez opiekunów w połączeniu z podatnościami genetycznymi sprzyja szerokiemu zakresowi negatywnych skutków dla rozwoju i uważa się, że przyczynia się do powstawania różnych uzależnień (Ryan, 2005). Rozwój Ja przebiega najbardziej optymalnie w kontekstach społecznych, w których dzieci doświadczają ciągłego wsparcia w zakresie podstawowych potrzeb psychologicznych. Kiedy potrzeby są wspierane w dziedzinach i działaniach odpowiednich dla ich poziomu rozwojowego, dzieci wykazują coraz większą autonomię. Oczekuje się, że sytuacyjne i skumulowane efekty wsparcia potrzeb psychologicznych przyniosą u osób rozwijających się wewnętrzne zasoby, które dodatkowo przyczynią się do późniejszego dobrego samopoczucia i adaptacji. Jednak często rozwój nie przebiega optymalnie, zwłaszcza gdy kontekst społeczny utrudnia podstawowe potrzeby dzieci, a czyniąc to, wzmacnia podatność na zagrożenia. Pociąga to za sobą wiele form psychopatologii, ponieważ niepowodzenia w integracji organizmu i rozwoju własnego ja przyczyniają się do szeregu dysfunkcji (Ryan, Deci, 2009).

W wielu przypadkach źródła zakłóconej autonomii mogą być związane z problemami w środowisku rodzinnym, w którym brakuje odpowiedniego wsparcia, struktury lub zaangażowania w zakresie autonomii (Ryan i Deci, 2000; Vansteenkiste i Ryan 2013).

Jak wykazują badania wiele form psychopatologii związanych jest z doświadczaniem nieodpowiednio stosowanej kontroli. Badania łączą te doświadczenia z brakiem regulacji wewnętrznej. Dzieje się tak również w przypadku uzależnień tj. narkomania. W innych uzależnieniach jak anoreksja czy obsesyjne rytuały występuje wysoce kontrolowane, celowe zachowanie, które jest odzwierciedleniem niskiej samooceny. W innych formach psychopatologii, zwykle obejmujących relacyjną, występować mogą zaburzenia dysocjacyjne. W jeszcze innych motywacja do realizacji celów jest nieobecna lub wyczerpana co może powodować niektóre formy depresji (Ryan i in., 2006).

Zdaniem badaczy, zaburzenia osobowości z pogranicza borderline to w większości przypadków zaburzenia występujące u osób, których doświadczenia życiowe charakteryzowały się nie tylko ograniczeniem, ale także aktywnym, inwazyjnym udaremnianiem potrzeb zarówno autonomii, jak i bliskości. Johnson i in. (2006), podali, że style rodzicielskie o niskim poziomie uczuć (brak bliskich relacji) i wysokim poziomem kary (niskie wsparcie autonomii) były związane z podwyższonym ryzykiem wystąpienia borderline i innych zaburzeń osobowości. Steinberg i Schnall (2001) odnotowali niezwykle wysokie wskaźniki wczesnego wykorzystywania fizycznego i seksualnego wśród pacjentów z dysocjacyjnymi zaburzeniami tożsamości (DID). W historiach ludzi z każdym z tych zaburzeń, bliscy, którzy powinni być dla kochający i życzliwi, zamiast tego byli krzywdzicielami, gwałcą umysły i ciała ludzi, którzy potrzebowali ich wsparcia. Skutkiem tego było mniej zintegrowane funkcjonowanie i zmniejszone poczucie autonomii i bliskości w dalszym życiu (Steinberg, Schanall 2001).

Biorąc pod uwagę rolę, jaką odgrywa autonomia (lub jej brak) zarówno w optymalnym rozwoju, jak i w psychopatologii rozwojowej, nie jest zaskakujące, że wspieranie autonomii jawi się jako ważny, wręcz krytyczny element skutecznych metod leczenia psychopatologii (Ryan, Deci, 2008).

Można stwierdzić, iż autonomia była od początku uważana za coś, co jest nieodłącznego dla człowieka, ale niekoniecznie gwarantowane we wszystkich sytuacjach życiowych, ponieważ autonomię należy budować i osiągać. W niektórych podejściach terapeutycznych wspieranie autonomii jest postrzegane jako samo w sobie ważne dla budowania podstawowych zasobów wewnętrznych sprzyjających dobrostanowi (Ryan i Deci, 2008).

2.2.3. Uzależnienia a więzi – wyniki badań

Uzależnienie od alkoholu jest złożonym zaburzeniem o destrukcyjnym wpływie na człowieka w aspekcie zdrowia psychicznego i fizycznego. Jak wynika z aktualnej literatury, istnieje związek między regulacją emocji, przywiązaniem i nadużywaniem substancji. Jednak wiedza na temat dokładnych interakcji tych konkretnych parametrów pod względem etiologii i rozwoju uzależnienia nie jest jeszcze pełna, w ostatnich latach naukowcy poczynili znaczne postępy w rozumieniu roli doświadczenia relacji przywiązania we wczesnym dzieciństwie i jakością społecznego funkcjonowania w dorosłości (Plopa, 2019).

Prowadzone badania naukowe wskazują na związek zdrowia psychicznego, z doświadczeniami interpersonalnymi nabywanymi we wczesnym dzieciństwie (Mikulincer, Shaver, 2008, Szczukiewicz, 2020).

W zagadnienia te w szczególny sposób wpisuje się teoria przywiązania Bowlby'ego (1967, 2007), która stała się inspiracją dla współczesnych badaczy, dając światło na powstawanie wielu zaburzeń. Teoria ta bardzo wiele wnosi w rozumienie etiologii uzależnień wśród kobiet oraz wskazywać może kierunki pracy terapeutycznej. Sam Bowlby (1980) postulował, aby opracowana przez niego teoria stanowiła punkt wyjścia w rozważaniach nad etiologią różnych zaburzeń psychopatologicznych.

Zdaniem Bowlby'ego potrzeba przywiązania jest jedną z najbardziej podstawowych ludzkich potrzeb a wczesnodziecięce przywiązanie funkcjonuje jako swoista matryca, na podstawie której tworzone są kolejne więzi w dorosłym życiu (Bowlby, 2007; Senator, 2010; Schier, 2008). Wiąż wytworzona we wczesnym dzieciństwie określa przebieg rozwoju relacji w perspektywie całego życia (Józefik, Iniewicz, 2008). Według Cindy Hazan i Philipa Shaver (1987) każdy człowiek przejawia potrzebę przywiązania, rozumianą jako skłonność do tworzenia silnych uczuciowych więzi z ważnymi, bliskimi osobami. Dziecko rodzi się z małymi zdolnościami do regulowania własnych stanów emocjonalnych, a samego siebie doświadcza przez kontakt z opiekunem.

Założenia teorii więzi stanowią fundament dla perspektywy, w której uzależnienie traktowane jest bezpośrednio jako wynik zaburzenia przywiązania i reakcja na zaburzenia w relacjach we wczesnym okresie życia.

Brak możliwości wytworzenia więzi pomiędzy dzieckiem a opiekunami w pierwszych latach życia poważnie zaburza możliwość budowania związków z innymi w dalszym życiu, a także wiąże się z zaburzeniami w funkcjonowaniu psychospołecznym.

Bezpieczeństwo przywiązania niemowląt zostało powiązane z późniejszą samooceną, kompetencjami społecznymi, odpornością na stres i trudne doświadczenia oraz przystosowaniem społecznym (Sroufe i in., 2000). Pozabezpieczone przywiązanie często prowadzi do zaburzeń, które przyczyniają się do psychopatologii i dysfunkcji w późniejszym okresie życia (Mikulincer, Shaver, 2016). Stwierdzono, między innymi, że styl przywiązania znajduje swoje odzwierciedlenie w strukturze osobowości, dojrzałości mechanizmów obronnych, reakcji na stres i sytuacje kryzysowe (Pilecki, 2008), podwyższonej predyspozycji do zaburzeń emocjonalnych w okresie dzieciństwa, jakości i trwałości relacji interpersonalnych, częstości doświadczania objawów depresyjnych (Armsden i Greenberg, 1987) czy psychosomatycznych (Hazan i Shaver, 1990; Schier, 2005), zwiększeniu ryzyka pracoholizmu (Hazan i Shaver, 1990), prawidłowości przebiegu procesów regulacji emocji (Sroufe, 1997), jak również jakości funkcjonowania systemu rodzinnego (Żechowski i Namysłowska, 2010).

Wynikiem badań Bowlby'ego było rozpowszechnienie terminu deprivacja macierzyńska jako pojęcia tłumaczącego szereg zaburzeń psychicznych związanych z doświadczanym brakiem poczucia bezpieczeństwa.

Teoria przywiązania, zdaniem teoretyków jest właściwie teorią traumy relacyjnej, związanej z deprivacją kontaktu z matką i separacji oraz wpływu tych doświadczeń na dzieci. Do traumy relacyjnej może dochodzić z różnych powodów, jedną z przyczyn może być brak więzi, z którym można mieć do czynienia przy częstych zmianach opiekunów lub w przypadku krytycznego zaniedbania dziecka (Senator, 2005). Trauma stanowi zagrożenie dla integralności rozwojowej dziecka.

Poglądy Bowlby'ego na temat więzi i separacji od obiektu przywiązania wzbudziły szerokie dyskusje, niemniej wniosły nową perspektywę do badań na gruncie psychologii rozwojowej i psychologii uzależnień. Teorie te, od czasu ich sformułowania, przyczyniły się zdecydowanie do pogłębienia świadomości znaczenia więzi wczesnodziecięcej i jej zaburzeń.

Badania współczesne potwierdzają aktualność tezy, że jednym z ważniejszych pytań w psychologii osobowości i psychopatologii jest to, czy działające modele przywiązania zmieniają się w ciągu życia. Przyjmuje się, że doświadczenia wczesnodziecięce wpływają na kształtowanie się bezpiecznych lub pozabezpiecznych relacji przywiązania. Przekonanie, że przywiązanie ukształtowane w dzieciństwie jest względnie stabilne, nie jest już tak oczywiste: pojawiły się doniesienia, według których ważne doświadczenia życiowe mogą prowadzić do zmiany stylu podejmowanych więzi w ciągu życia (Cierpiałkowska, 2009).

Jednak w świetle prowadzonych rozważań w niniejszej dysertacji dotyczącej uwarunkowań rozwoju autonomii uzależnionych kobiet znaczenie więzi wczesnodziecięcej wydaje się bardzo istotne w rozumieniu przebiegu badanych procesów.

Teoria przywiązania opisuje rozwój emocjonalno-społeczny w dwóch głównych wymiarach. Pierwszym jest rozwój w wąskim zakresie jakości funkcjonowania w bliskich związkach, z drugiej strony – rozwój kompetencji do regulacji i autoregulacji związanej z równoważeniem potrzeb, działań i motywacji do współzależności związanej z przywiązaniem i autonomii związanej z eksploracją (Ainsworth i in., 2015; Bowlby, 2007; Ryan, Deci, Grolnick, 1995; Wei, Shaffer, Young i Zakalik, 2005).

U osób, u których rozwinęły się niekorzystne wzorce przywiązania stwierdzono deficyty struktur psychicznych i osobowościowych. Do deficytów takich zalicza się m.in. słabość ego, brak zdolności do samoopieki, czy trudności w utrzymywaniu poczucia własnej wartości. Podobnie wśród osób uzależnionych występują te deficyty.

Rosnąca liczba badań (zob. Caspers, Cadoret, Langbehn, Yucuis i Troutman, 2005; Flores, 2004; Höfler i Kooyman, 1996; Panksepp, 2010; Priddis i Wallace, 2011; Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt i Küstner, 2007) wskazuje, że zakłócone systemy przywiązania i nadużywanie substancji psychoaktywnych są ze sobą silnie skorelowane.

Priddis i Wallace (2011) wykazali, że środki psychoaktywne regulują lęk i stres, gdy badani nie mają umiejętności do samodzielnego radzenia sobie z trudnymi emocjami. Panksepp (2010) argumentował, ludzie nie są w stanie sami regulować emocji przez długi czas i że potrzebują więzi społecznych. Trudności w relacjach, zarówno rodzinnych, jak i społecznych, zwiększają prawdopodobieństwo używania substancji jako substytutu więzi.

Wzór afektywnej regulacji we wczesnych przywiązaniowych relacjach stabilizuje emocjonalną bazę, jest prototypem dla samoregulacji osób dorosłych potrzebnej w społecznym świecie (Plopa, 2015; Cassidy, 2019).

Höfler i Kooyman (1996) stwierdzili, że osoby, które zmagają się z nadużywaniem substancji, zazwyczaj mają zakłócone przywiązanie i/lub traumę w swoim życiu. Prawdopodobnie będą używać substancji psychoaktywnej jako substytutu więzi, aby złagodzić cierpienie.

Istotę związku przywiązania i uzależnienia dokładnie opisał w swoich pracach Flores (2004, 2007).

Flores (2004) stwierdził, iż urazowe doświadczenia w relacjach interpersonalnych w dzieciństwie oddziałują na ośrodkowy układ nerwowy i znajdują swoje odzwierciedlenie w życiu dorosłym w błędnych i kompulsywnych zachowaniach, takich jak uzależnienie. Z tego punktu widzenia u osób z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania wykształca się wrażliwość na substancję psychoaktywną jako substytutu ludzkiej bliskości. Osoby uzależnione doznały w dzieciństwie deprivacji w zakresie dostępności emocjonalnej rodzica, odpowiedniej opieki i troski, w tym adekwatnego odzwierciedlenia emocji. Ma to konsekwencje dla rozwoju neurofizjologicznego mózgu oraz powoduje wykształcenie się pozabezpiecznych wzorców przywiązania. Alkohol i inne substancje psychoaktywne służą łagodzeniu uczucia samotności, bólu i cierpienia. Używanie substancji na dłuższą metę pogarsza jednak funkcjonowanie psychiczne i zaostrza dysfunkcjonalne style przywiązania, wywołując jeszcze silniejsze negatywne doświadczenia.

Jak podkreśla Flores (2004) silne przywiązanie osoby uzależnionej do substancji wiąże się z tym, że relacja przywiązaniowa wyraźnie określa, do kogo się uciekamy, gdy jesteśmy zdenerwowani lub niespokojni, z kim chcemy być blisko, kto zawsze jest dla nas dostępny i zaspokaja nasze potrzeby. Paradoksalnie zachowanie nałogowe może dawać właśnie takie silne

doświadczenie przywiązania do obiektu uzależnienia, a przy tym kontakt z nim staje się relacją bardziej niezawodną oraz łatwiejszą do kontrolowania niż niepewny i nieprzewidywalny dla osoby uzależnionej kontakt z człowiekiem. Spojrzenie na uzależnienie z perspektywy teorii przywiązania pokazuje, jak silne i pierwotne potrzeby psychiczne człowieka mogą leżeć u podstaw regulowania emocji przy pomocy różnych substancji oraz zachowań nałogowych (Flores, 2004).

2.3. Rozwój autonomii w procesie samowychowania – ujęcie pedagogiczne

Samowychowanie jest to świadoma, samorzutna i planowa aktywność jednostki, której celem jest doskonalenie samej siebie pod względem intelektualnym, społeczno-moralnym i wolicjonalnym, a także samorealizacja oraz podnoszenie własnej wartości jako osoby autonomicznej, reprezentującej swój własny pogląd na świat (Kupisiewicz, 2009).

Proces samowychowania na przestrzeni wieków był różnie nazywany, między innymi ascezą, kształtowaniem woli, charakteru, samorealizacją (Śliwerski, 2000). Najogólniej można powiedzieć, że jest to kształtowanie sfery emocjonalno-wolicjonalnej, czyli kierunkowych cech własnej osobowości, które jest poprzedzone uhierarchizowaniem własnych wartości (Kujawiński, 2000).

Autonomia jako rozwój zdolności do samostanowienia. Proces samokształtowania utożsamianego z trudną sztuką tworzenia siebie, a także z samodzielnym kierowaniem sobą i swoim rozwojem, obejmującego samokształcenie i samowychowanie, szansy budowania tożsamości na drodze uczenia się wewnętrznego. Człowiek jest podmiotem zdolnym do myślenia o swoim istnieniu, otwartym na innych i na świat, co więcej, samopotwierdzającym się w sytuacji spotkania z drugim człowiekiem. Wewnętrznego samostwarzania się czy też samourzeczywistniania się człowieka, które w wychowaniu zachodzi na drodze rozwoju ku pełni człowieczeństwa (Kunowski, 1973). Pedagog jako pomagający w samowychowaniu (Kukołowicz, 1978).

Analizując rzeczywistość samowychowania Hiszpańska (2010) wskazuje odniesienie do prawdy zakorzenionej w realnym istnieniu, które zabezpiecza rozwój człowieka przed subiektywizmem a nade wszystko przed uleganiem złudzeniom (Hiszpańska, 2010).

Uleganie złudzeniom jest wiodącym problemem zarówno w rozwoju uzależnienia od alkoholu u kobiet jak i w podejmowaniu przemiany w czasie terapii. Kontakt z rzeczywistością ma decydujące znaczenie dla człowieka zwłaszcza w kontekście jego rozwoju (Hiszpańska, 2010, s.5). Podczas terapii problemy kobiet uzależnionych są niejako urealniane w pracy przez

terapeutów w pracy z grupą i pracy indywidualnej i stawione przed oczy kobiet uzależnionych aby mogły odnaleźć błędy swojego myślenia i funkcjonowania i zmienić ja na wolne od uzależnienia i zgodne ze swoimi najgłębszymi pragnieniami.

Według klasycznej definicji rozpoznanie prawdy należy wyłącznie do jednostki która odpowiada za swój własny proces poznawczy i przyjęte na jego podstawie przekonania. Indywidualny jednostkowy charakter poznania prawdy poddawany jest procesowi weryfikacji wraz z innymi podmiotami poznającymi w dialogu.

To spojrzenie filozoficzne obrazuje proces terapeutyczny mający na celu uświadomienie pacjentce uzależnionej od alkoholu jej rzeczywistych problemów z uzależnieniem a także przyjęcia przez nią przedstawianych faktów z pełnymi konsekwencjami. Tym celom służy również edukacja dotycząca uzależnienia.

W terapii uzależnionych kobiet od alkoholu wskazuje się na potrzebę uznania własnego uzależnienia jako punktu wyjścia do zmiany oraz przyjęcia spojrzenia na inne kobiety uzależnione jako doświadczające podobnych problemów mające takie same trudności co zmienia perspektywę samotną na perspektywę wspólnoty. Poprzez tą wspólnotę można doświadczyć pomocy i przejrzenia się w doświadczeniach innych osób aby lepiej skonfrontować się i skontaktować się z własnymi nieraz głęboko skrywanym mi problemami. Poznając prawdę o sobie i o swoim uzależnieniu kobieta rozpoczyna wejście na drogę pracy nad sobą inaczej zwaną drogą trzeźwienia czyli przemiany własnego życia i myślenia.

Współcześnie w teoriach pedagogicznych niewątpliwie bardzo ci silny nacisk kładzie się na podmiotowość i samostanowienie. Pojęcia te mogą być jednak bardzo różnie rozumiane w zależności koncepcji człowieka na której się opierają. Dominują obecnie przekonanie człowiek może dowolnie stanowić siebie zmieniać się według własnych dążeń być panem własnej metamorfozy. Jednak takie spojrzenie jest w sprzeczności z klasycznym stanowiskiem Arystotelesowskiej definicji prawdy którego istnieje obiektywna natura ludzka. (Hiszpańska, 2010).

Dlatego też tak ważnym jest uznanie obiektywnej prawdy w procesie kształtowania drogi trzeźwienia u uzależnionych. Jest to związane również z przyjęciem i zaakceptowaniem uzależnienia swojego jako choroby i tego, aby dobrze zrozumieć do czego dążymy w tej przemianie. Przemianę wewnętrzną i możliwość tej przemiany traktuje się jako rezultat wolnej woli osoby oraz własnego aktu poznawczego. Kryterium, które pozwala dokonać zmianę stanowi obiektywne dobro.

Miśkowiec (2014) wskazuje na potrzebę samowychowania jako podejmowania trudu własnego rozwoju. Savrnochova (2014) uzupełnia opis elementów samowychowania, jaki jej

zdaniem jest konieczny w podjęciu drogi trzeźwienia przez osoby uzależnione od alkoholu. Wskazuje, że oprócz podjęcia abstynencji, terapii psychologicznej konieczna jest własny, zaangażowany wkład w pracę nad własnym charakterem, eliminacją wad i rozwojem duchowym. Istotna w obszarze samowychowania jest również dokonanie zmiany w swoim systemie wartości.

Choć leczenie koncentruje się na abstynencji ona sama nie jest określana jako cel jedyny i pierwszy planowy. S. Kudrle (2003) do celów leczenia zalicza również:

- oderwanie od środowiska, które pozwalało żyć w uzależnieniu
- spojrzenie za siebie na przeszłe życiowe wydarzenia
- konfrontacje z tym, co szkodziło uzależnionemu
- konfrontacje z tym, co uzależniony pokazał i kogo skrzywdził
- zrozumienie i wzięcie odpowiedzialności za swoje życie
- odnalezienie na nowo uczuć i emocji oraz nauczenie się odpowiedniego wyrażania ich
- szukanie sensu życia i życiowych wartości
- szukanie związku z jakąś wyższą zasadą i ideałem
- szukanie narzędzi do dokonywania zmian i utrzymania ich w życiu codziennym
- wzmocnienie wartości odnalezionych podczas abstynencji (Kudrle, 2003).

Abstynencja od substancji psychoaktywnych jest środkiem, drogą realizacji celów osoby leczącej się. Nie oznacza to że abstynencja dotyczy określonego czasu a kiedy się kończy uzależniony wróci do poprzedniego sposobu życia. Uzależnienie jest chorobą której nie da się wyleczyć można ją jedynie ustabilizować a stabilizacja ta jest równoznaczna ze stałą abstynencją. Każde naruszenie niesie ryzyko powrotu i aktywizacji mechanizmów uzależnienia oraz wszystkich skutków braku kontroli nad nałogiem (Bohdanowicz, 2009).

Tak jak uzależnienie nie rozwija się w ciągu miesiąca ale przez dłuższy czas podobnie zmiana jaką jest abstynencja wymaga znacznie więcej czasu niż czas trwania leczenia odwykowego. Konieczne jest osiągnięcie zmiany osobowości uzależnionego a tego nie można zrealizować bez zmiany spojrzenia na siebie i pracy nad sobą rozumianej jako samowychowanie.

Prochaska i DiClemente (1992) wskazują na istotność motywacji do własnej zmiany w leczeniu i resocjalizacji. Na motywację jako stan gotowości do zmiany i pragnienie zmiany siebie można i trzeba wpływać poprzez zaangażowanie w ten proces.

Model procesu zmiany w którym zawarte są fazy ważne nie tylko w trakcie leczenia uzależnionego ale również w odniesieniu do zmiany osobistej niezbędnej do utrzymania celów leczenia uzależnienia.

W modelu tym motywacja to aktualny wewnętrzny stan jednostki lub gotowości do zmiany.

Model procesu zmiany obejmuje następujące fazy:

1. Prekontemplacja – osoby nie widzą skutków negatywnych używania alkoholu a zmiany nie wydają im się potrzebne
2. Kontemplacja – w tej fazie osoba uzależniona zaczyna zastanawiać się nad zyskami i stratami związanymi z piciem oraz związkiem picia z narastającymi problemami
3. Decydowanie – negatywne skutki picia narastają stają się bardziej wyraźne niż pozytywne dotychczasowe, uzależniony podejmuje decyzję o potrzebie zmiany obecnej sytuacji
4. Działanie – konkretna realizacja potrzeby zmiany na przykład pójście do ośrodka odwykowego
5. Podtrzymywanie – powrót do życia normalnego bez alkoholu a równocześnie wysiłek wytrwania w takim sposobie życia. Następuje także rozpatrzenie i akceptacja relaksu- nawrotu do wcześniejszego etapu. Ważne staje się wzmocnienie zmiany i decyzji jednostki o abstynencji oraz wskazywane są czynniki wzmacniające tą decyzję.

Analizując wartość i potrzebę samowychowania na drodze terapii ważne jest przeanalizowanie pojęć abstynencja. Nie jest ona tożsama z niepicciem. Niepicie oznacza tylko wykluczenie alkoholu z życia uzależnionego bez przyznania się do swoich błędów. Nie jest łatwo przyznać się do upadku wymaga to odwagi i pokory. Decyzji o abstynencji musi towarzyszyć chęć zmiany w sobie. Wskazuje się, iż istnieją uzależnieni którzy wprawdzie przestają pić ale ich życie nadal wygląda tak jakby straciło sens i oprócz tego że żyją z czystą głową nie czują żadnej ulgi i radości, dalej cierpią.

Dojrzała abstynencja to stan w którym uzależniony zmienia myślenie że nie tylko nie może dalej pić z powodu zagrożenia zdrowia, nie musi pić z powodu możliwości utraty kontroli ale podejmuje decyzję, że pić nie chce. Są to decyzje o charakterze dojrzałym, autonomicznym, kierowane motywacją wewnętrzną. Proces ten rozwija się na drodze samowychowania. Podczas leczenia często mówi się o zmianie myślenia, zachowania i codziennej pracy nad sobą oraz o zmianie stylu życia. Uzależnieni już podczas leczenia nabywają podstaw samopoznania i samodyscypliny. Na tych podstawach mogą następnie budować swoją swój dalszy rozwój. Nie wystarczy tylko zdobyć wiedzę na temat swojego uzależnienia oraz zdrowienia potrzebna jest rozpoczęcie rzetelnej i cierpliwej pracy na rzecz samowychowania.

Mariani (2004) łączy samowychowanie do abstynencji ze zdrowiem psychicznym i powrotem do normalnej osobowości u osób uzależnionych. Jest to proces który zapoczątkowany zostaje podczas leczenia a kończy się społecznym przystosowaniem.

Proce ten obejmuje następujące obszary:

- ponowne uzyskanie umiejętności prawidłowej samooceny
- powrót do własnej tożsamości
- autonomię niezależność i wolność
- subiektywne zadowolenie poczucie własnej wartości poczucie sukcesu
- zdolność do samorealizacji
- integracje osobowości
- odporność na stres i tolerancję dla niepokoju
- odpowiednie postrzeganie i rozumienie rzeczywistości
- społeczne przystosowanie (Mariani, 2004).

Zivny uzupełnia ten opis o dodanie jeszcze aspektu budowania dobrych relacji z bliskimi ludźmi, zatrudnienia i dalszego kształcenia, odkrycie radości życia i jego sensu (Zivny, 2007).

Istotne jest uświadomienie sobie potrzeby tych zmian i pracy nad sobą w tych obszarach już podczas okresu leczenia jak i zaraz po jego zakończeniu. Ważne jest rozpoznawanie i nazywanie emocji ponieważ na początku pojawia się pustka emocjonalna i labilność w przeżywaniu pojawia się też depresja wahania nastrojów uczucie żalu nad sobą i bezsenność. Ważne jest aby uświadomić sobie proces zmian w przeżywaniu i trudności związanych ze zmianą i trzeźwieniem. Brak tej wiedzy utrudnia znalezienie wewnętrznego spokoju.

Osoba uzależniona przez długi czas koncentrowała się wyłącznie na alkoholu i stosowała powszechnie mechanizmy obronne takie jak wypieranie, zaprzeczanie, przenoszenie racjonalizację i projekcja. Obecne w myśleniu również było uprzedzenie do osób niepijących.

Zmiany w myśleniu wymagają pozbycia się poczucia wyjątkowości i użalania się nad sobą a wzięcia odpowiedzialności za siebie i swoje zachowanie. Uzależnieni abstynenci powinni nauczyć się przyjmować jako dar wartość że w końcu mogą zająć odpowiedzialne stanowisko względem swojego życia i nie oszukiwać samych siebie oraz otoczenia (Zivny, 2007).

Do najważniejszych czynników w rozwiązywaniu swojego problemu z alkoholem zaliczają

- psychoterapię i inne elementy leczenia

- wzmocnienie pewności siebie i poprawę stanu psychicznego
- zaakceptowanie diagnozy uzależnienia od alkoholu i wewnętrzną identyfikację z abstynencją i przyjęcie celu którym jest nieprzerwana abstynencja.

Podjęcie samowychowania w wychodzenia z uzależnienia jest istotnym elementem procesu zdrowienia.

Rozdział III. Metodologiczna koncepcja badań własnych

3.1. Założenia teoretyczne i metodologiczne

Niniejsze badania naukowe można umiejscowić na pograniczu pedagogiki i nauk pomocniczych. Jak podkreśla Rubacha (2007), nauki humanistyczno-społeczne wyodrębniały się stopniowo z filozofii zabierając niejako swój przedmiot badań. Jednakże niemożliwe byłoby dokonanie podziału rozłącznego. Tak samo jak praktyki pedagogicznej nie można oderwać od procesów społecznych i psychiki, tak samo prawidłowości rozwoju człowieka nie można wyabstrahować od oddziaływań edukacyjnych (Rubacha, 2007, s. 33).

Stanisław Palka (2006) zwraca uwagę na kilka ważnych obszarów relacji poznawczo-badawczych między pedagogiką a innymi dyscyplinami. Wskazuje on, iż badania procesów edukacyjnych sięgają często poza obszar poznania pedagogicznego i należy oprzeć się na innych naukach, by wyjaśnić, zinterpretować badane zjawisko. Zrozumienie badanej rzeczywistości opiera się na współdziałaniu pedagogów i badaczy z nauk pokrewnych. W przeprowadzonym badaniu oparto się na tym rozumieniu iż, (...) pedagogika, a w szczególności teoretyczna wiedza pedagogiczna, jest inspirowana i warunkowana elementami teoretycznej wiedzy innych, przede wszystkim podstawowych nauk pomocniczych: filozofii, psychologii, socjologii (Palka 2006, s. 117).

Wartą podkreślenia zaletą badań z pogranicza dyscyplin jest tworzenie podejścia systemowego. Podstawowa korzyść z badań wyraża się tym, że efekty tych badań mogą być wykorzystane do budowania systemów, modeli ogólnych, będących czymś więcej niż sumą osiągnięć badawczych uzyskanych przez przedstawicieli pojedynczych nauk (Palka 2006, s. 121).

Przeprowadzone badania mieszczą się w obszarze zainteresowań andragogiki, która podejmuje refleksję naukową nad procesami uczenia się biograficznego dorosłego człowieka. Ich podstawowym założeniem jest uznanie, że edukacja jest procesem odbywającym się w ciągu całego życia, przy czym często procesy te przybierają charakter nieformalny. Andragogika inspirowana jest głównie doniesieniami teoretycznymi i badawczymi z zakresu pedagogiki oraz psychologii, ale nie może się także obyć bez kontekstu socjologicznego i filozoficznego (por. Malewski 1998; Zych 1999; Halicki 2000; Skibińska 2006; Halicka 2004; Knowles, Holton, Swanson 2009; Muszyński 2011; Fabiś, Wawrzyniak, Chabior 2015).

Badacze z obszaru andragogiki poszukują odpowiedzi na pytanie o potencjał edukacyjny doświadczeń życiowych i sposoby wykorzystywania przez jednostkę uczenia się opartego na doświadczeniu człowieka dorosłego, stosując przy tym często metodę biograficzną.

Spojrzenie na uczenie się z perspektywy historii życia pomaga dorosłym w jasnym zdefiniowaniu idei dorosłości, rozpoznaniu siebie jako jednostki społecznej oraz uznaniu, że proces dojrzewania trwa przez całą dorosłość (Dominice 2006).

Drugą subdyscypliną pedagogiki, w której obszarze umiejscowione są badania w niniejszej pracy jest pedagogika specjalna. Pedagogika specjalna której podstawowym obiektem zainteresowania jest człowiek wymagający wsparcia i pomocy w przekraczaniu różnorodnych trudności, utrudniających mu rozwój i funkcjonowanie społeczne (Lipkowski 1977). W szeroko rozumianej dziedzinie pedagogiki specjalnej mieści się pedagogika resocjalizacyjna oraz pedagogika terapeutyczna rozumiana jako praca nad zmianą zachowanie osoby dotkniętej niedostosowaniem społecznym i wspomaganie powrotu do zdrowego funkcjonowania w społeczeństwie. Na styku tych dyscyplin objawia się praca z osobami uzależnionymi od alkoholu.

3. 1.1. Wybrany paradygmat

Paradygmat wg Thomasa Kuhna (1962) odnosi się do pewnej perspektywy badawczej, w której porusza się badacz, zapewniając poprawność naukową. Stanowi on powszechnie akceptowane założenia, reguły, sposoby prowadzenie badań naukowych (Kuhn 1962).

Teresa Bauman (2008) podkreśla, że w paradygmacie zawierają się wszelakie założenia ontologiczno-epistemologiczne dotyczące zarówno sposobu myślenia o świecie, jak i sposobów i efektów poznawania go; w modelu natomiast przejawia się powszechnie stosowana praktyka badawcza, będąca przejawem wiedzy badaczy na temat metod badania oraz zasad ich stosowania (Bauman 2008).

Krzysztof Rubacha pojęcie paradygmatu wprowadza dopiero w rozdziale poświęconym interpretacji wyników badań. Definiuje paradygmat (za J.H. Turnerem) jako „powszechnie przyjęty system myślowy mieszczący w sobie najogólniejsze przesłanki, modele pojęciowe, teorie i metody służące do rozwiązywania problemów naukowych” (Rubacha 2008, s.308). Uznaje go za przydatną „ramę teoretyczną” interpretacji wyników badań. Wychodząc od podziału wyjaśniania na idiograficzne i nomotetyczne z pierwszym wiąże dwa paradygmaty: interpretatywny i krytyczny, zaś z drugim – paradygmat normatywny.

W nieco podobnym tonie Dariusz Kubinowski stwierdza, że zadaniem pedagogiki jest nie tylko opisywać i oceniać człowieka i jego świat, ale także go doskonalić z myślą o przyszłości. Trzeba zaznaczyć, że nie są to osobne działy, ale nakładające się na siebie kolejne warstwy pedagogiki ujmowanej holistycznie. Dopiero rozpatrywane łącznie dają podstawę do

poszukiwania jej swoistości. Zatem podejście pedagogiczne cechuje komplementarna perspektywa antropologiczno-humanistyczno-prosobowa, prorozwojowa, prospektywna (Kubinowski 2008, s. 51).

To podejście jest najbliższe badaczce w rozwiązywaniu podejmowanego problemu badawczego.

Konsekwencją różnie rozumianych założeń ontologicznych i epistemologicznych jest wyodrębnienie dwóch podstawowych podejść, choć różnie nazywanych: normatywnego versus interpretatywnego (Wilson 1970), pozytywistycznego versus rozumiejącego (Sławecki, 2008), czyniąc głównym punktem odniesienia właśnie relację między badaczem a przedmiotem poznania, relację między poznawaną rzeczywistością a przekonaniami osoby, a także obrany cel badań.

Przyjęty w badaniu paradygmat interpretatywny ma odzwierciedlać codzienną rzeczywistość badanych, odwołując się do subiektywizmu. W paradygmacie interpretatywnym człowiek jest działającym aktorem, praktycznie zaangażowanym w przestrzeń swojego życia. Elementy otaczającego go świata nie są dla niego neutralne, lecz obdarzone znaczeniami, które są podatne na zmianę, a ich przekaz dokonuje się w interakcjach społecznych. Paradygmat interpretatywny ma w tym sensie socjologiczny charakter, u jego podstaw tkwi wyobrażenie społeczeństwa, zbiór konstytuujących je założeń. Zawiera on również koncepcję człowieka. Podmiot obdarzony jaźnią, której racjonalność i refleksyjność nie polegają na zdolności odtwarzania „programu” struktury społecznej i kultury, lecz na tworzeniu uporządkowanego toku działania i interakcji mocą nieustannej interpretacji znaczeń budowanych i podtrzymywanych wspólnie z innymi (Piotrowski 1990 s.25). Najistotniejszą bowiem właściwością, sensem pedagogiki, myśli teoretycznej na przestrzeni wieków była dążność do poznania tajemnicy tworzenia, ochrony i ciągłej rekonstrukcji ludzkiej jakości człowieczeństwa (Prokopiuk, 2006, s. 133).

Za propozycją Yvonny S. Lincoln i Egona G. Guby (2009) przyjmuje się pięć głównych współczesnych paradygmatów: pozytywistyczny, postpozytywistyczny, teorii krytycznej (i pokrewnych), konstruktywistyczny oraz partycypacyjny (Guba, Lincoln 2009, s. 271).

Przyjęto w badaniach paradygmat podmiotowo- partycypacyjny. W kontekście proponowanego paradygmatu badacz jest przygotowany do takiego prowadzenia badań, które będzie zorientowane na dobro wspólne podmiotów badania, co umożliwi nie tylko konstruktywne rozwiązanie problemu, znalezienie trafnych, rzetelnych, zgodnych z prawdą odpowiedzi na nie, ale także pozwoli na transformację badanej rzeczywistości. W imię przyjętej zasady uczestnictwa i dobra wspólnego jako badacz nie może stawiać chęci naukowego

z głębień tematu ponad wartości i cele terapii i ogólnie przyjęte dobro pacjenta. Dlatego kobieta uczestnicząca w badaniu, opowiadająca często bolesne i traumatyczne doświadczenia ze swojego życia musi być po tej narracji zaopiekowana emocjonalnie, umocniona i dowartościowana. Należy zaznaczyć, że badanie jest bardzo wartościowe również przez to, że badaczka jest osobą pracującą jako terapeutka z 20 letnim stażem i współtwórcą ośrodka. Badanie byłoby trudne, a wywiady mało wnoszące do zrozumienia uzależnionych kobiet lub też w ogóle nie byłoby możliwe, gdyby było prowadzone przez osobę z zewnątrz, nie mającą umiejętności i doświadczenia terapeutycznego. Mogłoby nawet przynieść negatywne skutki.

3. 1.2. Jakościowa strategia badawcza

Głównym celem nauki jest gromadzenie wiedzy, obiektywne i rzetelne poznanie prowadzone przy użyciu trafnych narzędzi. Tadeusz Pilch (2010) wymienia dwie strategie badawcze: strategię badań ilościowych oraz strategię badań jakościowych.

Teoretycy badań naukowych w pedagogice podkreślają, że pod pojęciem badania jakościowe kryje się mozaika różnych teorii, stanowisk teoretycznych, punktów widzenia, metod, typów i rodzajów badań społecznych wywodzących się przede wszystkim z socjologii. Ponadto zaznaczają, że badania jakościowe to sposoby diagnozowania i analizowania zjawisk w ich kontekście historyczno-społecznym i podmiotowym. Badania jakościowe wywodzą się ze wspólnego korzenia nauk społecznych, humanistycznych, zorientowanych na kulturę i wartości (Smolińska- Theiss, Theiss 2010).

Pełną definicję badań jakościowych podają w zredagowanym przez siebie podręczniku Norman Denzin i Yvonna S. Lincoln. Badanie jakościowe są aktywnością, która umieszcza obserwatora w świecie. Składa się z zespołu interpretatywnych praktyk, które czynią świat widzialnym. Praktyki te przekształcają świat. Przeobrażają go w serię reprezentacji, takich jak notatki terenowe, wywiady, rozmowy, fotografie, nagrania i własne uwagi. Na tym poziomie badania jakościowe to interpretatywne, naturalistyczne podejście do świata. Oznacza to, że badacze jakościowi badają rzeczy w ich naturalnym środowisku, próbując nadać sens lub interpretować zjawiska przy użyciu terminów, którymi posługują się badani ludzie (Denzin, Lincoln 2009, s. 23).

Badacz zmierza do poznania tego, w jaki sposób badane zjawisko rozumie i jaki nadaje mu sens osoba uczestnicząca w badaniach. Interesuje go subiektywny punkt widzenia uczestnika badań, a także społeczny kontekst zjawiska. Celem badań jest tutaj nie tyle opis obiektywnej rzeczywistości co jej zrozumienie (Skibińska 2006, s. 326).

Przyjęty został **interpretatywny model badań jakościowych**. Model ten jest najlepiej dostosowany do wskazanej problematyki badań. Dotyczy ona bowiem problemów związanych z wykluczeniem społecznym, marginalizacją, stygmatyzacją oraz ogólnie nazwanym problemem choroby w wymiarze fizycznym, psychicznym i duchowym jakim jest uzależnienie. W badaniach jakościowych łatwiejsze niż w badaniach ilościowych jest też dotarcie do złożoności i osobliwości badanych zjawisk.

Badanie jakościowe będzie miało następujące cechy: sprawdzenie adekwatności procedury badawczej w stosunku do badanego zagadnienia, empiryczne ugruntowanie teorii i empiryczne sprawdzenie teorii, wskazanie granic ważności wyników, refleksje nad subiektywnością.

Badania jakościowe charakteryzują się również odmiennym podejściem do teorii. W jakościowej strategii badań podejście do teorii może być radykalnie różne od strategii ilościowej, w której stanowi punkt wyjścia. Badacze jakościowi albo teorię tworzą albo istniejące teorie stają się dopiero punktem odniesienia do stworzonych koncepcji (Ciechowska, Szymańska 2018).

W badaniach jakościowych w niniejszej pracy oparto się na paradygmacie interpretatywnym, czyli związanym z wnioskowaniem indukcyjnym, gdzie nie przyjmuje się wstępnych hipotez, ponieważ hipoteza jest efektem analiz (por. Denzin, Lincoln 1998).

Zrezygnowanie z początkowych hipotez ma na celu zachowanie otwartości i kreatywności w podejściu do problemu. Celem badań jakościowych nie ma być weryfikacja lecz pogłębione rozumienie zjawiska. Hipotezy mogą pojawić się na późniejszym etapie badań, będąc rezultatem konstrukcji myślowej badacza, opartej na przeanalizowaniu danych. Badacz chce wyjaśnić zjawisko, gdyż zauważa brak wyjaśnienia zjawiska lub poszukuje alternatywy do istniejących tłumaczeń. Jednocześnie rozumiałe jest, jak twierdzi Fabiś (2018), że całkowite odrzucenie posiadanej przez badacza wiedzy jest niewłaściwe, jest ona bowiem niezbędna do projektowania, prowadzenia badań i późniejszej analizy zebranych danych. Jak stwierdza Rubacha (2008) nie ma poznania bez założeń, a raczej, że wszelkie poznanie jest możliwe jedynie w ramach określonych założeń (Rubacha 2008, s. 161). Dlatego też wybrane koncepcje posłużyły autorce przedstawianych badań do stworzenia pewnych ram teoretycznych, które kierunkują czynności badawcze.

Posługując się metodami jakościowymi badaczka chciała docierać bardziej w głąb badanego zjawiska jakim jest autonomia relacyjna kobiet uzależnionych od alkoholu. Obrane metody dały możliwość poszerzenia perspektywy jego oglądalności, kontekst. Zdaniem Tadeusza Pilcha (1995) badania jakościowe są szczególnie przydatne kiedy chcemy przyjrzeć

się zjawiskom w ich kontekście, gdy chcemy je poznać takimi jakie są a nie stwierdzić, czy zgadzają się z naszym o nich mniemaniem. Przydatne są zwłaszcza wtedy, gdy badane zjawisko dotyczy problemów uznawanych przez badanych za intymne, prywatne (Pilch 1995). W przypadku poznania rzeczywistości uzależnionych kobiet występuje szczególne uwarunkowanie poczucia wstydu problemu. Zjawisko uzależnienia od alkoholu jest z pewnością rzeczywistością złożoną a kontekst kobiecy jest tutaj bardzo znaczący. Uzależnienie od alkoholu u kobiet obarczone jest dużą trudnością rozmowy o nim. Jest to związane z poczuciem winy i wstydu w związku z uzależnieniem a także stygmatyzacją pijących kobiet w odbiorze społecznym.

W wywiadach wzięły udział kobiety będące w procesie terapeutycznym w ośrodku leczenia uzależnień przeznaczonym wyłącznie dla kobiet, gdzie doświadczają zrozumienia dla ich problemów oraz poczucia bezpieczeństwa. Mają także z biegiem trwania terapii, zwłaszcza grupowej, kiedy słuchają innych kobiet, większą świadomość własnych problemów. Sprzyjało to wzrostowi świadomości i umiejętności mówienia o swoich doświadczeniach w trakcie badań.

Istotne jest w związku z tym założenie, aby kobiety uczestniczące w badaniu metodą wywiadu narracyjnego były już na końcowym etapie terapii w OTUK, która trwa od 6 do 8 tygodni i ma swoje etapy. Sprzyjało to refleksji kobiet na temat dotychczasowych doświadczeń życiowych oraz uwarunkowań rozwoju autonomii i uzależnienia.

Wybór jakościowej strategii badawczej wynikał również z faktu, iż badaniach jakościowe podkreśla się wartość rozpoznawanie problemów społecznych w warunkach naturalnych. Badania prowadzone były w rzeczywistości terapii uzależnień, gdzie kobiety przepracowują swoje doświadczenia uzależnienia ale też budują autonomię i wiedzę i doświadczenie dobrych relacji międzyludzkich. Istotne też było, dla wyboru niniejszej strategii, iż badania jakościowe dają możliwość podmiotowego traktowania badanych osób, dużą wagę przywiązując się w badaniach do partnerskiego traktowania badanych i liczenia się z ich kompetencjami. Badaczce przyświecała idea oddania głosu uzależnionym kobietom.

Autorka przekonała się, iż jakościowa strategia badawcza wbrew przekonaniom laików jest bardzo wymagająca. Niezbędna okazała się przede wszystkim wiedza, otwartość i wrażliwość poznawczo-teoretyczna, a także gotowość do podjęcia swego rodzaju ryzyka. Nigdy nie wiadomo bowiem, co się ostatecznie osiągnie, a nawet, co dokładnie będzie się badało. Ale praktykowanie podejścia jakościowego te umiejętności u badacza kształtuje.

3.1.3. Metoda biograficzna w badaniach nad uzależnieniem kobiet

Wyborem dokonany przez autorkę pracy jest perspektywa biograficzna, której przyjęcie było kolejnym krokiem w konceptualizacji badań, zaraz po pojawieniu się pomysłu na badanie. W niniejszych badaniach nad autonomią uzależnionych kobiet perspektywa biograficzna jest nieunikniona. Narratorki podejmując tematykę cierpienia, uzależnienia czy kształtowania tożsamości, muszą odwoływać się do swojej biografii, interpretować ją.

Autorka przyjęła szerokie rozumienie biograficznej perspektywy badawczej, która jak stwierdza Danuta Urbaniak-Zajac (2011) obejmuje dużą różnorodność praktyki prowadzenia badań. Z tej różnorodności wynika stwierdzenie, że metoda biograficzna nie jest metodą rozumianą jako układ czynności, jej specyfikę ma raczej określać przedmiot zainteresowań-biografia. Okazuje się jednak, że ten przedmiot też nie jest jednoznaczny. Pod nazwą biografia kryją się odmienne konstrukty teoretyczne. Trudno więc mówić o jednej metodzie biograficznej. Być może dla zasygnalizowania zainteresowania materiałami biograficznymi korzystniej jest mówić o biograficznej perspektywie badawczej, w ramach której możliwe są różne metody (Urbaniak-Zajac 2011, s. 17).

Sposoby badania biografii, jak wiele badań empirycznych w pedagogice zapożyczone zostały z socjologii. Socjologiczny rodowód badań biograficznych nie oznacza jednak ani schematyzmu w postępowaniu pracującego z biografią pedagoga, ani nie wyklucza indywidualnych sposobów rozumienia, interpretowania materiału biograficznego (Karkowska 2022).

Z perspektywy pedagogicznej, badania biograficzne zazwyczaj koncentrują się na wielowymiarowych procesach uczenia się w toku biografii i w oparciu o biografię (Dubas, Świtalski, 2011) bądź na eksplorowaniu indywidualnych sposobów przekształcania środowiska z założeniem, że ostateczny kształt biografii zależy nie tylko od uwarunkowań środowiskowych, ale też od decyzji, doświadczeń i woli podmiotu. Celem badań biograficznych w pedagogice jest rekonstrukcja najważniejszych wątków w narracyjnej opowieści, podejmowana po to, by przybliżyć procesy kształtowania tożsamości jednostkowej (Karkowska, 2021).

Badacz może w tym przypadku wybrać zdarzenie z życia badanych lub serię zdarzeń, które zamierza poddać analizie, by zrozumieć, jak osoby go przeżywają, jakie nadają mu znaczenie, jak radzą sobie z tym zjawiskiem (Flick, 2010).

Pozyskiwanie danych przetworzonych przez narratora, który nadaje im znacznie, umiejscawia je w szerokim kontekście społecznym na przestrzeni swojego życia. Powiązane są

one z wartościami, emocjami, postawami i wyborami badanych kobiet. Wartością biografii jest wieloznaczność nadawanych sensów życiu, skomplikowanie i niejednoznaczność, a nawet sprzeczność (Fabiś, 2018). Każda opowieść o życiu nacechowana jest oryginalnością i niepowtarzalnością. Kolejnym atutem biografii jest podmiotowość osoby uczestniczącej w badaniach.

Przedstawianie własnej historii daje możliwość stworzenia autorskiej, indywidualnej opowieści, wyeksponowania swojej roli, bowiem każda narracja autobiograficzna jest konstrukcją jednej z wielu wersji własnej historii życia (Skibińska 2009, s. 60).

Ważnym aspektem podejścia biograficznego jest stawianie w centrum i dowartościowanie perspektywy badanego. Niewątpliwie relacja osoby uczestniczącej w badaniach z badaczem oraz sam proces badawczy mogą mieć charakter terapeutyczny, mogą pomóc wyzwolić się od trudnych myśli, spojrzeć na wydarzenia z życia z nowej perspektywy, skłonić do głębszej refleksji. Sytuacja wywiadu może stać się elementem realizacji dydaktyki biograficznej (Dominice 2006; Czerniawska 2007; Skibińska 2009).

Choć badania biograficzne nie upoważniają do generalizacji pozyskanych danych, to jednak badacz biografii, bazując na wyjątkowym poznawczo materiale, może oczekiwać, że jego doświadczenie badawcze pozwoli mu dostrzec, przez pryzmat jednostkowych doświadczeń, do ogólnych i uniwersalnych prawidłowości losu ludzkiego (Dubas 2015, s. 43).

W teoretycznym opracowaniu metodologii badań w perspektywie biograficznej nawiązano do **koncepcji biograficznych ścieżek życia**. Koncepcja ta zakreśla perspektywę rozwoju osoby dorosłej w cyklu życia, w której uwzględnia się jej indywidualne wybory, dążenia, ograniczenia i działania układające się w tzw. biograficzne ścieżki (Bynner, 2005).

Biograficzność wspomnianych ścieżek jest pewną metaforą retrospektywnego odniesienia się do własnego życia rozumianego jako procesu konfrontowania własnego doświadczenia ze zmieniającym się światem zewnętrznym (Lalak 2010, s. 394). Osoba dorosła, będąc podmiotem konstruującym własną biografię działa intencjonalnie, kierując się chęcią realizacji własnych planów i aspiracji. Ma jednak świadomość złożoności i nieokreśloności sił zewnętrznych, które na nią działają, rzutując na jej los niezależnie od jej planów i woli (Skibińska, 2006).

Zmienność i dynamiczność sił zewnętrznych nie pozbawia jednak osoby dorosłej możliwości samostanowienia i działania zdeterminowanego od wewnątrz, podejmując trud biograficznego kreowania życia (Brygoła, 2010). Biograficzne ścieżki życia są zatem kształtowane przez trwające w dynamicznym napięciu zróżnicowane czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Z tego też powodu John Bynner (2005) nie mówi o jednej drodze, lecz o wielu

ścieżkach, które składają się w sieć powiązanych ze sobą wydarzeń biograficznych ewoluujących na przestrzeni życia (Bynner 2005).

W biografii uzależnionych kobiet bardzo wyraźnie ujawniają się dynamiczne ścieżki życia a także momenty przejścia, będące **punktami zwrotnymi** utożsamianymi z sytuacjami kryzysowymi, czy też granicznymi. Sytuacje kryzysowe bowiem są dla osoby dorosłej ryzykiem, ale też stwarzają jej szansę własnej autokreacji (Manenti, 2006).

W biografii w związku z aktywnym konstruowaniem własnego życia ujawnia się proces wytyczenia nowych ścieżek biograficznych wpisujących się w zmianę progresywną w procesie rozwoju. Z kolei w przypadku pasywnego podporządkowania się losowi skutkującym dalszym trwaniem przy dawnej ścieżce proces utożsamiany jest ze zmianą regresywną. Wiąże się to z podmiotowym aspektem funkcjonowania osoby dorosłej, która jako podmiot konstruujący własną biografię na drodze osobowej autokreacji świadomie podąża indywidualnie wytyczanymi ścieżkami biograficznymi (Wąsiński, 2011).

Warto wspomnieć aspekt nadawanie znaczeń i sensów poszczególnym ścieżkom oraz interpretatywne odniesienie się do nich. Kluczową kategorią jest więc potrzeba poczucia sensu własnych wyborów i dążeń życiowych (Frankl, 2010).

Wspomniana koncepcja ścieżek biograficznych podkreśla, co jest wyjątkowo istotne dla problematyki badań, znaczenie uwarunkowań wewnętrznych związanych z kapitałem tożsamościowym osoby dorosłej. Chodzi m.in. o jej walory autonomiczne takie jak poczucie własnej skuteczności i samowystarczalności, wewnętrzne poczucie kontroli, odkrywanie zobowiązań i egzystencjalne poczucie sensu życia, które pozwalają pokonywać różne przeciwności napotkane w biegu życia (Zagórska i in., 2012).

W niniejszej pracy wykorzystana została zatem perspektywa biograficzna realizowana za pomocą wywiadu narracyjnego i przedstawienia piciorysu. Wiele argumentów przemawiało za tym, że to właśnie wywiad z elementami biograficznymi będzie najlepiej odpowiadał założeniom metodologicznym projektu. Utwierdziło to badaczkę w przekonaniu o słuszności wyboru metody, dając pewność, że zamierzone cele badań tj. poznanie i zrozumienie uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu zostaną osiągnięte.

3. 2. Przedmiot, cele badań, problematyka badawcza

Przedmiot badań wywodzony jest zazwyczaj z dwóch źródeł. Pierwszy wynika z problematyczności jakichś aspektów praktyki edukacyjnej własnej lub innych osób znanych badaczowi. Drugim źródłem są analizy stanu badań naukowych i literatury przedmiotu, i

przyjmuje postać niedosytu z cudzych badań, zachęcającego do ich powtórzenia z innymi założeniami czy uwarunkowaniami (Rubacha 2008).

Potrzeba podejmowania badań naukowych ma swoje źródło w aktualności problemów jakie usiłuje się za ich pomocą rozwiązać (Łobocki 2006, s.16). Uzależnienie od alkoholu wśród kobiet jawi się jako problem ważny i wyjątkowo aktualny. Biorąc pod uwagę aktualny stan badań nad zagadnieniem uzależnienia od alkoholu kobiet w Polsce, podjęty projekt badawczy miał także na celu wypełnienie luki o istotną kategorię zaburzeń autonomii relacyjnej w przebiegu uzależnienia u kobiet.

Ramy celowe i przedmiotowe uchronią badacza od niepotrzebnego rozproszenia wysiłków badawczych. Nie można zbadać wszystkich uwarunkowań ani wszystkich aspektów badanego zjawiska, stąd tak ważny jest doprecyzowany cel badania oraz szczegółowe problemy badawcze.

Za przedmiot badań przyjęto zjawisko autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu. Podmiotem badań są kobiety uzależnione od alkoholu, leczone się w Ośrodku Uzależnień Kobiet im. Matki Teresy z Kalkuty w Międzyrzeczu Górnym.

Zgodnie z przyjętym paradygmatem celem badań w niniejszej pracy jest poznanie i zrozumienie uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu będących w procesie leczenia w Ośrodku Uzależnień Kobiet im. Matki Teresy z Kalkuty w Międzyrzeczu Górnym.

W ramach tak sformułowanego celu szczególnie istotne było dotarcie do subiektywnych znaczeń jakie kobiety uzależnione nadają swoim doświadczeniom dotyczącym autonomii relacyjnej i zbudowanie ich typologii oraz podjęcie próby stworzenia modelu obejmującego główne wymiary uwarunkowania autonomii relacyjnej uzależnionych kobiet. Określone to zostało jako cel teoretyczny.

Istotnym celem pracy jest bowiem nie tylko poznanie poziomu autonomii i przedstawienie uwarunkowań autonomii uzależnionych kobiet w kontekście etiologii i rozwoju ale także wskazanie na znaczące przejawy czy istotne cechy badanego zjawiska (Kubinowski, 2010, s. 57).

Badania pedagogiczne nieodłącznie związane są z przekształcaniem rzeczywistości i projektowania zmiany proosobowej i prospołecznej (Kubinowski, 2008). W konsekwencji istotne będzie także odniesienie wniosków z badań do praktyki poprzez odnalezienie obszarów wsparcia, tworzenia odpowiednich kontekstów terapii, wskazanie rozwiązań w działaniach na rzecz rozumienia specyfiki kobiecego uzależnienia i wsparcia rozwoju ich autonomii. Autorka badań dostrzega tu miejsce dla szeroko rozumianej działalności edukacyjnej i użyteczności

praktycznej w pracy z kobietami uzależnionymi, rozciągając swoje wnioski na grunt edukacji przez całe życie i samowychowania. Jest to bardzo istotnym celem badań.

Problem, który ma zostać rozwiązany w podjętej pracy to odpowiedź na pytanie: jakie są uwarunkowania autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu?

Tak postawione pytanie główne generuje szereg pytań szczegółowych, które ewoluowały podczas kolejnych etapów procedury badawczej. Koncentrują się one wokół specyfiki poziomu i rozwoju autonomii uzależnionych kobiet.

Rozwinięciem pytania głównego jest sformułowanie następującej mapy problemów szczegółowych:

1. Jak przejawia się autonomia relacyjna w relacjach interpersonalnych badanych kobiet uzależnionych od alkoholu?

2. Jak był wspierany rozwój autonomii relacyjnej w środowisku rodzinnym badanych kobiet uzależnionych od alkoholu?

3. Jakie czynniki osobowe wspierały rozwój autonomii relacyjnej badanych kobiet uzależnionych od alkoholu?

4. Jak przejawia się autonomia relacyjna w wyborze wartości przez badane kobiety?

5. Jak przejawia się autonomia relacyjna w podejmowaniu decyzji przez badane kobiety?

6. Jak uzależnienie zaburzyło przebieg procesu rozwoju autonomii relacyjnej u badanych kobiet?

Biorąc pod uwagę aktualny stan badań nad zagadnieniami związanymi ze specyfiką kobiecego uzależnienia, podjęty projekt badawczy ma także na celu wypełnienie tej luki o kategorię uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu.

Potrzeba podjęcia badań naukowych w obszarze uzależnienia kobiet podyktowana była aktualnością podejmowanej problematyki. Celem projektu badawczego jest więc również zastosowanie implikacji z badań do praktyki w zakresie skuteczniejszej pomocy uzależnionym kobietom w wyjściu z nałogu. Zastosowanie wyników badań przyczyni się to lepszemu dostosowania podejścia terapeutycznego do potrzeb kobiet zmagających się z uzależnieniem.

Analizie poddano wypowiedzi, które badane kobiety zawarły w biograficznej narracji doświadczeń pojawiających się na przestrzeni całego życia. Drugim objętym analizą rodzajem wypowiedzi był piciorys.

3.3. Dobór próby, opis grupy badanej

W badaniach zastosowano celowy dobór próby, metodę polegającą na dobieraniu elementów populacji wyłącznie na podstawie indywidualnej decyzji badacza, który wykorzystuje w tym celu swoją wiedzę oraz doświadczenie. Kluczowe znaczenie miały tu trzy warunki: płeć osoby badanej (pod uwagę były brane tylko kobiety); bycie pacjentką Ośrodka Terapii Uzależnień Kobiet im. Matki Teresy z Kalkuty na końcowym etapie terapii oraz wiek kobiet uzależnionych.

Zastosowany w badaniach celowy dobór próby umożliwił dobór przypadku ze względu na to, iż znajduje w nim odzwierciedlenia pewna cecha bądź proces, który badacza interesuje. Celowy dobór próby wymaga krytycznego spojrzenia na wskaźniki występujące w populacji, które dotyczą obszaru zainteresowania badawczego (Denzin, Lincoln, 1994).

Teoretyczny dobór próby jest równoznaczny z dokonaniem wyboru grup lub kategorii badawczych na podstawie ich znaczenia dla pytań badawczych oraz zaplecza teoretycznego i co najważniejsze dla wyjaśnień których poszukuje badacz. Teoretyczny dobór próby ogniskuje się wokół stworzenia próby istotnej teoretycznie gdyż stanowi ona podstawę dla powstania określonej charakterystyki lub kryteriów umożliwiających rozbudowanie i testowanie teorii oraz dokonywania wyjaśnień (Mason, 1996, s.93).

Ostatecznie do analizy zostało zakwalifikowanych 12 narracji. Zgromadzony materiał badawczy spełnił w moim przeświadczeniu kryterium teoretycznego nasycenia (Konecki, 2000) kategorii uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu, leczących się w OTUK.

Mimo że historia życia każdej z pacjentek jest bardzo bogata i unikatowa i mogłaby uszczegółowić pewne aspekty rozważań uznałam, że zebrany materiał jest wystarczający dla rozumiejącego wglądu w specyfikę kobiecego doświadczenia rozwoju autonomii w kontekście relacyjnym u uzależnionych kobiet.

Prowadząc badania jakościowe badaczka korzystała z możliwości zachowanie dużo większego stopnia elastyczności przy uwzględnieniu zaplecza teoretycznego niż w badaniach ilościowych. W badaniu zastosowano zabieg, zgodny z przyjętą perspektywą badań jakościowych, zmiany wielkości próby w trakcie badania. Mason (1996) twierdzi, że teoretyczny lub celowy dobór próby stanowi zestaw procedur w ramach których, w trakcie procedury badawczej badacze interaktywnie manipulują własnymi analizami, teoriami oraz technikami doboru próby w dużo szerszym zakresie niż zdarza się w statystycznych modelach doboru próby (Mason, 1996).

Badania rozpoczęto w sierpniu 2020 roku. Przeprowadzono badania pilotażowe wprowadzające badacza w problematykę i metodę prowadzenia wywiadów. Po rozpoznaniu potrzeby pogłębienia umiejętności prowadzenia badań metodą biograficzną w oparciu o wywiad narracyjny badaczka skupiła się na zdobyciu umiejętności potrzebnych do prowadzenia takich badań. Umiejętności te opisane są w literaturze przedmiotu jako kompetencje narracyjne. W celu pogłębienia tych umiejętności rozumienia biografii kobiet uzależnionych od alkoholu, umiejętności słuchania kobiet autorka zwiększyła swą wiedzę psychologiczną poprzez studia magisterskie z psychologii. W tym czasie autorka uczyniła z wywiadu narracyjnego metodę pracy indywidualnej z pacjentkami ośrodka terapii uzależnień kobiet. Badaczka zauważyła pozytywny terapeutyczny wpływ prowadzonych tą metodą spotkań na uzależnione kobiety.

Po roku badaczka podjęła decyzję o rozpoczęciu badań właściwych. Mając u podstaw nabyte doświadczenie, umiejętność radzenia sobie z problemami, które wnoszą kobiety uzależnione w wywiadzie oraz umiejętność pracy nad własnymi reakcjami emocjonalnymi na te problemy.

Niemożliwe jest ustalenie z góry ilości osób biorących udział w badaniach w strategii badań jakościowych (Okólska, 2020). Odwołując się jednak do zaleceń z literatury przedmiotu, autorka starała się dążyć do teoretycznego nasycenia próby, co oznacza sytuację, w której każdy kolejny przypadek nie wnosi nic nowego do wygenerowanych wcześniej wniosków.

Badania te zaplanowane były na przeprowadzenie 20 wywiadów narracyjnych. Po opracowaniu 12 wywiadów badaczka stwierdziła nasycenie teoretyczne i problemowe próby. Zebrany materiał był na tyle obszerny i wyczerpujący, że stwierdzono, iż każdy następny wywiad nie wnosi już istotnych elementów do zrozumienia i rozwiązania problemu badawczego.

Pierwszym, podstawowym kryterium doboru próby była płeć oraz diagnoza uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Ważnym kryterium przyjętym przez badaczkę był etap końcowy pobytu w ośrodku OTUK.

Istotne kryterium celowego doboru próby związane było z wybraną perspektywą biograficzną i można je nazwać postawą biograficzną uczestniczek badań. Obejmowało pewne predyspozycje narratorek do łatwego i przystępnego formułowania swoich myśli, przeżyć, emocji, a także otwartość, autentyczność i chęć dzielenia się swoją biografią. Drugim kryterium był wiek. Wiek ten przyjęty zgodnie z klasyfikacją Napierały i Trempały (Harwas-Napierała, Trempała 2000, s. 15). Okres wczesnej dorosłości od około 20 do 35/40 lat (7 wywiadów), okres średniej dorosłości od około 35/40 do około 55/60 lat (5 wywiadów).

Ograniczenie wiekowe w podejmowanych badaniach do wieku średniego związane było z bardzo dużą specyfiką funkcjonowania na terapii kobiet starszych. Jako jeden z nielicznych ośrodków OTUK przyjmuje kobiety w starszym wieku, wypracowane zostały sposoby prowadzenia skutecznej pracy terapeutycznej, jednak obszar badań uzależnienia w starszym wieku wymaga odrębnego omówienia. Podobnie rzecz ma się z osobami bardzo młodymi, które również trafiają do ośrodka. Problematyka dotycząca młodych kobiet jest również odmienna, charakterystyka problemów związanych z kształtowaniem się ich autonomii mogłaby być tematem odrębnej pracy badawczej.

Spełnienie przyjętych kryteriów w doborze próby nie przysporzyło autorce pracy żadnych trudności. Kobiety chętnie brały udział w badaniu a ich motywacja była wzmocniona przez dowartościowanie ich doświadczeń i wpływ udziału w badaniach na poszerzenie wiedzy o problemach uzależnionych kobiet i skuteczniejszej pomocy w tym obszarze.

W procedurze badawczej zadbano o świadomy udział kobiet w badaniu. Wszystkie kobiety zaproszone do badań otrzymały odpowiednie informacje dotyczące projektu badawczego, tematyki podejmowanej w wywiadzie oraz zapewnienie o poufności zebranych danych. Czas trwania wywiadów był zróżnicowany i zależał od decyzji samej Narratorki co do obszerności swoich wypowiedzi. Czas trwania wywiadów wahał się od półtorej godziny do trzech godzin. Czas trwania opowiadania swojego piciorysu wynosił we wszystkich przypadkach ok. godziny. Każdy z wywiadów został przeprowadzony podczas jednego bezpośredniego spotkania. Piciorys został wysłuchany podczas spotkania terapii grupowej. Badane kobiety przekazały badaczce również swój piciorys w wersji pisemnej.

Wypowiedzi, które posłużą egemplifikacji przedstawianych tez, opisów, charakterystyk, nie poddane zostały żadnej korekcie stylistycznej, bywają więc czasem niepoprawne językowo. Mimo to pozostawiono cytowane wypowiedzi bez ingerencji badacza widząc w tym wartość autentyczności i lepszego zrozumienia przekazu.

W celu zachowania poufności uczestniczek badań wszystkie imiona zostały zmienione, zrezygnowano jednak z symboli – często zastępujących prawdziwe imiona, by podkreślić podmiotowość narratorek i by łatwiej można było identyfikować wypowiedzi z wcześniej już uzyskanymi danymi.

Każde ze spotkań miało dla Narratorek wartość edukacyjną wynikającą z podjęcia namysłu nad własnymi doświadczeniami biograficznymi. Zadawane przez badaczkę pytania prowokowały głębszą refleksję, co sygnalizowały badane kobiety, wskazując, że wcześniej nie zastanawiały się nad niektórymi poruszonymi w wywiadzie tematami. Wspominając wydarzenia minione i podejmując namysł nad ich znaczeniem we własnej biografii, miały

okazję zobaczyć ich sens i znaczenie dla ich dalszego życia, dostrzec wcześniej niezauważane konteksty wydarzeń.

Charakterystykę Narratorek, których wypowiedzi zostały poddane analizie jakościowej, zawarto w Tabeli nr 1.

| I.p. | imię | wiek | zawód | wykształcenie | Stan cywilny /dzieci | uzależnienia | choroby współwystępujące | uzależnienia w rodzinie |
|-------------|-------------|-------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|---|--|
| 1 | Katarzyna | 60 | lekarz | wyższe | mężatka/3 | alkohol, leki | depresja, choroba afektywna dwubiegunowa | ojciec, dwóch braci, alkohol |
| 2 | Agata | 39 | pedagog | wyższe | mężatka/2 | alkohol, leki | depresja, neuropatia | ojciec, alkohol, brat narkotyki |
| 3 | Ola | 33 | nauczycielka | wyższe | panna/0 | alkohol, leki, narkotyki, seks | anoreksja | ojciec, alkohol |
| 4 | Justyna | 55 | farmaceutka | wyższa | mężatka/2 | alkohol, leki | zaburzenia krążenia | ojciec alkohol |
| 5 | Blanka | 22 | studentka | średnie | panna/0 | narkotyki, alkohol | anoreksja, bulimia | dziadkowie, alkohol |
| 6 | Małgorzata | 45 | zootechnik | średnie | panna/0 | alkohol | marskość wątroby | rodzice, dziadkowie, wujkowie, alkohol |
| 7 | Wiola | 38 | informatyk | wyższe | mężatka/2 | alkohol, | depresja, choroba autoimmunologiczna | ojciec, mąż, alkohol |
| 8 | Ewelina | 30 | fryzjerka | zawodowe | panna/0 | alkohol, narkotyki | padaczka alkoholowa, marskość wątroby | partner, alkohol |
| 9 | Celina | 29 | nauczycielka | wyższe | mężatka/0 | alkohol, leki, | zaburzenia adaptacyjne, lękowe, lęk społeczny | brak |
| 10 | Danuta | 46 | sprzedawca | średnie | mężatka/3 | alkohol, leki | depresja | ojciec, brat alkohol |
| 11 | Zofia | 24 | studentka | średnie | panna/0 | alkohol, narkotyki | anoreksja | dziadkowie, alkohol, brat, narkotyki |
| 12 | Ruta | 41 | teolog, pedagog, siostra zakonna | wyższe | panna/0 | alkohol, leki | depresja, zaburzenia krążenia | rodzice, dziadkowie alkohol |

Tabela 1. Charakterystyka ogólna kobiet biorących udział w badaniu. Źródło: opracowanie własne

3.4. Miejsce prowadzenia badań

Badanie zostało przeprowadzone w Ośrodku Terapii Uzależnień Kobiet im. Matki Teresy z Kalkuty w Międzyrzeczu Górnym. Ośrodek powstał w 2016 roku z inicjatywy grupy terapeutów związanych ze wspólnotą AA, często z doświadczeniem własnego uzależnienia i niesienia pomocy osobom cierpiącym z powodu bycia w nałogu. W ośrodku realizowany jest autorski program terapeutyczny skierowany do uzależnionych kobiet w oparciu o model Minnesota, który jest połączeniem terapii psychologicznej oraz drogi trzeźwienia wg 12 kroków AA. Program dostosowany jest do potrzeb kobiet uzależnionych i zawiera pracę w obszarach charakterystycznych dla kobiecego uzależnienia. Program terapii uzależnionych od alkoholu kobiet obejmuje następujące moduły: skupienie się na sobie, odbudowę tożsamości i poczucia wartości, integrację ról z uczuciami, myślami i postawami, zdrowe relacje międzyludzkie; seksualność; duchowość, przepracowanie przeżytej traumy. Program ośrodka opiera się na podejściu zintegrowanym w terapii. Proces leczenia dotyczy wszystkich sfer człowieka: fizycznej, psychicznej, społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania w rolach społecznych oraz sfery duchowej. W programie terapeutycznym realizowane jest to poprzez terapię psychologiczną grupową i indywidualną, warsztaty dotyczącej pełnienia ról społecznych, warsztaty dotyczące relacji oraz szczególnie cenne, zdaniem pacjentek warsztaty na temat duchowości kobiety. Ważne jest, aby program terapeutyczny skierowany był nie tylko do uzależnionej kobiety, ale i całej jej rodziny. W ośrodku realizowane są zajęcia skierowane do całej rodziny osoby uzależnionej. Twórcą programu ośrodka jest autorka niniejszej rozprawy. Terapię w ośrodku ukończyło już kilkaset kobiet, w wieku od 18 do 75 lat.

Wybór miejsca pozyskania osób do badań był podjęty bardzo świadomie. Jest to jedyny ośrodek w Polsce prowadzący terapię uzależnień w jednorodnej grupie kobiecej, z programem skierowanym wyłącznie do kobiet. Jak wskazują doświadczenia prowadzenia terapii uzależnień innych państwach na przykład w USA czy państwach skandynawskich ośrodki prowadzone wyłącznie dla kobiet osiągają bardzo dużą skuteczność w leczeniu. Jest to związane z tym, że program realizowany w tych ośrodkach dotyka sfer, które są bardzo intymne, specyficzne dla uzależnionych kobiet. Pracując w grupie kobiet uzyskuje się większe otwarcie i zaufanie z ich strony do omawiania problemów podczas terapii, które często dotyczą traum i trudnych doświadczeń z przeszłości. W grupie kobiet uzyskują one zrozumienie swoich problemów i uczą się o nich rozmawiać. Ideą ośrodka jest również tworzenie społeczności terapeutycznej, w myśl zasady, iż kobiety pomagają kobietom. Podczas prowadzonych wywiadów

narracyjnych można było zauważyć dużą otwartość kobiet w mówieniu o sobie i o swoim uzależnieniu, jak również o doświadczeniach z przeszłości, relacjach czy problemach z autonomią. Ta umiejętność mówienia i otwartości związana jest na pewno z efektami terapii, którą kończą bohaterki narracji. Podczas wywiadów widać dobre efekty jakie przyniosła praca terapeutyczna w grupie kobiet uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

3.5. Procedura gromadzenia danych

Prowadzenie badań naukowych w określonym paradygmacie jest związane z zaplanowaniem etapów podejmowanych działań. Służy to uporządkowaniu procesu badawczego i jego zgodności z wybranym podejściem metodologicznym. W badaniach jakościowych istotne znaczenie ma odpowiednio przygotowana i przeprowadzona procedura gromadzenia i analizy danych. Opracowana procedura badawcza pełni rolę służebną wobec budowanej teorii.

Przyjęta jakościowa strategia badawcza oraz biograficzna perspektywa skutkować musi odpowiednim wyborem metody badawczej. Wybrany został, jako najlepszą formą gromadzenia danych dla przyjętych badawczych założeń wywiad narracyjny oraz piciorys.

3.5.1. Wywiad narracyjny

Wywiad narracyjny jest to metoda powiązana z badaniami jakościowymi, które w szczególny sposób podkreślają istotę jednostki, a w pracy z osobami uzależnionymi wskazane jest indywidualne podejście do osoby i jej rozumienie.

W badaniach została zastosowana metoda wywiadu narracyjnego wypracowanego przez socjologa Fritza Schütze. Najczęściej badacze sięgają po to narzędzie w celu analizy procesów biograficznych (Jakob 2003, s. 112). Dla wywiadu narracyjnego charakterystyczne jest ujmowanie rzeczywistości społecznej z perspektywy jednostki, która w niej uczestniczy (tamże, s. 113). Badani są traktowani jako eksperci w zakresie własnej biografii i to oni decydują o ostatecznym kształcie i przebiegu badania (Teusz, 2002). Ponadto badacz ma jednoczesny dostęp zarówno do przebiegu zdarzeń, jak i związanych z nimi przeżyć badanych co umożliwia zestawianie ze sobą tych dwóch sfer (Prawda 1989). Wywiad narracyjny umożliwia również badanie procesualności zjawisk społecznych. Za pomocą tej metody można śledzić różnego rodzaju przemiany np. stanów uczuciowych, projektów tożsamości, trajektorii zmiany (Jakob 2003, s.113).

Wywiad narracyjny jest wywiadem niestandardyzowanym, co oznacza, że nie ma on sztywnego schematu prowadzenia badań. Komunikacja opowiadającego z badaczem ma charakter bezpośredni. Ponadto wybór techniki podyktowany jest problematyką badań. Założono, że taka forma wywiadu da możliwość swobodnej wypowiedzi i pozwoli na dookreślenie znaczenia doświadczeń uzależnionych kobiet w kontekście ich całego życia.

Podczas prowadzenia badań procesowi biograficznemu i społecznej interakcji, towarzyszą procesy utraty kontroli i cierpienia w narracjach, co wymaga opanowania terapeutycznych aspektów wykorzystywania technik narracyjnych (Rokuszevska-Pawełek, 2006).

W badaniach jakościowych rezygnuje się ze standaryzacji. Preferowanymi sposobami poznawania badanego świata społecznego jest wywoływanie swobodnych wypowiedzi uczestników badań (Szczepanik, 2012). Reguły metodyczne prowadzenia wywiadów narracyjnych w niniejszych badaniach wpisują się w metodę opracowaną przez Fritza Schützego (1997). Jest ona wykorzystywana obecnie przez wielu badaczy jakościowych.

Kaja Kaźmierska (2004) podkreśla, że istotą wywiadu narracyjnego, jest otrzymanie opowieści o życiu, nie będącej sumą odpowiedzi na stawiane pytania, lecz spontaniczną narracją, niezakłóconą interwencją badacza. Twierdzi ona również, że aby uzyskać jakościowo dobry wywiad narracyjny należy przestrzegać ścisłych zaleceń, a także posiadać określone umiejętności (Kaźmierska, 2004).

Kaźmierska wskazuje na pięć etapów prowadzenia wywiadu narracyjnego: faza rozpoczęcia wywiadu, stymulacji do opowiadania, narracji, pytań wewnętrznych i zewnętrznej oraz faza zakończenia wywiadu (Kaźmierska, 2004).

W literaturze przedmiotu wskazuje się na istotność stworzenia odpowiednich warunków do przeprowadzenia wywiadu. W związku z tym, badaczka wybrała specjalnie miejsce w Ośrodku, które sprzyjało warunkom prywatności i braku zakłóceń zewnętrznych w postaci hałasu czy obecności innych osób. Był to pokój spotkań obok kaplicy, z pięknym widokiem na góry i okolicę. Wielokrotnie podczas wywiadów Narratorki wskazywały, że to spojrzenie z góry i to miejsce było dla nich symboliczne. Mogły w nim przy towarzyszeniu badacza spojrzeć z góry na swoje życie.

Rozpoczęcie wywiadu poprzedzone było zapewnieniem o anonimowości pozyskiwanych danych ale także ważne było omówienie celu badań i wskazanie wartości przekazywanych doświadczeń. Wartość ta dotyczyła zarówno celu naukowego badania jak i lepszego zrozumienia problemów kobiet uzależnionych a co za tym idzie możliwości bardziej

skutecznej pomocy poprzez propagowanie wiedzy na temat doświadczeń uzależnionych kobiet w wychodzeniu z nałogu.

Przedstawione zostały też na początku reguły przebiegu wywiadu narracyjnego i określona została rola badacza przeprowadzającego wywiad. Relacja badacz- badany miała podczas wywiadów charakter partnerski. Badaczka starała się wyrażać zainteresowanie opowieścią narratorek w sposób umożliwiający otwarte dzielenie się doświadczeniem. Aby stworzyć atmosferę otwarcia na narrację spotkanie zapoczątkowywała dłuższa wypowiedź badaczki o charakterze osobistym, na temat drogi pokonywania własnych trudności i problemów życiowych. Celem badaczki było zdobycie zaufania kobiet biorących udział w badaniu i tworzenie klimatu prowadzenia zwykłej rozmowy, starano unikać się atmosfery przesłuchania.

Słuchanie miało charakter aktywny jednak na tyle dyskretny aby nie zakłócić przebiegu narracji. Komunikaty stosowane przez słuchającą ograniczały się do mowy ciała lub przytakiwań ukazujących Narratorkom zainteresowanie tematem ich opowieści.

Po skończonej narracji tak zwaną kodą czyli wyraźnym zdaniem kończącym następowała faza zadawania pytań. W pierwszej części były to pytania immanentne dotyczące doświadczeń przedstawionych w narracji przez Narratorkę. Dzięki czemu można było uzupełnić informacje i ich rozumienie. Drugą częścią stanowiły pytania zewnętrzne, które miały na celu pozyskania dodatkowych komentarzy i doświadczeń Narratorek, które były istotne z punktu widzenia problemów i wyłonionych wcześniej kategorii.

Do głównych zadań badaczki należało empatyczne zainteresowanie kobietami badanymi i odpowiednie budowanie relacji z Narratorkami, kontrolowanie przebiegu tej relacji wycofanie się w momentach, które tego wymagały oraz słuchania ze zrozumieniem by móc zadać uszczegóławiające pytania ukierunkowane na właściwe zrozumienie przekazywanych treści.

Warto wspomnieć, że wśród autorów opisujących wykorzystywanie biografii w badaniach naukowych istnieje przekonanie, że pewne doświadczenia w biografii utrudniają procesy opowiadania o sobie uniemożliwiając wywołanie narracji. Te utrudnienia związane są z charakterem przeżyć i do szczególnie trudnych zalicza się silne przeżycia traumatyczne oraz problemy związane z dużym piętnowaniem społecznym opisywanych zachowań. Warto podkreślić, że biografie przedstawiony w niniejszej dysertacji zawierają właśnie takie elementy. Tym bardziej badania przeprowadzone w niniejszej rozprawie wydają się cenne i wartościowe poznawczo. A możliwość ich przeprowadzenia jest związana zarówno z dużym

doświadczeniem i wiedzą badacza jak również z nawiązaniem bliższego kontaktu z Narratorkami jako terapeutka w Ośrodku.

Badaczka zwracała uwagę również na odpowiednie zakończenie wywiadu. Troska o pacjentki, była związana z wymiarem etycznym prowadzonych badań. Chodziło w nim o zwrócenie uwagi na sytuację emocjonalną Narratorek po opowiedzeniu trudnych, często dramatycznych doświadczeń ze swojego życia. Część kończąca spotkania była przede wszystkim wyrażeniem wsparcia i dowartościowania kobiet uczestniczących w badaniu.

Badaczka dostrzegała szczególnie charakter narracji biograficznej, wynikający z łączenia w obrębie jednej wypowiedzi narracyjnej subiektywności i niepowtarzalności czyjegoś życia z obiektywną, ale jednak zaangażowaną perspektywą badacza (Całek 2013, 2019).

Biografia w swej istocie jest takim interpretowaniem wydarzeń i faktów z analizowanego życia konkretnej osoby, interpretowaniem zarówno z obiektywnej, jak i podmiotowej perspektywy (Całek 2019), wytwarza zatem opowieść o doświadczaniu egzystencji i wydobywa z pamięci wspomnienia układając je w narrację nadającą temu życiu sens.

Narracyjny wywiad biograficzny obejmuje okres od momentu, który sama badana uzna za istotny, do momentu udzielania wywiadu. Jako otwierającą narrację sformułowana została prośba wprowadzająca: *opowiedz mi swoje życie, wszystkie ważne wydarzenia i co doprowadziło do tego, że obecnie leczysz się w ośrodku.*

Na potrzeby wywiadu przygotowano zestawienie pytań skupiających się wokół sześciu podstawowych pojęć (poza pierwszym inicjującym pytaniem). Pierwszym z nich są relacje w rodzinie pochodzenia, następnie wartości i cele. W tym obszarze zadawane było również pytanie o motywację zewnętrzną i wewnętrzną podejmowanych decyzji.

Następnym pytaniem było: jak widzisz swój poziom autonomii w wewnętrznych cechach jak poczucie własnej wartości, pewności siebie, samoświadomości i poczucia sprawstwa. W tym miejscu narratorki mogły opisać dokładnie jak oceniają ten obszar poczucia autonomii w swoim przypadku. Kolejnym obszarem była szeroko rozumiana rola społeczne w jakich była Narratorka i sposób w jaki je realizowała w odniesieniu do diady autonomia-zależność.

Każdy ze spotkań miało dla Narratorek wartość edukacyjną w kontekście samowychowania. Dawało nowe spojrzenie na wydarzenia życia lub otwierało rozumienie sensu tych wydarzeń dla obecnego momentu i doświadczenia wychodzenia z nałogu. Same Narratorki wskazywały na ten aspekt spotkania, twierdząc że wcześniej nie zastanawiały się nad niektórymi tematami ze swojego życia poruszonymi w wywiadzie, zwłaszcza nie uświadamiały sobie znaczenia autonomii relacyjne dla własnego funkcjonowania.

Po zapoznaniu się z metodą badań za pomocą wywiadu narracyjnego badaczka starała się unikać błędów wskazywanych przez teoretyków i praktyków obranej perspektywy badawczej. Wśród tych najczęstszych wymienić trzeba przede wszystkim: niemożność zbudowania relacji zaufania, ukierunkowanie narratora na problem badawczy, nieodpowiednie sformułowanie pytania otwierającego wywiad czy też wytrącenie badanego z narracji przez przedwczesne zadawanie pytań, czy, co gorsza, wprowadzenie własnego sposobu rozumienia czy interpretacji doświadczeń narratorów (Kaźmierska, 2004).

3. 5.2. Tematyczna opowieść biograficzna – piciorys

Drugą formą opowieści biograficznej tematycznej, którą zastosowano w badaniu był piciorys. Biografia tematyczna jest immanentną częścią kompletnej biografii, co potwierdziły zebrane biografie, w których wątki z różnych obszarów wzajemnie przenikają się (Dubas 2015).

Piciorys (ang. story, personal story) to tekst autobiograficzny tworzony w trakcie terapii choroby alkoholowej (Żmigrodzka, 2018). Piciorys, inaczej historia picia to opowieść o zdarzeniach z życia danej osoby, związanych z jej uzależnieniem od alkoholu, opowiedzianych przez tę osobę. Jest to gatunek o dość wąskim zasięgu środowiskowym – jego geneza związana jest z działalnością samopomocowych grup terapeutycznych określających się jako Anonimowi Alkoholicy (Kaczmarczyk, 2008), jest on stosowany także w innych formach terapii zajmujących się problemem wychodzenia z alkoholizmu.

Piciorys jest gatunkiem usytuowanym w obrębie dyskursu zwanego terapeutycznym. Badacze wskazują na duże zapotrzebowanie na tego typu spojrzenie w związku z dużym tempem przemian cywilizacyjnych i społecznych oraz występującymi problemami z własną tożsamością i jej kształtowaniem w sytuacji konieczności dokonywania nieustannych wyborów spośród wielkiej ilości oferowanych systemów wartości i stylów życia.

Istotny problem badawczy stanowi fakt, że większość tekstów funkcjonujących w centrum dyskursu terapeutycznego jest bardzo trudno dostępna dla osób postronnych (Żmigrodzka 2018). Bardziej obecny jest w grupach wsparcia i wspólnotach osób uzależnionych jako pewnego typu świadectwo, dzielenie się własnymi doświadczeniami radzenia sobie z problemem uzależnienia.

Urszula Tokarska (2002) omawiając założenia i metody tworzenia spójnej narracji autobiograficznej akcentuje korzyści terapeutyczne płynące z prób przypominania sobie, zwerbalizowania i usystematyzowania doświadczeń życiowych, odnoszących się do historii uzależnienia przedstawionej w piciorysie. Wskazuje na wartość pogłębienie procesu

autorefleksji, precyzowanie myśli poprzez ich werbalizację, narracyjne porządkowanie opowiadanych doświadczeń zgodnie z wybranymi strategiami autoprezentacji (zasada chronologiczna, przyczynowo skutkowa, teleologiczna). Szczególnie istotne wydaje się znajomość strategii przywracania kontroli nad własnym życiem i świadomością współtworzenia własnej historii a także dystans wobec treści własnej biografii – związany między innymi z oddzieleniem opowiadającego od zawartości wypowiedzi (Tokarska 2002).

W tekstach piciorysów Narratorki wielokrotnie wskazują wprost przedstawione powyżej korzyści tworzenia tekstu językowego, dotyczącego historii uzależnienia. Są to teksty, w których zawartość elementów o charakterze metatekstowym jest znaczna.

Charakterystyczne dla przedstawianego piciorysu są odczucia związane ze wspólnotą członków grupy terapeutycznej. Ważne staje się dzielenie swoimi problemami, potrzeba wyjścia z samotności, słuchanie innych i udzielanie wsparcia poprzez informacje zwrotne. Pojawia się chęć pomocy innym uzależnionym, pokazanie na własnym przykładzie, że wyjście z alkoholizmu jest możliwe.

Piciorys nigdy nie jest wypowiedzią spontaniczną, zawsze jest tekstem przygotowanym wcześniej, niezależnie, czy zostanie, jako tekst pisany, odczytany przez terapeutę w akcie indywidualnej lektury, czy zostanie wygłoszony publicznie na forum grupy jako tekst wtórnie mówiony (Labocha, 2004)

Piciorys jest tworzony na dosyć już zaawansowanym etapie terapii, a warunkiem umożliwiającym jego powstanie jest uprzednie zaakceptowanie przez pacjenta diagnozy stwierdzającej jego uzależnienie, ponieważ tekst obligatoryjnie zawiera określenia samego siebie jako alkoholika (Żelechowska, 2018).

Charakterystyczne dla całości tekstu piciorysu jest ustosunkowanie się do wydarzeń, także tych już dawno minionych, z punktu widzenia nowej świadomości nadawcy nabytej w trakcie terapii. Piciorys jest analizą rozpoczęcia i pogłębiania się problemów uzależnienia i konsekwencji z tego wynikających. Przedstawia również obecną sytuację niepijącego alkoholika, stan jego świadomości. Może pojawić się także próba podsumowania dotychczasowego życia. Piciorys służy kształtowaniu pożądanego stanu świadomości osoby uczestniczącej w terapii, takiego, który ma wpłynąć na trwałą zmianę życia.

Właściwie poprowadzona i zrekonstruowana opowieść biograficzna ma walory terapeutyczne. Piciorys z kolei często jest tekstem, który stanowi narzędzie terapii. Dostarcza korzyści, jakie daje każda próba stworzenia spójnej i uporządkowanej autonarracji dotyczącej uzależnienia i oznacza również zamknięcie pewnego etapu, jest znakiem, potwierdzeniem dokonania zmiany.

Badanie biografii jest odkrywaniem prawidłowości, jakimi rządzi się nasze życie, co w przypadku uzależnionych kobiet ma wartość terapeutyczną, wzmacniającą motywację do pracy nad sobą w celu wyzwolenia z nałogu.

Duccio Demetrio(2000), włoski andragog, znawca problematyki biograficznej, zwraca uwagę na terapeutyczne funkcje autobiografii. Opowiadanie życia pełni funkcję terapeutyczną i sprawczą – opowiadam swoje życie innym, ale i sobie samemu, co może stać się początkiem procesu budowania samoświadomości, stwarza też okazję do transcendencji, spojrzenia na siebie i swoje życie z lotu ptaka. Opowiadający swoje życie dzięki temu zaczynają lepiej rozumieć samych siebie (Demetrio, 2000).

Magdalena Karkowska (2008) wskazuje na istotną wartość powrotu do dzieciństwa w opowiadanej biografii. Mimo, że nasz los nie zależy tylko od nas samych i nie możemy przewidzieć rozwoju sytuacji, nasza przyszłość częściowo jest możliwa do odczytania poprzez analizę dzieciństwa, wtedy uczymy się kochać, ufać innym, pokonywać trudności czy też unikać niebezpieczeństw (Karkowska, 2008).

Chodzi tu nie tylko o gromadzenie danych, czy badanie losów bohaterek ale o oddziaływanie wspierające rozwój samoświadomości Narratorek, umożliwiające stopniowe zamknięcie procesu biograficznego, włączenie go w strukturę doświadczenia życiowego (Lalak, 2016).

Niezwykle istotą staje się rola słuchacza opowieści biograficznej. Wspierając rekonstruowanie wydarzeń, pomaga on dostrzec momenty przełomowe w biografii, czyli takie, które doprowadziły do znaczącej zmiany w postrzeganiu siebie samego czy jakiegoś ważnego w życiu obszaru (Karkowska 2021).

W niniejszych badaniach kierowano się przekonaniem, że uświadomienie sobie złożoności sytuacji biograficznej, uchwycenie znaczenia podejmowanych decyzji, prowadzi do wzrostu samoświadomości poprzez stymulowanie refleksji o czynnikach, które kierują życiem. Narracja sama w sobie buduje tożsamość. Tworzenie narracji, ale i jej interpretowanie staje się zarazem tworzeniem podmiotowej tożsamości (Krawczyk- Bocian 2021).

3. 6. Procedura analizy danych

Zgromadzone dane, poddane wnikliwej refleksji badacza powinny umożliwiać wgląd w ontologię badanych światów oraz rekonstrukcję hierarchii zbiorowo akceptowanych sensów i znaczeń, jakie ludzie nadają ich poszczególnym składowym i własnym działaniom. Badacz dąży do mentalnego odwzorowania treści postaw naturalnego nastawienia, jakie regulują

aktywność badanych w ich życiowych przestrzeniach. Ich rezultatem jest **rozumienie** (Malewski, 2017).

Niezależnie od tego, że otwartość jakościowej orientacji badawczej pozwala na tworzenie nowych sposobów interpretacji, niezbędne jest opisanie i uzasadnienie podejmowanych czynności interpretacyjnych. W niniejszym badaniu zastosowano sugestie z opracowanych metod badań jakościowych, obejmujących założenia teoretyczne i warsztatowe (Schütze, 1997, Kaźmierska, 2005, Urbaniak- Zajac, 2013, Lichtman, 2006).

Wszystkie przeprowadzone wywiady narracyjne zostały nagrane w formie audio następnie dokonano transkrypcji. Tematyczne opowieści biograficzne w postaci piciorysu zostały przekazane przez osoby badane w formie pisemnej.

Analizowanie materiału empirycznego miało charakter etapowy i zarazem kołowy z wielokrotnym powracaniem do wcześniejszych etapów i budowaniem coraz lepszego rozumienia wypowiedzi i przeżyć Narratorek.

Ze względu na biograficzny charakter wypowiedzi dokonano najpierw analizy w obrębie jednego przypadku. Porównania dokonano również w formie przekrojowej celem stworzenia typologii uwarunkowań autonomii relacyjnej, jak również znajdowania podobieństw i różnic między przypadkami, co doprowadziło do sformułowania wyjaśnień tychże różnic i podobieństw, a także odnajdowania związków pomiędzy kodami oraz kontekstami społecznymi (por. Gibbs, 2015).

Podstawą analizy w badaniach jakościowych jest kodowanie i kategoryzacja. Sposób, w jaki zostanie ona przeprowadzona, wiąże się z wyborem metody, nie bez znaczenia jest także relacja z obranym paradygmatem (Fabiś, 2018, s.70).

Kodowanie polegało na pozyskiwaniu istotnych elementów danych oraz poddaniu ich analizie przez porównywanie z innymi danymi, nazywanie i klasyfikowanie. Poprzez kodowanie osiągnięto stopniową kondensację i organizację całości materiału potrzebną do wyprowadzenia konstruktów teoretycznych.

Procedura kodowania w prezentowanych badaniach oparta została o tak zwaną koncepcję 3K: Kod–Kategoria–Koncept, której autorką jest Marilyn Lichtman (2006). Jest to pewien cykl przeobrażeń danych od surowych danych do koncepcji teoretycznych (Fabiś, 2018). Przyjęta koncepcja analizy danych opiera się na kilku krokach.

Pierwszym jest kodowanie wstępne, zawierające pierwsze ogólne spostrzeżenia, refleksje, propozycje rozumienia znaczeń. Następnie przechodzi się do rewizji kodowania wstępnego. W efekcie czego następuje rozwinięcie wstępnej listy kategorii czyli głównych idei wynikających z uporządkowanych za pomocą właściwego kodowania danych. Następuje

dalsza rewizja wygenerowanych kategorii i subkategorii z nastawieniem na poszukiwanie najważniejszych w kontekście problematyki badawczej. Poprzez dalsze modyfikowanie listy kategorii i subkategorii dokonując łączenia, porównywania, eksponowania przechodzi się do tworzenia konceptów. Przejście od kategorii do konceptów, stanowi podstawę do końcowych opisów i interpretacji (Lichtman, 2006, s. 167–170, za: Kubinowski, 2010, s. 238–239).

Dzięki tym czynnościom powstała swoista struktura kodów, która poddawana stałej analizie i porównaniom oraz odnalezieniu wspólnych i różniących cech przybrała postać kategorii a następnie konceptów stanowiących pewną typologię uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu.

W dalszym etapie badań postępowano zgodnie z zasadami teoretycznego pobierania próbek, gdyż ten proces według Charmaz (2009) potrzebny jest, gdy wyłaniające się kategorie są niepewne, uniemożliwiając pełne konstruowanie teorii. Badaczka wskazuje, że proces ten należy podejmować, w celu rozwinięcia własności jednej bądź kilku kategorii do czasu, aż nowe własności przestaną się wyłaniać” (Charmaz, 2009).

Dzięki tym czynnościom zdołano nasycić wszystkie kategorie, a stan ten osiągnięty został po przeprowadzeniu 12 wywiadów, wtedy to założono, że w kolejnych wywiadach nie uzyska się więcej odmiennych danych i zaniechano przeprowadzania dalszych wywiadów.

W badaniach jakościowych zaznaczają się dwie różne szkoły kodowania opierają się na odmiennych źródłach ich tworzenia. Jedną z nich to szkoła badań fenomenologicznych oraz badań opartych na teorii ugruntowanej gdzie kategorie wyłaniają się z samych danych (Charmaz, 2009). Jest to kodowanie otwarte, bez jakichkolwiek założeń, a powstałe kody są ugruntowane właśnie przez pozyskiwane dane.

W innych jakościowych projektach badawczych kategorie ustalane są na podstawie przyjętych założeń teoretycznych. Jest to związane ze ściśle określonym celem badań dotyczących uszczegółowienia wiedzy na temat danego obszaru problemowego a kategorie opisywane w badaniu wynikają z teoretycznych analiz literatury przedmiotu oraz raportów z podobnych badań (Gibbs, 2015, s.91). Uzasadnieniem dla takiego postępowania jest przyjęty model półindukcyjny, pozwalający na wykorzystanie teorii w tworzeniu kodów, by ukierunkować dalsze czynności badawcze na wybrane aspekty (por. Strumińska-Kutra, Kołodkiewicz, 2012, s. 18). W niniejszym dysertacji przyjęty został ten właśnie model podejścia do teorii, wyprowadzenie kodów i kategorii poprzedziła analiza literatury dotyczącej zaburzeń autonomii w wymiarze relacyjnym oraz analiza wyników licznych badań przeprowadzonych poza Polską przez badaczy z nurtu teorii autodeterminacji.

W przedstawianych badaniach zdecydowano się na wykorzystanie dwóch podejść w interpretacji badań: idiograficznego i nomotetycznego (por. Gibbs, 2015, s. 26–27).

Podejście idiograficzne podkreśla wyjątkowość i wartość konkretnych badanych przypadków choć nie pomija również holistycznej natury rzeczywistości społecznej. Narratorki przedstawione zostaną zatem indywidualnie z naciskiem na wyjątkowość osoby i ukazanie okoliczności i kontekstów specyficznych dla niej, jednak z odniesieniem do szerszego spektrum czynników społecznych. Poszczególne czynniki i charakterystyki związane z analizowanymi zjawiskami można poprawnie zrozumieć tylko wtedy, gdy odniesie się je do szerszego kontekstu innych czynników i cech (Gibbs, 2015, s. 27).

Następnie zastosowano podejście nomotetyczne, które skupia się na wyjaśnieniu ogólnych prawidłowości rządzących zachowaniem ludzi. Badaczka analizując zjawiska starała się uchwycić, co łączy ludzi, wydarzenia i okoliczności, a następnie opisać je za pomocą tych wspólnych cech (Gibbs, 2015, s. 26).

W analizie materiału empirycznego zastosowano również wskazówki przedstawione przez Elżbietę Dubas (2015), która wniosła duży wkład w rozwój polskich badań biograficzno-narracyjnych zwłaszcza w kontekście uczenia się z własnej biografii (Dubas, 2015).

Analiza opowieści biograficznej według schematu Elżbiety Dubas (2011) polegała na opracowaniu materiału z podziałem na warstwę obiektywną wypowiedzi narratorek (life history) oraz warstwę subiektywną (life story). Zamysłem metodologicznym było uwzględnienie danych subiektywnych i obiektywnych, z których składa się każda historia życia.

Opisane czynności prowadziły do interpretacji, która jest niejako wytłumaczeniem, objaśnieniem lub też komentarzem do przedstawionych wyników. Interpretacja zawiera również skupienie na wyjaśnianiu przyczyn uzyskanych wyników i zrozumieniu ich znaczenia.

3.7. Dylematy etyczne związane z realizacją badań

W dyskursie badań jakościowych kwestie etyczne zajmują eksponowane miejsce i w istocie etyka znajduje się w ich centrum (Johnston, 2010, s. 199).

Ponowoczesne społeczeństwo ryzyka wymusza na ludziach kierowanie się zasadą odpowiedzialności za siebie i innych. Jonas (2004), który zasadę odpowiedzialności czyni podstawą ponowoczesnej etyki, utrzymuje, że stosunek odpowiedzialności wiąże strony i obliguje mocniejszego do dbałości i troski o słabszego, ponieważ w jego słabości tkwi moc zobowiązania (Jonas, 2004). Wydaje się, że tym między innymi można tłumaczyć

radikalizację postaw badaczy społecznych, którzy nie zadowolają się już wytwarzaniem czystej wiedzy, ale w poczuciu odpowiedzialności za ludzi zwłaszcza z grup defaworyzowanych prowadzą badania zorientowane na ich emancypację i upodmiotowienie (Malewski, 2017).

Przyjmuje się, że trzy podstawowe wymiary kwestii etycznych w badaniach to: istotność, uczestnicy i badacze (Flick, 2010). Wszystkie te kwestie zostały przez badaczkę przeanalizowane podczas projektowania badań.

Jeśli chodzi o istotność wyniku ona zarówno z wagi problemu uzależnienia od alkoholu wśród kobiet jak również niewystarczającej ilości analiz naukowych dotyczących tego zagadnienia. Brakuje zwłaszcza badań dotyczących specyfiki kobiecego uzależnienia prowadzonych na gruncie polskim. Skala i złożoność problemu uzależnienia wśród kobiet w Polsce jest na tyle istotna, że znaczenie podejmowanych badań jest w pełni uzasadnione etycznie. Badania nad problemem autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu przez praktyczny wymiar zastosowania wyników w pomocy uzależnionym kobietom wychodzeniu z nałogu.

Wykorzystane metody badawcze mogą mieć względnie trwały wpływ na podmioty zaangażowane w badanie. Intensywne wywiady narracyjne mogą doprowadzić do nowych poziomów samoświadomości, ewentualnych przemian stylu życia czy zmiany priorytetów życiowych. Jednak jeśli badania są źle przeprowadzone, te metody mogą prowadzić do poczucia złości, niesmaku, porażki, nietolerancji, braku wrażliwości (Manen, 1998, s. 162–163, za: Kubinowski, 2010, s. 150–151).

W związku z tym dołożono starań, aby zrealizowane zostały podstawowe standardy etyczne, bazujące na wyrażeniu świadomej zgody na uczestnictwo w badaniach, prawie do zachowania prywatności oraz pełnej wolności i samostanowienia uczestniczek badania.

Gwarancją niedopuszczania do niewłaściwych efektów prowadzonych badań dla biorących w nich udział kobiet zapewniało doświadczenie badaczki w pracy terapeutycznej z kobietami uzależnionymi od alkoholu. Badaczce przyświecało przede wszystkim poczucie odpowiedzialności wobec osób badanych co do konsekwencji wynikających z udziału w badaniu. Ważną kwestią było uprzednie nawiązanie osobistego kontaktu z kobietami biorących udział w badaniu podczas prowadzenie zajęć terapii grupowej w Ośrodku a także spotkań i rozmów na dyżurach podczas ich pobytu na terapii. Te okoliczności sprawiały że uzależnione kobiety bardzo chętnie wyrażały zgodę na udział w badaniu i opowiadały swoje historie życia i uzależnienia.

Pomimo tego w trakcie prowadzonych wywiadów okazało się że tematyka doświadczeń życiowych Narratorek jest tematem bardzo bolesnym i wywołującym silne emocje zarówno u

badanych jak i u badacza. Opowiadanie o wydarzeniach, która są wstydlive rodzi duże poczucie winy w związku z przedstawianiem negatywnych zachowań pod wpływem alkoholu. To już na wstępie rodziło dużą trudność z jaką mierzyły się Narratorki. Dołożono starań, aby stworzyć atmosferę bezpieczeństwa w przekazywaniu doświadczeń własnego życia a także podkreślenia wartości dokonywanej autorefleksji, co było od początku prowadzenia badań głębokim przekonaniem. Przekazywano uzależnionym kobietom, że opowiadanie swojego życia będzie cenne zarówno dla nich jako spojrzenie na swoje życie z pewnej perspektywy ale też dla osób które mogą w tych historiach odnaleźć mądrość i pomoc w walce ze swoim nałogiem. W celu budowania atmosfery zrozumienia nie dokonywano oceny moralnej ani psychologicznej ujawnianych wypowiedzi ani decyzji i działań podejmowanych przez osoby badane w trakcie ich życia.

Bardzo ważne było pozostawianie wolności wyboru w wywiadzie narracyjnym co do treści i wydarzeń przedstawianych przez kobiety biorące udział w badaniu. Zaznaczono, że jeśli wystąpi problem o którym Narratorki nie chciałyby mówić, nie jest to konieczne. Dążeniem było przede wszystkim uszanowanie podmiotowości Narratorek i danie przestrzeni do decyzji o treści i formie narracji.

Ważnym wymiarem etycznym badań było podjęcie przez badaczkę współpracy z kobietami uzależnionymi również na etapie analizy wywiadów i piciorysów.

Badania o podejściu biograficznym zakładają bowiem swoistą partnerskość relacji badacz–badany, autorski udział w badaniu nie tylko badacza, ale i także badanego, ich obu podmiotowości w procesie badania, która nie jest tylko ograniczona do sytuacji prowadzenia wywiadu i autoryzacji jego treści, lecz jest także odniesiona do interpretacji opowiedzianej biografii w formie jej walidacji (Dubas 2015, s. 44).

Wobec opisanych powyżej trudności i niepokoїв związanych poruszaniem bardzo nieraz trudnych i bolesnych przeżyć i doświadczeń pojawiło się pytanie o motywacje prowadzonych badań. Sięganie do osobistej sfery doświadczeń egzystencjalnych musi wiązać się z głębokim poczuciem sensu i wartości uzyskanych w ten sposób informacji. Ta motywacja podyktowana była przede wszystkim zastosowaniem wyników badań do bardziej skutecznej pomocy w zrozumieniu kobiet uzależnionych od alkoholu i niesienia im pomocy w wychodzeniu z nałogu. Choroba alkoholowa, która niewątpliwie jest doświadczeniem niezgłębionym ciągle pod względem badawczym niesie ze sobą ogromne cierpienie i destrukcja w życiu uzależnionych osób. Przed badaczem stoi zadanie powiększenia wiedzy dotyczące pomocy uzależnionym kobietom wyjścia z trajektorii cierpienia i uzależnienia w ich życiu. Motywacja tylko poznawcza jest tutaj niewystarczająca. W przypadku prowadzenia badań

opisywanych w tej pracy myślenie na temat sensu i motywacji prowadzonych badań zmieniało się w trakcie pisania pracy. Jednak należy przyznać że wyniki badań dają nadzieję na zastosowanie wyników w praktyce pedagogicznej i terapeutycznej. Mimo wszystkich trudności, które wystąpiły podczas badań i ich analizy autorka uznaje to doświadczenie badawcze za bardzo cenne.

Doświadczeniem badaczki było również pojawienie się trudności wypełnianiu odpowiednim roli badacza. Analiza jak i przeprowadzenie narracyjnych wywiadów było zadaniem bardzo angażującym emocjonalnie. Wynikało to z jednej strony z doświadczenia opisywania bardzo trudnych wydarzeń z życia uzależnionych kobiet na przykład doświadczana przemoc czy traumy seksualne z drugiej strony trudnością była analiza wielokrotna tego materiału w celu opracowania danych typologii. To obciążenie zaskoczyło nieco autorkę badań gdyż pracując z osobami uzależnionymi ma doświadczenie w poruszaniu tematów trudnych występujących w życiu uzależnionych kobiet. Jednak pewna kumulacja tych doświadczeń w biografjach badanych kobiet a także potrzeba dogłębnej analizy stała się bardzo dużym wyzwaniem dla autorki. Jednakże przejście przez to doświadczenie zbudowało u badaczki nowe lepsze, rozumienie kobiet uzależnionych od alkoholu i dało wiele cennych refleksji nad własną pracą zarówno w obszarze badań jak i praktyki terapeutycznej. Bardzo ważną też motywacją dla ukończenia i opracowania wyników badań było zaufanie jakim obdarzyły badaczkę uzależnione kobiety. Uczestnicząc w badaniu pragnęły one doświadczenie własnej choroby alkoholowej oraz drogi trzeźwienia i wychodzenia z uzależnienia przekazać innym. To zaufanie i poczucie istotności opisywanych zagadnień towarzyszyło badaczce w całym procesie pisania pracy.

Rozdział IV. Autonomia relacyjna kobiet uzależnionych od alkoholu w świetle badań własnych.

Analiza narracji uzyskanych podczas badania została przedstawiona według schematu zaproponowanego przez Elżbietę Dubas (2011), który został dostosowany do specyfiki badań własnych. Pierwszą część stanowi prezentacja osoby Narratorki, następnie przedstawienie zobiektywizowanej warstwy narracji w postaci faktów z historii życia uzależnionych kobiet (life history). W kolejnej części następuje pogłębione interpretacyjnie uchwycenie subiektywnej warstwy narracji. Jest to część zawierająca doświadczenia Narratorek obrazujące niepowtarzalną opowieść o własnym życiu (life story). Analiza subiektywnej warstwy narracji została ograniczona do wybranych elementów istotnych z punktu widzenia problematyki badawczej- uwarunkowań autonomii relacyjnej uzależnionych kobiet. Ostatnim elementem prezentacji jest podsumowanie będące komentarzem i sformułowaniem wniosków dotyczących procesów biograficznych występujących u konkretnych Narratorek.

Przedmiotem prezentowanych w rozprawie analiz są biografie całościowe kobiet uzależnionych od alkoholu, będących w procesie zdrowienia w ośrodku oraz biografie tematyczne zaprezentowane przez kobiety w swoich piciorysach.

Przedstawione w piciorysie, będącym rodzajem biografii tematycznej, procesy mają charakter rozwojowy i przebiegają według podobnego schematu. W tej części biografii wplatają się bolesne doświadczenia cierpienia i rozwoju uzależnienia, które układają się w model przeżywania, działania i reagowania określany w literaturze przedmiotu terminem trajektoria cierpienia. Twórca bardzo płodnej obecnie koncepcji badań w oparciu o wywiad narracyjny i analizę trajektorii Fritz Schütze jest znany przede wszystkim jako twórca kierunku w dziedzinie badań biograficznych związanego z techniką wywiadu narracyjnego oraz interpretatywno-socjolingwistyczną metodą opracowania materiałów biograficznych. Główny obszar jego badań to społeczne uwarunkowania i konsekwencje indywidualnych trajektorii cierpienia, trajektorii uzależnienia alkoholowego i trajektorii i kolektywnych czyli procesów narastania społecznego bezładu (Czyżewski, 1997). Wraz ze współpracownikami przeprowadził on szereg autobiograficznych wywiadów narracyjnych z osobami obecnie lub w przeszłości uzależnionymi od alkoholu (Schütze, 1983).

Koncepcja trajektorii jako ogarniającej człowieka niejako z zewnątrz siły, mającej swoje podobne etapy czy też rozwój jest bardzo bliska rozumienia rozwoju uzależnienia jako choroby oraz występujących u osoby uzależnionej mechanizmów uzależnienia. Do opisu przebiegu

tych mechanizmów używa się słów: *podleganie trajektorii, bycie w trajektorii*. Proces ten zawiera kilka ważnych etapów opisanych przez twórcę tej koncepcji Fritza Schütze (1997).

Stadia i mechanizmy rozwijania się trajektorii:

1) Stopniowe gromadzenie się potencjału trajektoryjnego, stanowiące ramowe warunki uczynnienia trajektorii. Potencjał ten posiada komponent biograficznych dyspozycji do bycia zranionym oraz komponent zestawu kluczowych sprzeczności w obrębie aktualnej sytuacji życiowej a także trudności w kształtowaniu życia osobistego i życia codziennego. Komponenty te oddziałują na siebie nawzajem, bez trudu można odnaleźć możliwe do interpretacji oznaki zagrażającej trajektorii.

2) Przekroczenie granicy uczynnienia potencjału trajektoryjnego, wejście w trajektorię. Osoba dotknięta problemem nie jest już w stanie kształtować swego życia codziennego poprzez dotychczasowe schematy działania; zamiast tego ukryty potencjał trajektoryjny dynamizuje się i konkretyzuje w postaci splotu zewnętrznych wydarzeń, na które osoba dotknięta problemem jest w stanie reagować jedynie w sposób uwarunkowany; dominują doświadczenia szoku i dezorientacji.

3) Próba rozwinięcia chwiejnej równowagi radzenia sobie z życiem codziennym. Owa chwiejna równowaga pozostaje jednak nadal pod naciskiem potencjału trajektoryjnego; nowy życiowy układ jest niestabilny, determinanty potencjału trajektoryjnego, z uwagi na brak skutecznej kompetencji do działania, nie mogą być przepracowane i poddane kontroli.

4) Destabilizacja chwiejnej równowagi, wpadnięcie w wir. W efekcie szokowych doświadczeń przekroczenia granicy trajektorii i nietrwałych wysiłków osiągnięcia równowagi osoba dotknięta problemem traci kontrolę nad sytuacją i przestaje radzić sobie z życiem codziennym. Nie rozumie siebie samej, ponieważ nie jest w stanie działać tak, jak wcześniej było to możliwe. Różnorodne aspekty problemu oraz nieadekwatne reakcje osoby podlegającej trajektorii oddziałują na siebie w postaci skumulowanego nieładu. Występujące trudne zdarzenie, w przypadku osoby uzależnionej tj. wypadki, utrata prawa jazdy prowadzą do ostatecznej destabilizacji chwiejnej równowagi a problemy życia codziennego stają się coraz mniej podatne na kontrolę.

5) Załamanie się organizacji życia codziennego i orientacji wobec samego siebie. Kompetencja do organizacji życia codziennego zatracą się ostatecznie. Jednocześnie osoba dotknięta trajektorią traci zaufanie do siebie samej i do swych znaczących innych. Dzieje się to w sytuacji, gdy byliby oni szczególnie ważni. Uznaje siebie za niezdolną do jakiegokolwiek działania, społecznej relacji, relacji z samym sobą, przeżywając chaos, odrzucenie i poczuciem beznadziejności.

6) Próba teoretycznego przepracowania systemu orientacji oraz trajektorii. Doświadczenie całkowitej niezdolności do działania, wyobcowania wobec samego siebie i niezgody ze światem wymusza na osobie dotkniętej trajektorią radykalną redefinicję sytuacji życiowej. Proces ten zawiera wyjaśnienie i zrozumienie uwarunkowań procesów trajektoryjnych poprzez rozpoznanie potencjału trajektoryjnego, oceny moralnej sytuacji i analizy oddziaływania procesu cierpienia na dotychczasowy i przyszły sposób życia. Teoretyczne przepracowanie może być autentyczne lub tylko pozorne, szablonowe polegające na przejęciu obcych wyjaśnień, bez nastawionego rzeczywiście na własne przeżycia, biograficznego przepracowania problemów trajektoryjnych ze strony osoby dotkniętej przez trajektorię. Wkład w to autentyczne przepracowanie mogą wnieść profesjonalni pomocnicy i znaczący inni (Berger, Luckmann, 1983).

7) Praktyczne próby przepracowania trajektorii i uzyskania nad nią kontroli oraz próby uwolnienia się z jej więzów. Występują nadal różne możliwości przebiegu tego końcowego etapu wychodzenia z trajektorii. Jedną z nich jest ucieczka od trudnej sytuacji życiowej bez skutecznej kontroli nad potencjałem trajektoryjnym. Inną możliwością jest oswojenie trajektorii i próba organizacji życia z trajektorią. Uznanie trajektorii jako czynnika jedynie zakłócającego życie nie gwarantuje zmniejszenia jej oddziaływania. Po jakimś czasie następuje ponowna dynamizacja destrukcyjnego procesu cierpienia i uzależnienia. Jedynie systematyczna eliminacja potencjału trajektoryjnego przez dokonanie całkowitej reorganizacji sytuacji życiowej, podjęcia drogi rozwoju daje szansę uwolnienia i wyjścia z trajektorii. Możliwe i potrzebne jest wykorzystanie przebiegu trajektorii jako materiału biograficznego do podjęcia świadomej pracy samowychowania. Na tym etapie opisywany jest proces wychodzenia z uzależnienia. Jest to okres opanowywania potencjału trajektoryjnego mogący prowadzący do przepracowania własnej tożsamości i biograficznej metamorfozy.

Teoretyczna koncepcja trajektorii daje duże możliwości analityczne, pozwalając zrozumieć uwarunkowania życia z głęboko sięgającym i jedynie częściowo podatnym na kontrolę cierpieniem, jak w przypadku życia z chorobą alkoholową, a także objaśnienia przyczyn tego cierpienia i uzależnienia. Ten sposób analizy poprzez opracowanie przebiegu trajektorii uzależnionych kobiet został obrany jako bardzo przydatny do wyjaśniania i zrozumienia uwarunkowań poziomu autonomii relacyjnej u uzależnionych kobiet zarówno w wymiarze etiologii jak i dynamiki rozwoju tych procesów.

Ponadto koncepcja trajektorii pozwala na dokładniejsze badanie licznych mechanizmów przebiegu uzależnienia i rozwoju autonomii, przy uwzględnieniu interwencji znaczących innych, profesjonalnych terapeutów uzależnień. Na tej drodze można poddać

rekonstrukcji to, jak same osoby dotknięte trajektorią odbierają i interpretują wydarzenie przełomowe w tym kontekście. Z drugiej strony ułatwiony zostaje dostęp badacza do węzłowych punktów dynamiki rozwijania się uzależnienia, w powiązaniu z rozwojem bądź zaburzeniami autonomii.

Wreszcie koncepcja trajektorii kładzie specjalny nacisk na wymiary pracy biograficznej osoby dotkniętej uzależnieniem alkoholowym, istotny czynnik w biograficznym przebiegu procesu uczenia się i samowychowania.

Analityczno-poznawcza funkcja koncepcji trajektorii na rzecz badań nad biograficzną genezą autonomii relacyjnej w powiązaniu z uzależnieniem od alkoholu zostanie zilustrowana na wybranych przykładach.

4.1. *Gdybym nie była lekarzem, to byłabym nikim* – perspektywa biograficzna Katarzyny

NARRATORKA KATARZYNA – PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Katarzyna

Gdybym nie była lekarzem, to byłabym nikim – centralna wypowiedź Narratorki

wiek : 60 lat

wykształcenie: wyższe

zawód: lekarz

stan cywilny: żona, staż 35 lat małżeństwa

dzieci: 3 dorosłych synów, założyli rodziny

diagnoza: uzależnienie od alkoholu, leków psychotropowych

uzależnienia w rodzinie: brat, uzależnienie od alkoholu

choroby współwystępujące: choroba afektywna dwubiegunowa

LIFE HISTORY KATARZYNY – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Katarzyna urodziła się w rodzinie wielodzietnej, w której panowała bieda. *Chodziłam w butach po starszym rodzeństwie*. Od najmłodszych lat przejawiała duże zdolności intelektualne, bardzo dobrze uczyła się w szkole. Ukończyła liceum a następnie podjęła studia medyczne. Na studiach poznała przyszłego męża, z którym tworzy związek małżeński. Katarzyna urodziła trójkę dzieci. Dzieci założyły już własne rodziny i wyprowadziły się z domu. Katarzyna posiada obecnie 6 wnuków.

Życie Katarzyny skupione jest na pracy zawodowej. Prowadzi prywatną praktykę lekarską, jest współwłaścicielką kliniki medycznej, którą prowadzi ją w sferze merytorycznej oraz księgowej. W klinice zatrudnia kilkunastu lekarzy. Katarzyna od wielu lat nadużywa alkoholu. O kilku lat zażywa leki psychotropowe zwiększając dawki. W związku z problemami natury psychicznej przebywała na leczeniu w szpitalu psychiatrycznym. Wypisała się z niego na własne życzenie. Podczas pobytu w szpitalu zdiagnozowano u niej chorobę afektywną dwubiegunową. Za namową rodziny, pod wyraźnym warunkiem postawionym przez rodzinę zgodziła się na pobyt w OTUK². Została przywieziona przez syna oraz męża do ośrodka. Nie wymagała detoksykacji, podczas przyjęcia badanie nie wykazało obecności alkoholu w organizmie. Jest to pierwsza terapia podjęta przez Katarzynę.

ANALIZA LIFE STORY KATARZYNY

Relacje w rodzinie pochodzenia

Katarzyna stwierdziła, że zmieniła w trakcie terapii myślenie o swojej rodzinie pochodzenia. *Chciałam nawet przeprosić Władzię (terapeutka w ośrodku), że na początku reagowałam agresją, kiedy pokazywała mi, że w mojej rodzinie były problemy, ja nie chciałam tego przyjąć.* W okresie przed terapią Katarzyna nie wracała myślami do swojej przeszłości rodzinnej. *Niekiedy dalej się zastanawiam, po co do tego wracać...* Rodzice jej już nie żyją i Katarzyna chciała zamknąć ten etap. *Co było, to było...inni ludzie mają gorzej, jak tak słucham tutaj.* Twierdzi, że z ojcem miała dobry kontakt. *W mojej głowie powstał obraz ojca, który był silnym, ambitnym człowiekiem, przebojowym, dobrze prezentującym się.* Katarzyna była jako jedyna córka faworyzowana przez ojca, jako ładna i mądra. Była też najmłodsza z rodzeństwa, w rodzinie było jeszcze 5 braci. Ojciec prawił jej komplementy. Miał też duże ambicje co do wykształcenia córki. *W mojej rodzinie nie było okazywania miłości pomiędzy rodzicami. Po prostu tak było dawniej w rodzinach, raczej bez uczuć.* Ojciec Katarzyny nie szanował swojej żony, traktował ją z góry, krytykując ją bardzo często. *Ojciec zdradzał matkę i miał wiele kochanek na przestrzeni życia. Mama starała się utrzymać ojca przy sobie, była bardzo piękną kobietą i starała się dbać o siebie i spełniać ojca oczekiwania seksualne. Ciągłe też miała stany depresyjne.* Katarzyna nie miała dobrego kontaktu z mamą. Nie rozmawiała z nią o swoich sprawach, nie szanowała też mamy, bo widziała w niej słabą, zależną kobietę.

² OTUK- Ośrodek Terapii Uzależnień Kobiet w Międzyrzeczu Górnym, miejsce, w którym Narratorki odbywają terapię uzależnień, jest to ośrodek, w którym przeprowadzone zostały opisane badania.

Katarzyna starała się spełnić oczekiwania ojca, który chwalił ją za wszelkie sukcesy szkolne. Katarzyna ma trudność w ocenie moralnej swojego ojca oraz określenia roli, jaką wywarł w oddziaływaniu na jej życie. Twierdzi, że ojcu bardzo dużo zawdzięcza, w tym co osiągnęła w życiu. *Teraz widzę, że te zdrady były jego problemem, wcześniej myślałam, że to normalne..., w sumie też mama się do tego przyczyniła...Wcześniej bardzo idealizowałam ojca. Ciągle tak myślę...w sumie sama nie wiem, nie był złym człowiekiem...chyba.*

Relacje z rodzeństwem były zdaniem Katarzyny raczej chłodne. *Każdy żył swoim życiem, nie było zbyt wielu więzi. Brat uzależnił się od alkoholu, potem zmarł z powodu picia.*

Katarzyna podsumowuje swoje relacje z rodziną w słowach *nie wiem czy to miało znaczenie dla mojego życia i nałogów, nie wiem czy to rzeczywiście trzeba się w tym grzebać.*

Poczucie własnej wartości, pewności siebie, samoakceptacja, samoświadomość

W wypowiedziach Katarzyny na swój temat dominowało usprawiedliwianie siebie. Poczucie wartości jest Narratorki oparte na zewnętrznych atrybutach, często używa określeń *mam, jestem*. Katarzyna w narracji chciała się przedstawić w jak najlepszym świetle, dominowała idealizacja siebie, zaprzeczanie problemom. *Podejrzewali u mnie zespołu Otella, ale to jakaś bzdura, po prostu jestem zazdrosna o męża, nie lubię pielęgniarek co mają duże biodra i biust, większe ode mnie.* Katarzyna jak twierdzi, jest osobą o dużej inteligencji, przedstawia to w swojej narracji *nie chcę się chwalić, ale mam ponad 180 IQ*. Stara się podczas wypowiedzi podkreślać swoje osiągnięcia, jest na tym bardzo skupiona. Dokładnie przedstawia ukończone kierunki studiów, zdobyte kwalifikacje i umiejętności. *Mimo swoich lat prowadziłam dwie kliniki, własną praktykę i księgowość, potrafiłam nauczyć się obsługi komputera lepiej teraz się znam na tym niż młodzi.*

Obraz siebie jest u Katarzyny niespójny. Nie może zrozumieć jak mogła ulec nałogowi *widziałam problemy u innych a u siebie nie zauważyłam problemu, który narastał z pićm i lekami.* W narracji uwidaczniało się też poczucie winy u Katarzyny i niechęć do siebie.

Momentami, jak myślę, co narobiłam to siebie nienawidzę.

Decyzje i role życiowe

Katarzyna podjęła studia w związku z oczekiwaniami ojca, które uznała za swoje. Nie widzi w tym problemu, jest wdzięczna ojcu za to, że tak ją ukierunkował. Na studiach zaczęła pić alkohol, jej zdaniem z powodu stresu i próby bycia przebojową. *Gdy poznałam męża, spodobało mu się to, że piję, umiem się bawić i jestem przebojowa. Wyszedł za niego bo wydał się człowiekiem sukcesu, który chce robić coś w życiu, osiągać więcej. Miał też dobry status materialny. Dzieci nie były specjalnie planowane, po prostu się pojawiły.* Rolę matki widzi jako

danie dzieciom dobrego startu, zapewnienie dobrobytu. Ważne są dobre warunki mieszkaniowe, wykształcenie dzieci.

Katarzyna przedstawia siebie jako dobrą matkę. Wiąże to z tym, że dzieci osiągnęły dobre wykształcenie, mają dobrą pozycję materialną. Mało miejsca w narracji poświęca na opowiadanie o relacji z mężem. Pojawia się tylko opis, że pomagała mężowi w pracy i że dalej chciałaby to robić. Zwraca uwagę na życie seksualne z mężem twierdząc, że jest to dla niej bardzo ważne. W narracji Katarzyny nie pojawiają się odniesienia do dzieci, jedynie tłumaczenie siebie, że *nie była taką złą matką*.

System wartości

W systemie wartości dominują u Katarzyny wartości materialne, zawodowe, zewnętrzne. Można to stwierdzić zarówno z ilości czasu poświęconego na opis swoich osiągnięć zawodowych jak i z deklaracji podczas pytań dodatkowych. Narratorka neguje wartości psychologiczne, wewnętrzne. *Nie ma co się w to zagłębiać i grzebać, bo to nic nie pomaga. Psychologowie to idioci co nic nie wiedzą.*

Wartością dla Katarzyny jest radzenie sobie w życiu i osiągnięcia zawodowe a także zdobywanie nowych umiejętności. *Dużo w życiu osiągnęłam, miałam kilka firm, w ostatniej klinice masę ludzi pod sobą, to mi się udawało...tylko te leki, co zaczęłam brać, to wymknęło mi się całkiem.*

Katarzyna mówi też o tym, iż ważnym celem jej życia obecnie jest zaprzestanie picia i brania leków. Twierdzi ona, że już wszystko zrozumiała, i nie będzie miała z tym problemu. *Już teraz wiem, gdzie zrobiłam błędy, że nie widziałam, tego jak te leki na mnie działały i jak widać było po mnie, że jestem wypita. Ja tego nie widziałam...Teraz już nigdy nie będę brała niczego, bo wiem, że to mnie zniszczyło.*

Innym celem jest dalszy rozwój kliniki i pomoc mężowi w jego działalności. Narratorka przedstawia również swoją chęć nauczenia się jeszcze lepszej obsługi komputera aby zwiększyć swoją użyteczność w prowadzeniu firmy.

Ważnym celem Katarzyny jest bycie lepszą żoną, której mąż nie musiałby się wstydzić. *To było straszne, że inni widzieli mnie pijaną, robiliśmy spotkania w naszym domu nad jeziorem, a ja nie byłam w stanie nic podać, często spałam...Teraz chcę to zmienić, mamy taki piękny dom, są tam wspólne spotkania, wielu znajomych męża przychodzi, chciałabym dobrze przygotować wszystko, żeby inni widzieli, że u nas jest miło.*

Postępowanie Katarzyny nie wyznaczają wewnętrzne wartości ale oczekiwania innych i opinie innych. Wartości, które dla Katarzyny są ważne, to te, które mają wysoki stopień uznania przez innych .

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH KATARZYNY

W przedstawionym przez Katarzynę piciorysie, który jest opowieścią biograficzną tematyczną można wyróżnić fazę wstępną trajektorii jaką jest stopniowe **gromadzenie się potencjału trajektoryjnego**. Choć Katarzyna w swoim piciorysie nie poświęca zbyt dużo czasu analizie dzieciństwa i relacji panujących w rodzinie podjęła ona pewną próbę rekonstrukcji własnych doświadczeń z dzieciństwa w celu wykonania zadania terapeutycznego jakim było napisanie własnego piciorysu. Dla Katarzyny *mówienie o dzieciństwie wydaje się bez sensu* i jej zdaniem *nie ma ono wpływu na jej dorosłe życie*. Może tutaj pojawić się element kategorii przesłonięcia czyli próby usuwania ważnych faktów z biografii i niechęć do ujawniania ich oraz podważanie ich znaczenia. Katarzyna przedstawia swoją rodzinę jako normalną, nie mającą większych problemów. Z drugiej strony stwierdza, że *matka jej nigdy nie akceptowała a ona nigdy nie miała kontaktu z matką. Gardziłam nią jako kobietą słabą i uległą ojcu, niewykształconą i za wszelką cenę próbującą ojcu dogodzić*. Katarzyna była faworyzowana przez ojca jako jedyna córka spośród 5 braci. Ojciec ją wyróżniał i pokładał w niej duże nadzieje, widząc że jest bardzo zdolna. Chwalił ją też i dawał prezenty. W domu Katarzyny panowała chłodna formalna atmosfera oddalenia się od siebie, każdy żył swoim życiem. Nie było bliskich więzi ani uczuciowych odniesień. Ojciec starał się zaimponować córce tym, że żyje w sposób swobodny, taki jaki chce i robi to co chce. Wskazywał też że najwyższą wartością jest osiągnięcie w życiu czegoś, bycie kimś wysoko postawionym w społeczeństwie. Ojciec był dla Katarzyny dużym autorytetem. Pojawia się tutaj pęknięcie pewien chaos i moralny dylemat Katarzyny *jaką przyjąć postawę wobec życia i wobec ojca. Z jednej strony krytykowałam matkę tak jak ojciec z drugiej strony widziałam jej cierpienie i było jej żal. Nie pochwaliałam zrad*. Ten dylemat i pęknięcie powodował narastanie potencjału trajektoryjnego, który powstawał na braku spójnego systemu wartości w rodzinie i wieloznacznego przekazu, który dawał ojciec. Z jednej strony manipulował córką dla swoich celów, aby zbudować własne ego z drugiej strony był jedyną osobą, z którą Katarzyna miała jakąś relację. Narastanie potencjału trajektoryjnego budowało się też na niezaspokojeniu u dziecka potrzeb psychicznych, braku zainteresowania dzieckiem i jego sprawami oraz powierzchownym przekazie wartości życiowych. Ten przekaz powodował zamieszanie i dwuznaczność w myśleniu dziecka *o tym kim jestem, jaka jestem, co jest w życiu ważne, co przesądza o wartości*. W efekcie dało to niską i niestabilną samoocenę. Nastąpiły tutaj kluczowe sprzeczności w obrębie aktualnej sytuacji życiowej. Proces trajektoryjny u Katarzyny

poprzedzony był pewnymi zapowiadającymi go symptomami, które jednak pozostawały i być może pozostają nadal częściowo niezauważone i ignorowane przez Narratorkę.

Kolejnym etapem w biografii było przełamanie bariery i **uaktywnienie trajektorii** poprzez zaistnienie silnych zewnętrznych okoliczności dezintegrujących. Katarzyna pod wpływem przekonania ojca o tym, że jedyną wartością jest wykształcenie i bycie kimś rozpoczęła studia medyczne. Było to zgodne z oczekiwaniami w domu rodzinnym jednak okazało się bardzo trudnym wyzwaniem. Katarzyna słabo radziła sobie z wymaganiami na studiach a największym jej problemem było osamotnienie, brak relacji z innymi i brak odnalezienia się w grupie studenckiej. Aby zdobyć znajomych weszła w środowisko osób używających alkoholu w celu rozluźnienia się. Picia alkoholu pomagało jej w nawiązywaniu relacji towarzyskich. *Bardzo szybko rozkręciłam się w tym temacie. Podczas studiów picie i imprezowanie dawało mi więcej satysfakcji niż sama nauka. Z drugiej strony chciałam być też zawsze najlepsza, być chwalona więc bardzo dużo czasu poświęcałam na zdobywanie nowych wiadomości i kwalifikacji. Mimo tych starań czułam się gorsza od innych, brzydsza, uważałam, że muszę być bardzo atrakcyjna jako kobieta. Wstydziałam się też swojego pochodzenia z biednej rodziny. Te uczucia powodowały, że często sięgałam po alkohol i z grzecznej dziewczyny stałam się osobą, która nie potrafi przestać pić i robi głupie i kompromitujące rzeczy. Motorem była ocena innych. Wiele kontaktów z mężczyznami.*

W kolejnym etapie trajektorii Katarzyna próbuje wypracować **nową równowagę** poszukując sposobów radzenia sobie i osiągnięcia stabilizacji. *Chciałam mieć męża i odpowiedni status.* Jej wysiłki nie przynoszą jednak długofalowych rezultatów. Nadal podlega oddziaływaniu potencjału trajektorijnego. *Nie mogłam się wyzbyć się przekonania, że bycie atrakcyjną jest jedynym źródłem stałości związku. Poznałam męża, któremu podobał się imprezowy i rozrywkowy styl życia, swoboda w zachowaniu i frywolna, wyzwolona.* Razem z mężem często pije, organizuje też spotkania na których obecny jest alkohol, jako główne źródło rozrywki. Katarzyna twierdzi, że mąż oczekiwał od niej będzie zabawna bezproblemowa dobrze prezentująca się w towarzystwie. *Mąż bardzo mocno stawiał na seks. Ja chciałam być atrakcyjna i potrzebowałam alkoholu bo bez tego miałam opory.* Katarzyna starała się sprostać oczekiwaniom. Całość wizerunku dopełniały sukcesy zawodowe. Kariera szybko się rozwijała i utwierdzało to ją, że jest kobietą sukcesu, inaczej niż matka. *Całkowicie zaangażowałam się w karierę i życie towarzyskie. Dom był pełny ludzi, lekarzy, spotkań, przy alkoholu i zabawie. Zaniedbywałam dzieci i męża. Pojawiło się poczucie winy i wzajemne oskarżanie. Zaczęłam pić w samotności, aby opanować te złe uczucia i znaleźć trochę ulgi. Nie miałam też wsparcia w*

mężu kiedy rodziły się dzieci i kiedy musiałam się nimi zajmować. W czasie ciąży próbowała zaprzestać picia i miała kilka momentów abstynencji.

Katarzyna, aby pozbyć się negatywnych oddziaływań trajektorii przyjęła za sposób całkowity odsuwanie go od siebie, co było bezskutecznym wysiłkiem, który potęgował tylko wpływ trajektorii. Katarzyna miała coraz większe trudności z wypełnianiem roli żony oraz matki. Z upływem lat zaczęła być chorobliwie zazdrosna i nie umiała pogodzić się ze starzeniem. *Wszystkie frustracje kompensowałam sobie pracą. Cały czas piłam, odczuwając zmęczenie.* Zdiagnozowała u siebie depresję i zaczęła brać leki, nie rezygnując z towarzyskiego trybu życia, łączyła je z alkoholem. Katarzyna coraz bardziej czuła **destabilizację** w swoim życiu, co doprowadziło ją do braku zaufania do samej siebie, wyobcowania i braku rozumienia siebie. Katarzyna próbowała to przezwyciężyć sukcesami w pracy i coraz większymi ilościami godzin pracy. *Brałam coraz więcej dyżurów pracowałam w różnych klinikach.*

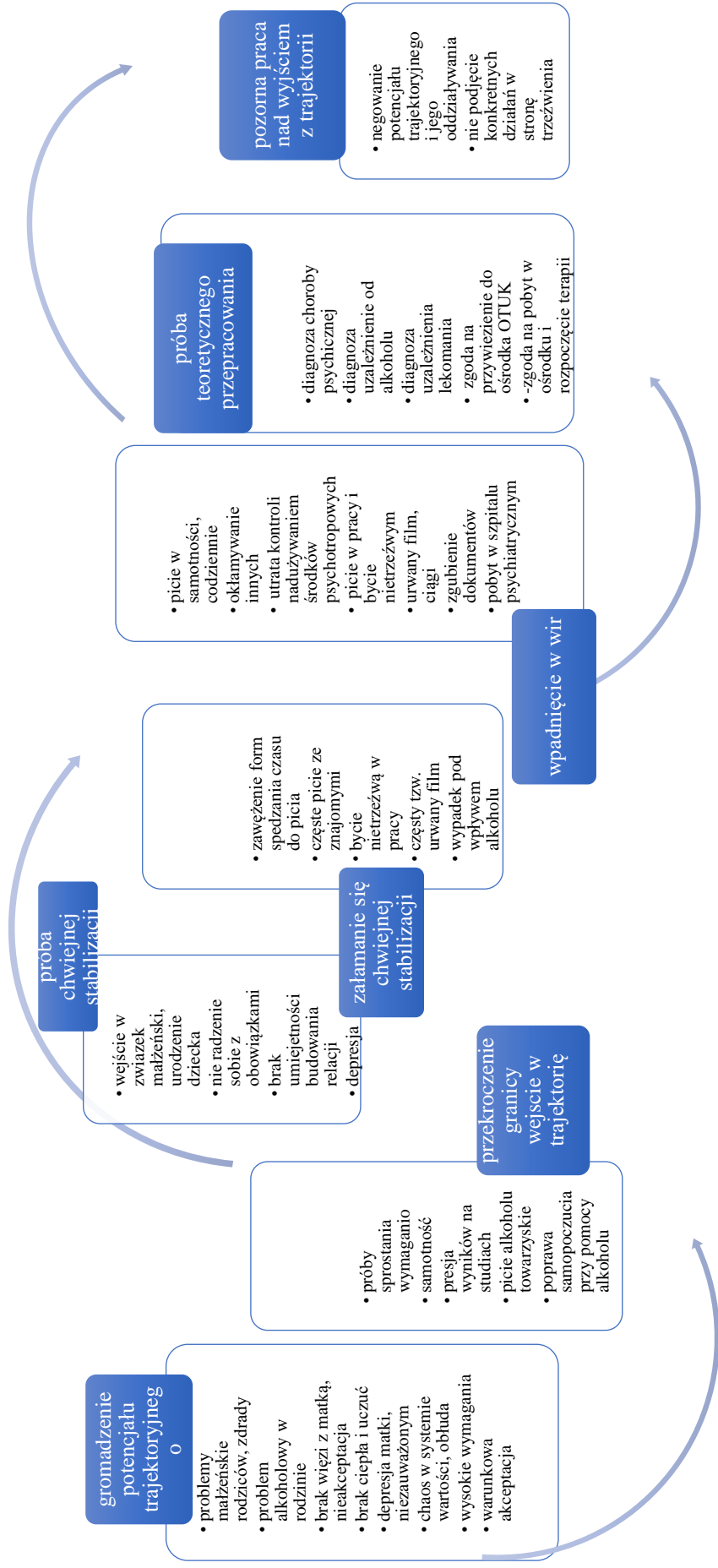
Nieadekwatne reakcje konstruowane na podstawie dotychczasowych sposobów działania potęgują dalszy chaos i niekontrolowany przebieg wydarzeń. Katarzyna, żeby sprostać wymaganiom nieustannie używa środków psychotropowych i alkoholu. Następuje utrata kontroli nad ich używaniem. Katarzynie bez używanie alkoholu trzęsą się ręce i nie jest w stanie się na niczym skupić w pracy. Po pracy pije również w domu często w towarzystwie męża oraz znajomych. Na tym jednak nie kończy. *Kiedy zostawałam sama dopijałam jeszcze w tajemnicy i zażywałam prochy.* Następuje rozkład pożycia małżeńskiego. Katarzyna ma coraz mniejszy kontakt z mężem i dziećmi. Jej główną aktywnością staje się picie i skupienie na tym, żeby organizować okazję do picia. *Nie radziłam sobie zawałam pracę, niszczyłam to co zbudowałam wcześniej.*

Ten styl życia powoduje **załamanie organizacji życia codziennego** i orientacji wobec samej siebie. Katarzyna jest cały czas pod wpływem alkoholu, nie ma już momentów abstynencji. Jest nietrzeźwa w pracy, robi awantury, często urywa jej się film, zasypia na biurku. *Często w pracy przebywałam pod wpływem alkoholu. Zaczęłam też używać środków uspakajających i środków psychotropowych aby złagodzić skutki picia.* Jeżdżąc pod wpływem alkoholu powoduje wypadek. Tu mąż stawia warunek leczenia. Jednak Katarzyna kontynuuje dalej picie. Pojawiają się u niej też stany lękowe i depresja przeplatane fazami nadmiernej aktywności i zachowań nieobliczalnych. Zaczyna też mieć omamy, wydaje jej się że ktoś ją śledzi, że mąż ją zdradza. Katarzyna trafia do szpitala psychiatrycznego gdzie zostaje zdiagnozowana choroba afektywna dwubiegunowa. Katarzyna nie akceptuje diagnozy, nie chce i nie widzi sensu leczenia. Nie współpracuje z lekarzami ani terapeutami. Traci poczucie

realizmu, nie ma więzi z żadną osobą, traci zaufanie względem osób znaczących i innych których wsparcia właśnie na tym etapie szczególnie potrzebuje, choć stara się temu zaprzeczyć.

Kolejnym etapem jest **próba wyjścia z trajektorii**. Jest ona związana z podjęciem leczenia w ośrodku OTUK w Międzyrzeczu Górnym. Poczucie własnej niemocy i konfliktu ze światem zmusza Katarzynę do podjęcia próby redefinicji własnej sytuacji życiowej. Praca terapeutyczna, pobyt w ośrodku ukierunkowuje Katarzynę na analizę doświadczanego cierpienia, próbując uchwycić jego uwarunkowania i konsekwencje dla własnego życia. Dokonuje również oceny moralnej swoich czynów. Katarzyna częściowo wchodzi w ten proces, jednak przepracowanie doświadczeń cierpienia ogranicza się często u niej do przyjęcia szablonowych, powierzchownych wyjaśnień bez rzeczywistego wniknięcia w przebieg własnej trajektorii. Katarzyna nie chce uznać własnych problemów i skutków nałogu, nie chce uznać bezsilności wobec alkoholu. Ma tutaj miejsce pewnego rodzaju zaprzeczanie, uznanie za nieważne czyli przesłonięcie. *Terapia była dla mnie bardzo cenna ale nie będzie mi jakaś alkoholiczka z AA mówiła jak ja mam żyć. Po zakończonej terapii planuję romantyczny wyjazd z mężem, chcę jakoś odzyskać męża.* Narratorka ma trudności w uznaniu swoich słabości i uruchomieniu konkretnej strategii zmiany. Katarzyna nie potrafi skupić się na całkowitej reorganizacji życia i przepracowaniu wpływu trajektorii na cele własnego, świadomego rozwoju. Katarzyna stosuje strategię ucieczki od trajektorii czyli nieprzyjmowanie do wiadomości obecnej sytuacji życiowej, ignorowania symptomów trajektorii oraz obniżanie jej rangi oraz próby fizycznego opuszczanie miejsca akcji. Katarzyna kilkakrotnie podczas leczenia podejmowała decyzję opuszczenia ośrodka, zmieniała ją jednak pod wpływem perswazji terapeutów oraz jej męża, który twierdził że jeśli Katarzyna nie ukończy terapii on z nią się rozwiedzie.

Przebieg procesów trajektoryjnych u Katarzyny przedstawiony jest na Wykresie nr 1.



Wykres nr 1. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Katarzyny. Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie

Relacje w rodzinie pochodzenia Katarzyny były zaburzone. Między rodzicami nie było właściwej więzi. Ojciec manipulował córką w celu realizacji własnych ambicji i planów. Relację z córką traktował jako zastępczą więź z żoną, wyróżniał ją i faworyzował. Córka była zależna od ojca, ale w sposób bardziej zawoalowany. Wsparcie autonomii dziecka przez ojca było pozorne. Katarzyna nie rozwinęła swojego poczucia wartości w sposób właściwy. Nie było też rozwiniętego samostanowienia.

System wartości w rodzinie był oparty na wartościach zewnętrznych: wykształcenie, uroda, wartości materialne. Katarzyna nie doświadczyła w rodzinie bezwarunkowej akceptacji, na pochwały i uznanie musiała sobie zasłużyć. To wpłynęło na jej chwiejną samoocenę. W relacjach rodzinnych brak było więzi polegającej na dzieleniu się emocjami i przeżyciami. Było też ukrywanie tajemnic tj. zdrada ojca, nadużywanie alkoholu przez brata. Temat przeżyć, uczuć, trudności psychicznych był tematem tabu. Katarzyna nie nauczyła się mówić o uczuciach, emocjach. Uznała ten świat za nieważny i odcięła się od niego.

U Katarzyny uwidacznia się zależność od opinii i oceny innych ludzi, także w znaczeniu statusu społecznego, zawodu lekarza, bycia żoną.

Katarzyna ma trudności w nawiązywaniu relacji i utrzymywaniu relacji z innymi. W całej narracji nie wspomina na temat relacji z dziećmi oraz z mężem. Również nie chce rozwijać tematu relacji z rodzicami. Brakuje u niej zrozumienia na czym polega bycie w relacji z drugim człowiekiem. Z wypowiedzi Katarzyny wynika, iż istotę jej relacji z innymi konstituuje rola społeczna, zawodowa.

W rodzinie nie było więzi między ojcem i matką. Dziecko nie uczyło się budowania relacji. Poziom autonomii u Katarzyny jest pozornie tylko wysoki. Katarzyna przedstawia siebie jako niezależną jednak jest to oparte na zewnętrznych atrybutach tj. praca, zawód lekarza, firma. Tak duże skupienie na tych obszarach wskazuje raczej na niskie poczucie wartości. Katarzyna nie wspomina o swoich wadach, trudnościach lękach, te kategorie nie funkcjonują. *Nic nie jest do poprawy, tylko trzeba wyeliminować picie.* Rozwój choroby alkoholowej u Katarzyny związany jest z deficytami w obszarze autonomii.

Z analizy trajektorii uzależnienia wynika, że Katarzyna doświadczyła wszystkich etapów rozwoju procesów trajektoryjnych, od fazy narastania potencjału trajektoryjnego po fazę dynamizowania się trajektorii, destrukcyjne działanie i utratę kontroli nad swoim życiem. W tych procesach widoczny jest brak rozwoju osobowych czynników związanych z poczuciem autonomii tj. poczucie własnej wartości oparte na wewnętrznych atrybutach oraz rozwinięcia samoświadomości. U Katarzyny występuje widoczna w analizie trajektorii ucieczka od głębszej

refleksji nad sobą i wewnętrzną motywacją do podejmowania decyzji. Katarzyna kieruje się zewnętrznymi motywami tj. uznanie społeczne, wysoki status materialny. W tych wartościach próbuje znaleźć zadowolenie i spełnienie. U Katarzyna autonomia nie została zbudowana z powodu warunkowej akceptacji, doświadczanej w domu i niespójnym przekazem wartości i postaw, którymi należy się kierować w życiu. Katarzyna próbuje realizować wyniesiony z domu model tego, co daje w życiu szczęście. Katarzyna próbuje, jak widać w przebiegu trajektorii zmienić swoje postrzeganie rzeczywistości przez picie alkoholu i nałogowe używanie leków. Jednak staje się to tylko ucieczką przed problemami i pogłębia jeszcze dramat Katarzyny. Katarzyna ma małą świadomość potrzeby spójnego i uwewnętrznionego systemu wartości, ma też trudność w dostrzeżeniu głębszych przyczyn swoich problemów.

4.2. *Cierpiałam i czułam się w obowiązku, aby milczeć i być wdzięczną, bo przecież sprowadziłam do domu taką historię – perspektywa biograficzna Agaty*

NARRATORKA AGATA – PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Agata

Cierpiałam i czułam się w obowiązku, aby milczeć i być wdzięczną bo przecież sprowadziłam do domu taką historię- centralna wypowiedź Narratorki

wiek : 39 lat

wykształcenie: wyższe

zawód: pedagog

stan cywilny: żona, staż 17 lat małżeństwa

dzieci: 2

diagnoza: uzależnienie od alkoholu, leków psychotropowych

uzależnienia w rodzinie: brat, uzależnienie od narkotyków

choroby współwystępujące: depresja, neuropatia

LIFE HISTORY AGATY – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Agata pochodzi w rodziny pełnej, gdzie zarówno ojciec i matka posiadają wyższe wykształcenie. Ojciec jest wojskowym, mama nauczycielką. Rodzice zawsze przywiązywali dużą wagę do dobrego wykształcenia Agaty. Agata od dziecka była sumienną, dobrą uczennicą. W czwartej klasie szkoły średniej Agata zakochała się w chłopaku i zaszła w ciążę. *Gdy rodzice dowiedzieli się, że jestem w ciąży, byli wściekli, zmusili mnie do usunięcia dziecka.*

Z chłopakiem zerwała znajomość. Od tego czasu zaczęła brać leki uspokajające. Agata ukończyła za namową ojca studia polonistyczne i pedagogiczne. W czasie studiów pedagogicznych Agata poznała swojego męża. Szybko wyszła za mąż. *Chciałam wyrwać się z domu i pójść na swoje.* Na studiach zaczęła też pić alkohol, najpierw było to picie towarzyskie, odnalazła się dzięki temu w grupie studenckiej. Po urodzeniu dzieci pojawiła się depresja poporodowa. *Nie radziłam sobie z opieką nad dzieckiem, męża często nie było w domu.* W ciąży przestała pić, ale zaczęła sięgać po tabletki uspokajające, gdy to nie pomagało, zaczęła organizować recepty na leki psychotropowe, głównie benzodiazepiny. Przestała radzić sobie z obowiązkami, coraz więcej piła, branie leków również bardzo się rozwinęło. Po dokonaniu czynu karalnego została pozbawiona prawa wykonywania zawodu pedagogicznego. Za jazdę pod wpływem alkoholu straciła prawo jazdy. Z powodu rozwijającego się uzależnienia przebywała kilkakrotnie na oddziale detoksykacyjnym a także w szpitalu psychiatrycznym w związku z lekomanią. Nie piła alkoholu, ale oszukiwała w tym czasie personel zażywając dalej leki psychotropowe. Po nieudanym pobycie na oddziale psychiatrycznym zdecydowała, pod wpływem presji męża, *który stwierdził, że zabiera dzieci i się rozwodzi,* o leczeniu w ośrodku OTUK w Międzyrzeczu Górnym. Do ośrodka przywiózł ją mąż wraz z tatą.

ANALIZA LIFE STORY AGATY

Relacje w rodzinie pochodzenia

W rodzinie Agaty dominowało poczucie chaosu, brak stabilizacji i kłótnie między rodzicami. *Rodzice nie mieli zdrowej relacji, tata prowadził intensywne życie towarzyskie, mama twierdziła, że ją zdradza. Kłócili się non stop. Odkąd pamiętam.* Mama jest nauczycielką i zawsze przywiązywała dużą wagę do dobrego wykształcenia Agaty. Ojciec również wysoko stawiał sukcesy szkolne. Agata od dziecka była sumienną, dobrą uczennicą. Otrzymywała bardzo dobre oceny, za które była nagradzana przez tatę finansowo. Relacje między rodzicami były burzliwe. Jak wspomina Agata w swojej narracji mama była zazdrosna o tatę, stale go kontrolowała, wszczyniała awantury. *Twierdziła, że nie tak wyobrażała sobie życie, że nie spełnia się, jest nieszczęśliwa.*

Agata bała się taty, był wojskowych i był bardzo wymagający a także karzący. Stosował on wobec dzieci kary cielesne. *U nas w domu odbywały się sądy rodzinne, jak ktoś coś przeskrobał, sami nawzajem z bratem wyznaczyć musieliśmy sobie kary, tata pilnował by były ostre.* Mama Agaty skupiona była na kontrolowaniu taty. Nie radziła sobie z życiem i zwierzała się córce ze swoich problemów. W rodzinie Agaty nastąpiła swoista zamiana ról. *Mama była*

totalnie niedojrzała, ja byłam jako ta dorosła, co musi wspierać mamę i pocieszać. Nie radziłam sobie z tym... Mama wykazywała się niedojrzałością do małżeństwa i trudnościami w wykonywaniu obowiązków domowych, obarczała swoimi problemami córkę. Staralam się wykonywać wszystkie obowiązki, być sumienną uczennicą i spełniać oczekiwania rodziców aby rodzina się nie rozpadła. Agata nie miała szczerej relacji z matką. Moja mama była zawsze super laska, zadbana, elegancka, czułam się jakoś tak...inna, matka mnie krytykowała, najbardziej mój wygląd...strasznie mnie oceniała...potem była chyba zazdrosna o ojca, niszczyła mnie przy nim. Agata nie mogła zwrócić się do rodziców ze swoimi problemami, doświadczała samotności. Kiedy zaszła w ciążę z chłopakiem, w którym się zakochała, rodzice widzieli tylko jedno rozwiązanie, którym było usunięcie ciąży. Spowodowało to całkowite zniszczenie autonomii Agaty i pozostawienie jej z problemami psychicznymi, z którymi musiała radzić sobie sama. Trudności potęgował fakt, że rodzice po zabiegu kazali mi jak gdyby nigdy nic iść do szkoły. Potem nigdy o tym nie mówiliśmy, zakaz, tabu...Agata przeżywała wyrzuty sumienia, chaos, ból narastający z biegiem lat. Radziła sobie z nim przy pomocy środków psychoaktywnych. Odsunęła się od rodziców, czując, że zrobili jej krzywdę. Przeżywała jednak wobec nich dużą powinność, w związku z tym miała nieustanne poczucie zagubienia i niepewności. Nigdy nie umiałam nazwać, co dzieje się w mojej rodzinie.

Poczucie własnej wartości, akceptacja siebie, pewność siebie, samoświadomość

Agata w narracji odpowiadając na pytanie stwierdziła, że bardzo często źle o sobie myśli. *Jestem gorsza, głupia, nieuporządkowana. Jestem winna innym posłuszeństwo, pokutę i poświęcenia za swoje pijane życie.*

Narratorka stwierdziła, że ma bardzo niskie poczucie własnej wartości oraz małą pewność siebie. *Nalóg przez lata zniszczył we mnie to wszystko... Wynika to jej zdaniem również z tego, że rodzice nie dawali jej odpowiedniego wsparcia. Tata nigdy mi nie dał poznać, że jest ze mnie zadowolony...nigdy nie byłam wystarczająco dobra. Ojciec często ją krytykował, wyzywał, bił gdy nie spełniała jego wysokich wymagań. Agata ma trudności w powiedzeniu jakiś pozytywnych rzeczy o sobie, trudno jej określić własne potrzeby. Jej samoświadomość jest niska. Przeżywa bardzo duże poczucie winy oraz powinności. *Bardzo wiele złego zrobiłam w życiu, bardzo wielu rzeczy żałuje. Mam problem z wybaczeniem sobie, choć obecnie dzięki wierze zrobiłam kroki w tą stronę. Dużym problemem jest dla niej to, że usunęła ciążę. Dopiero droga duchowa, którą odkryłam, dała mi spokój sumienia. Wiem, że Jezus mi przebaczył, modłę się dużo...**

System wartości

Narratorka twierdzi, że wcześniej nie miała ukształtowanego własnego systemu wartości. *Staralam się przetrwać w domu, spełniać co trzeba, żeby jakoś było...no i się nie narażać ojcu. Przyjmowałam to co mi kazali, żeby był spokój i żeby być dobrą córką... Czując się niepewnie starałam się naśladować to, jak żyją inni i czym się kierują. Głównie przyjąłam wartość wykształcenia i zdobycia dobrej pozycji społecznej, wykonywania zawodu szanowanego przez innych. Ciągle mi mówili, że mam się uczyć, żeby być kimś, że trzeba zrobić dobre studia...*

Obecnie Agata poprzez udział w terapii stara się wypracować swój świadomy i dojrzały określony system wartości. Na pierwszym miejscu postawiła Boga i wiarę, następnie trzeźwość poprzez realizację 12 kroków na drodze AA³. Ważne miejsce zajmuje w obecnym systemie wartości rodzina. Agata chciałaby zbudować swoje małżeństwo od nowa. Chce poprawić relacje z mężem. *Oszukiwałam, byłam egoistką, ciągle miałam żal ...nie wiadomo o co robiłam dramy...miałam go gdzieś.* Bardzo dużo trudności przeżywa Agata w swojej roli matki. Ma do siebie żal, że skrzywdziła dzieci przez swoje picie i używanie środków psychoaktywnych. *Chciałabym po terapii im to wynagrodzić, naprawić, choć wiem, że to będzie trudne, bo dzieci straciły do mnie zaufanie.*

Decyzje, role życiowe

Agata jak wspomina w wywiadzie miała niski poziom samodzielności i autonomii żyjąc z rodzicami. Rodzice sterowali jej decyzjami i wyborami w bardzo dużym stopniu. Było to sterowanie bezpośrednio, przy zorganizowaniu pozbycia się ciąży a także w sposób pośredni, poprzez stawianie wymagań, nagradzanie za wyniki w nauce, wybór drogi kształcenia. Brak wsparcia autonomii wyrażał się również w braku kontaktu, rozmów i braku zauważania potrzeb Agaty jako dziecka i nastolatki. *Nie wiedziałam, czym się kierować, miałam chaos w głowie.*

Bardzo duże trudności pojawiły się u Agaty gdy weszła w małżeństwo. Nie umiała sprostać roli żony, zresztą już sporo piła, co powodowało kłótnie i złą relację z mężem. *Nie umiałam rozmawiać, w ogóle nie wiedziałam co ja chcę w tym małżeństwie. O wszystko miałam pretensje, byłam niezrównoważona, jak moja matka. Jak pojawiły się dzieci, było jeszcze gorzej, całkowity młyn.*

Agata nie umiała poradzić sobie z dziećmi, z pracą. *Wszystko zawałam, chodziłam pijana na wywiadówki, odwoziłam pijana je do szkoły...*

³ Program 12 kroków wspólnoty Anonimowych Alkoholików to zalecenia dla trzeźwiejących alkoholików, których realizacja ma pomóc przezwyciężyć nałóg. (Dokładny opis znajduje się w Aneksie).

Obecnie Agata chce zbudować nowe, trzeźwe życie. Wierzy, że praca nad sobą i wspólnota AA⁴ pomogą jej się zmienić. Chce podejmować dojrzałe decyzje zgodne z wartościami, które wybrała.

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH AGATY

Wejście w trajektorię cierpienia związanego z uzależnieniem poprzedziło u Agaty **gromadzenie się potencjału trajektoryjnego**. Wynikało to z funkcjonowaniem rodziny Narratorki i atmosferą w niej panującą. Agata doświadcza tego, co opisuje Schütze w koncepcji trajektorii, tzn. pęknięć w świecie dziecięcych pragnień oraz tego, co chaotyczne i obce a właściwe procesom cierpienia oraz nieoczekiwanym ciągom wydarzeń (Schütze, 1997, s.12). Agata doświadcza braku poczucia bezpieczeństwa w domu. Rodzice często kłócą się ze sobą, panuje napięta atmosfera, jest ciągły chaos. Agata przeżywa boleśnie sprzeczności w swoich odczuciach co do rodziców. Mama jest bardzo zmienna w swoich emocjach, często naprzemiennie krzyczy i płacze, dając Agacie poczucie niepokoju i niepewności. Agata chciałaby pomóc mamie ale mimo starań bycia dobrą, grzeczną i solidną, nie jest w stanie sprawić że mama będzie zadowolona. Z biegiem lat mama staje się zazdrosna o relacje Agaty z ojcem. Między rodzicami relacje są bardzo burzliwe, ojciec często przebywa poza domem, ma różne znajomości z kobietami, o które mama robi mu często awantury. Tata reaguje albo ignorancją, udając że nic się nie dzieje albo agresją i wyjściem z domu. W takich sytuacjach Agata zostaje powiernicą mamy. Mama w dramatyczny sposób opowiada jej o swoich zranieniach i złości na ojca. Stosunek ojca do Agaty zależy od jego humoru. Często na złość matce nagradza Agatę, żeby stawała po jego stronie w sytuacjach konfliktu. Agata boi się ojca i stara się spełniać wszystkie jego polecenia i wymagania. Żyje w nieustannym stresie i niepewności, w poczuciu bycia niewystarczająco dobrą. Z biegiem lat odczuwa coraz większą nieakceptację własnej osoby ze strony matki. Matka wytyka jej wszystkie wady i błędy, które popełnia. *Bardzo próbowała obniżyć moją wartość. Matka głównie zajmowała się sobą, skupiona na własnym wyglądzie i byciu atrakcyjną zwłaszcza seksualnie. Chce w ten sposób zatrzymać przy sobie ojca. Z czasem stawiała się coraz bardziej obsesyjnie zazdrosna, kazała mi śledzić ojca.* Dużym problemem dla Agaty staje się to że, ma donosić na ojca. To pęknięcie

⁴ Wspólnota Anonimowych Alkoholików - dobrowolne, samopomocowe grupy osób uzależnionych od alkoholu, tworzone w celu utrzymania trzeźwości własnej i wspomagania innych alkoholików w jej osiągnięciu.

powoduje że czuje się zagubiona i nie wie czym kierować się w życiu. Czy lojalnością wobec matki czy posłuszeństwem i lękiem wobec ojca. W dalszej części gromadzenia się potencjału trajektoryjnego Agata bierze na siebie rolę pomocnika w rodzinie, osoby która próbuje tą rodzinę scalić. Powoduje to u Agaty poczucie bezsilności, słabości i lęku, że to *wszystko się nie uda, rozsypie i będzie to moja wina*. Doświadczenia bezsilności, lęku, i poczucie winy staną się źródłem narastania trajektorii w dalszych jej etapach.

W drugim etapie opowieści biograficznej następuje **dynamizowanie potencjału trajektoryjnego**. W domu rodzinnym Agaty nadal pogłębiają się problemy pomiędzy rodzicami. *Mama nie radzi sobie z tą sytuacją psychicznie i zaczyna mieć depresję. Bierze też leki, staje się jeszcze bardziej niezrównowazona*. W domu panuje napięcie, brat Agaty zaczyna brać narkotyki i spotykać się z dziwnym towarzystwem. U Agaty narasta poczucie samotności a jedyną przestrzenią, w której czuje się nieco bardziej pewna i zadowolona staje się szkoła. Agata coraz więcej czasu poświęca na naukę i wypełnianie jak najlepiej wszystkich obowiązków szkolnych. Poznaje też chłopaka w którym się zakochuje i po krótkim czasie zachodzi z nim w ciążę. *Rodzice którzy do tej pory klócili się o wszystko jednoczą się teraz i biorą sprawy w swoje ręce. Zalatwiają wszystko co trzeba. Czuję się winna, że narobiłam takich problemów rodzinie, która i tak ma ich dużo*. Agata ulega presji rodziców, bez większej refleksji, jak twierdzi, nie widząc innej drogi wyjścia usuwa ciążę. Wraca do szkoły do swoich obowiązków. W domu wszystko wraca na swoje dawne tory, nigdy się o sytuacji która zaistniała nie rozmawia. *Na drugi dzień kazali mi iść do szkoły. Doświadczylam wtedy szoku i dezorientacji. Staralam się spełniać wszystkie wymogi szkolne a w weekendy chodziłam na imprezy, był alkohol, żeby się wyluzować i nie myśleć o swoich problemach*. Rodzice planują przyszłość Agaty kierując ją na studia. Agata posłuszenie wykonuje polecenia rodziców. *Rodzice też często powtarzali, że powinna być im wdzięczna za wszystko co dla mnie robią. Alkohol zdaje się być dobrym przyjacielem. Dawał zapomnieć o bycia złą córką, samotną, nienawidzącą siebie dziewczyną. Bardzo utylam i czuję się strasznie*. Agata na studiach zaczęła dużo i często pić alkohol. Na tym etapie trajektorii pojawia się też kategoria przesłonięcia, o której w swoich analizach mówi Schütze. Odnosi się ona do różnorodnych form nieprzyjmowania do wiadomości faktów, zapominania lub obniżania rangi istotnych doświadczeń biograficznych. Usunięcie ciąży stało się niejako bolesną i mroczną tajemnicą Agaty. Obciążenie tą tajemnicą jest motorem narastania trajektorii cierpienia i samotności. Agata próbuje usunąć te bolesne fakty z pola uwagi, próbuje je niejako unieważnić .

Kolejnym etapem w trajektorii Agaty cierpienia jest **próba osiągnięcia chwiejnej równowagi**. Próba ta związana jest z wejściem Agaty w związek małżeński. Niedługo po

zawarcia małżeństwa Agata zachodzi w ciążę i rodzi syna. Później pojawia się drugie dziecko, córka. W związku z tymi wydarzeniami następuje u Agaty zaprzestanie picia na czas bycia w ciąży. Jednak po urodzeniu dziecka doświadcza załamania i depresji, nie radząc sobie z emocjami związanymi z opieką nad dzieckiem.

Kolejnym etapem rozwijającej się trajektorii jest **destabilizacja i wpadnięcie w wir**. U Agaty następuje rozwój uzależnienia lekowego ujawniający się poprzez utratę kontroli nadużywaniem substancji psychotropowych. Agata używa dużej ilości leków, chodząc do kilku lekarzy psychiatrów i prosząc o przepisywanie recept. *Nauczyłam się również bardzo skutecznie radzić sobie z zamawianiem leków przez Internet. Wzrasta również u Agaty częstotliwość picia alkoholu. Piłam w samotności chowając alkohol w różnych miejscach kiedy mąż był w pracy. Piłam też przy dziecku, gdy wykonałam obowiązki w domu takie jak sprzątanie gotowanie.* Alkohol pije codziennie nie wyobraża sobie że może nie mieć tego środka odurzającego na zapas pod ręką. W międzyczasie Agata podjęła pracę w ośrodku opiekuńczo wychowawczym. W związku z nieustannym byciem pod wpływem alkoholu również w pracy często jest nietrzeźwa. Pod wpływem alkoholu wozi też dzieci do szkoły. Podczas przywożenia do szkoły powoduje wypadek. Wzmacnia u niej poczucie bycia nieodpowiedzialną i złą matką a także lęk o to co może zrobić dzieciom kiedy jest pod wpływem alkoholu. Żeby uciec od negatywnego myślenia coraz bardziej uzależnia się od leków. *Na tym etapie zażywałam nawet do 60 tabletek dziennie różnych substancji psychotropowych, barbituranów.* Nie mając dostępu do leków dokonuje napadu i wymuszenia w aptecce strasząc farmaceutkę rzekomą bronią. Za ten czyn dostaje wyrok w zawieszeniu oraz zakaz pracy na stanowisku pedagogicznym.

Te wydarzenia powodują u Agaty **załamanie się orientacji wobec samej siebie**. Jej kompetencja do organizacji życia traci się ostatecznie. Agata staje się niezdolna do jakiegokolwiek przemyślanego działania. Mąż rozważa rozstanie z żoną i zabranie dzieci. U Agaty narasta poczucie rozpacz, samotności braku więzi z kimkolwiek. Następuje też konflikt z rodzicami, którzy nie akceptują sposobu życia Agaty i próbują zmusić ją do leczenia. Agata zostaje umieszczona na oddziale psychiatrycznym w celu leczenia lekomani. Agata przebywa w szpitalu 3 miesiące jednak nie podejmuje świadomej próby zmiany. Oszukuje personel, załatwiając sobie różnego typu leki, którymi wspomaga się podczas pobytu w szpitalu. Po powrocie do domu rozwija się dalej jej uzależnienie od leków, które używa popijając alkoholem. Traci całkowicie kontrolę nad używaniem substancji psychoaktywnych. Na tym etapie trajektorii pogarsza się też u Agaty stan zdrowia fizycznego. Przebywa często na oddziale toksykologii w celu niwelowania efektów zatrucia, stanów lękowych i drgawek oraz słabego działania wielu narządów wewnętrznych.

Agata zostaje przywieziona do ośrodka OTUK przez męża i ojca. W biografii Narratorki następuje etap **próby opanowania i przepracowania trajektorii** cierpienia i uzależnienia. Jej stan fizyczny i psychiczny jest dość ciężki. Ma drgawki i paraliż twarzy. Mowa jest bardzo nieskładna. Również psychicznie jest słaby kontakt z Agnieszką. *Wydawało mi się, że jestem nieobecna, jakby za jakąś szybą, bierna i raczej miałam małą nadzieję, że ktoś mi tu pomoże. Jednak po krótkim czasie pobytu mój stan się bardzo poprawia a wszystkie zmiany się cofają.* Agata przeżywa w ośrodku swoje nawrócenie i poprzez modlitwę kieruje się o pomoc do Boga. *Ja to wszystko co tu się wydarzyło traktuję w kategoriach cudu.* Następuje u Agaty świadome wejście na drogę przemiany, co wyraża się w dużym zaangażowaniu w terapię w ośrodku. Agata przyjmuje pomoc od terapeutów i wchodzi z zaufaniem w relacje z nimi. Następuje u Agaty przepracowanie przeszłości. Szczególnie dotyczy to relacji z rodzicami, poczucia krzywdy i zmuszeniu do aborcji. Ważnym elementem przepracowania stało się ujawnienie dokonanej aborcji. Agata na drodze duchowej dokonała przebaczenia zarówno rodzicom a także sobie dokonanego czynu. *Pojednałam się też z nienarodzonym dzieckiem na modlitwie i powierzyłam całą bolesną przeszłość Bogu.* Praca terapeutyczna pozwoliła jej na *zaakceptowanie swojej historii życia i zobaczenia w niej sensu, zwłaszcza w trudnych wydarzeniach. Przebaczenie sobie i zwrócenie się do Boga było dla mnie najistotniejszym owocem terapii w ośrodku. Na tej drodze zaakceptowałam też, że jestem uzależniona od alkoholu i leków i przyjąłam wszystkie konsekwencje z tym związane, co do dalszego swojego życia.*

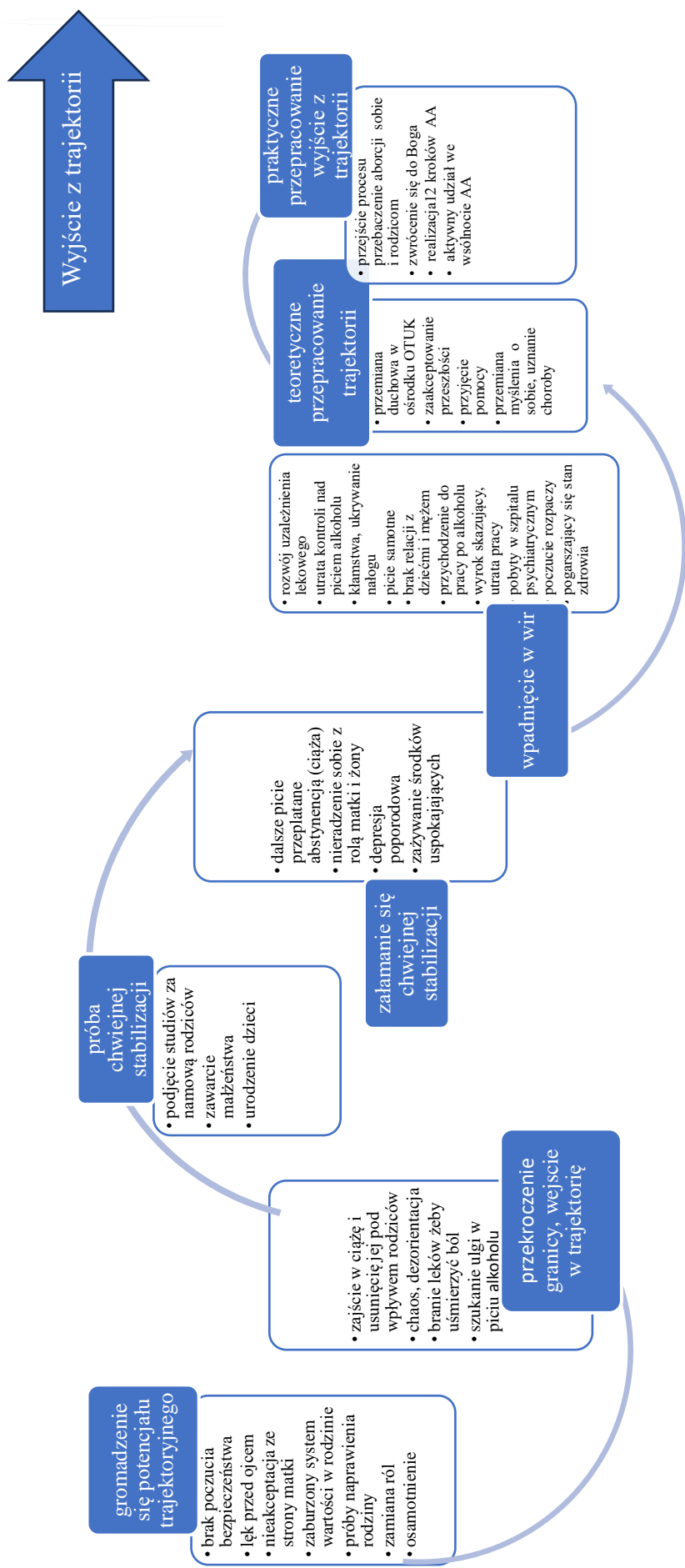
Etap wychodzenia z trajektorii, który jest **próbą praktycznego uwolnienia** się z jej więzów Agata widzi jako wejście do wspólnoty AA i pracę nad sobą. *Jest to droga rozwoju psychicznego i duchowego w kierunku trzeźwego życia bez uzależnienia jednak z pełną świadomością że jest się nadal chorym i ma się skłonność do utraty kontroli nad używanym środkiem.* Agata podjęła pracę nad wprowadzaniem 12 kroków w życie, przy wsparciu sponsora⁵, opiekuna ze wspólnoty AA, który ma większe doświadczenie w trzeźwieniu i chce się nim dzielić. Agata jako element praktycznego działania uwalniania się z więzów trajektorii *praktykuje codzienną modlitwę powierzanie się Bogu jako Sile Wyższej, mogącej uwolnić ją od wad i nałogów. Praktykuje też udział w spotkaniach wspólnoty AA oraz codzienne wdzięczności jako element rozwoju duchowego.* Praktycznym elementem wychodzenia z trajektorii jest też u Agaty działanie na rzecz poprawy relacji z mężem. Agata odbudowuje te relacje poprzez szczerą rozmowę o problemach z przeszłości oraz wybaczenie. *Uczę się też lepszej komunikacji co do własnych potrzeb i zauważania potrzeb męża.* Wspólnie z mężem postanawiają

⁵ Sponsor w AA – jest to alkoholik, który ma stanowić wsparcie dla drugiego chorego. Relacja tych dwóch osób opiera się na zasadzie równości i polega na wzajemnym dzieleniu się doświadczeniem.

uniezależnić się od pomocy finansowej od rodziców i odcięcie pępowiny i budować autonomię jako małżeństwo. *Dla mnie rodzina staje się wartością bardzo ważną, zaraz po Bogu, w którym mam fundament swojego życia.*

Wyraźnie zaznaczona w biografii Agaty trajektoria cierpienia związanego z aborcją i stratą dziecka w miarę podejmowania pracy nad jej racjonalizacją i odzyskiwaniem nad nią kontroli przestaje silnie oddziaływać na jej życie zarówno osobiste jak i małżeńskie.

Przebieg trajektorii biograficznej Agaty przedstawia Wykres nr 2.



Wykres nr 2. Przebieg procesów trajekcyjnych w biografii Narratorki Agaty. Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Analiza narracji Agaty przedstawia uwarunkowania zarówno problemów z zaspokojeniem potrzeby autonomii jak i potrzeby bliskości w relacjach. Obszary nabierają głębszego znaczenia w zrozumieniu rozwoju uzależnienia u Narratorki. Wypowiedzi Agaty zawartych zarówno w narracji jak i w piciorysie pozwala dostrzec istotne tematyczne linie biografii jako element struktur procesowych.

Analizując linię biograficzną rodziny zawartą zarówno w life history jak i life story można zauważyć dysfunkcyjne elementy w rodzinie pochodzenia Agaty. Narratorka nadaje im duże znaczenie w związku z wystąpieniem problemów uzależnieniowych w dalszym życiu. Przedstawieniu swojej sytuacji rodzinnej oraz uczuć, przeżyć przemyśleń związanych dzieciństwem i młodością Agata poświęca znaczącą część swojej narracji.

Znaczącymi wydarzeniami dla Narratorki są przede wszystkim kłótnie pomiędzy rodzicami, brak właściwej relacji w małżeństwie oraz zamiana ról w rodzinie czyli parentyfikacja. Nadmierna kontrola rodzicielska oparta na nakazach, groźbach, stosowaniu przymusu nie sprzyja integracyjnemu rozwojowi Agaty.

Ojciec Agaty który był wojskowym wprowadzał wobec dzieci bardzo wysokie i rygorystyczne wymagania a także kary. Nakazywał też dzieciom wzajemnie karanie siebie. Postawy te zaburzyły u Agaty proces rozwoju kontroli wewnętrznej i zdolność do samoregulacji emocji i zachowań.

Innym problemem obecnym w doświadczeniu Agaty była nieakceptacja i krytyka ze strony matki. Matka była niestabilna emocjonalnie i nie okazywała Agacie uczuć ani troski. Opieka, która miała niski poziom wsparcia dla autonomii, przygotowała grunt pod zaburzenia przywiązania i zubożałą sprawczość. Agata doświadczyła zaburzenia relacji przywiązania co stanowiło czynnik destrukcyjny w dalszym jej życiu.

W relacji z rodzicami Agata miała poczucie niezrozumienia, samotności oraz warunkowej miłości. Wpłynęło to na brak poczucia własnej wartości, niepewność i nieakceptację siebie u Narratorki. W tym przypadku rodzice usiłowali zaszcześcić w dziecku pozytywne lub negatywne odczucia dotyczące samej siebie, uzależnione od przestrzegania rodzicielskich standardów i celów. Ojciec wskazywał wartość córki ale często robił to na złość żonie i było tylko rodzajem karty przetargowej w konfliktach z żoną.

W rodzinie Agaty brak było wsparcia autonomii dziecka. Agata nie miała prawa do wyrażania swojego zdania, nie stwarzano jej możliwości wyboru, wszelkie formy sprzeciwu ojcu były od razu piętnowane i karane. *Wszyscy musieli spełniać to co kazał ojciec bałam się postępować inaczej.*

Struktura rodziny była niestabilna. Poprzez zdrady ojca Agata nie doświadczyła stabilnej sytuacji rodzinnej, budziło to jej obawę o przetrwanie rodziny. Agata poprzez spełnianie wszystkich wymagań rodziców wzięła na siebie niejako odpowiedzialność za utrzymanie równowagi w rodzinie. Chciała też pomagać dorosłym zwłaszcza mamie w rozwiązaniu jej problemów. Agata nie ukształtowała odpowiedniego poczucia własnej autonomii w zakresie samoświadomości, odrębności i pewności siebie. Zamiast tego starała się zapobiec rozwojowi dalszych problemów w rodzinie.

W narracji Agaty pojawia się punkt kryzysowy, który całkowicie zdestabilizował funkcjonowanie autonomii Agaty i zaburzył jej poczucie sprawstwa i wartości wprowadzając szok i dezorientację. Tym momentem była dokonana aborcja, którą wymusili rodzice.

To doświadczenie było też doświadczeniem traumy, która ze swej definicji wpływa destrukcyjnie na wszystkie sfery funkcjonowania i powoduje destabilizację dotychczasowych sposobów radzenia sobie. Trauma ta jest powiązana, jak wskazuje Agata w swojej narracji z rozwojem uzależnienia najpierw od leków a następnie od alkoholu.

Analiza trajektorii wskazuje, że u Agaty w okresie dorosłości rozwijały się nadal zaburzenia autonomicznego funkcjonowania w kontekście relacji. Analizując linię małżeństwa i rodziny jako ważną linię biograficzną w narracji Agaty na pierwszy plan ukazują się problemy relacyjne, z którymi Agata weszła w małżeństwo. Wśród nich brak wzorców budowania dobrych relacji małżeńskich, ucieczka od trudnych uczuć, poczucia winy, chaosu w związku z dokonaną aborcją. Trudnością był też brak ukształtowanie własnego systemu wartości na których świadomie budowałyby życie rodzinne. Z przebiegu trajektorii można zauważyć, że Agata próbowała radzić sobie z trudnościami w rozwoju autonomii relacyjnej stosując substancje psychoaktywne co poskutkowało rozwijającym się wirem uzależnienia.

W analizie trajektorii ujawnia się również przełomowy moment zmiany życia poprzez przyjazd do ośrodka OTUK w Międzyrzeczu Górnym. Agata w swoim opowiadaniu historii życia wskazuje ten moment jako cud, który uratował ją zarówno przed śmiercią fizyczną jak i dalszym cierpieniem i degradacją psychiczną. W swojej narracji za najważniejszy moment swojego życia Agata uznaje przemianę duchową i odnalezienie Boga, jako rodzaj epifanii. Ważnym było też doświadczenie przebaczenia dokonanej aborcji oraz pojednania ze swoim nienarodzonym dzieckiem. Ten proces przebaczenia jest dla Agaty źródła jej postępów na drodze trzeźwienia, umożliwiając jej zarówno teoretyczne jak i praktyczne przepracowanie trajektorii cierpienia i uzależnienia w swoim życiu.

Przemiana jaka się w niej dokonała stanowi przełom biograficzny w jej życiu. Zaakceptowała w pełni historię swojego życia, swoje uwarunkowania rodzinne i traumę co

stanowi ogromny krok na drodze budowania autonomii u Agaty. Agata świadomie rozpoczęła pracę nad budową systemu wartości, na pierwszym miejscu umieszczając Boga następnie rodzinę i małżeństwo. Ważną wartością jest realizacja drogi trzeźwienia poprzez realizację 12 kroków AA. W relacji biograficznej Agaty widać zaangażowanie w proces odbudowy autonomii poprzez samowychowanie i formację duchową.

4.3. *Mama nigdy nie okazywała mi miłości* – perspektywa biograficzna Justyny

NARRATORKA JUSTYNA- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Justyna

Mama nigdy nie okazywała mi miłości- centralna wypowiedź Narratorki

wiek: 54 lata

wykształcenie: wyższe

zawód: farmaceutka

stan cywilny: żona, staż 22 lat małżeństwa

dzieci: 2 córki

diagnoza: uzależnienie od alkoholu, leków psychotropowych

uzależnienia w rodzinie: ojciec, uzależnienie od alkoholu

choroby współwystępujące: zaburzenia krążenia

LIFE HISTORY JUSTYNY – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Justyna pochodzi z pełnej rodziny, w której panowały bardzo wysokie wymagania wobec dzieci. Wymagania te stawiała matka, która jest osobą bardzo dominującą. Swoje obecne relacje z matką Justyna określa jako *trudne i raniące ją*. Ojciec zmarł 10 lat temu. Narratorka w swoim opowiadaniu bardzo dużo czasu poświęciła analizując swoje dzieciństwo, obwiniając za swoje życiowe problemy mamę. *Życie z mamą pod jednym dachem nie pozwala jej wejść w dorosłość*. Justyna ukończyła bardzo trudne studia farmaceutyczne. Praca jest dla niej bardzo ważna. Justyna wcześniej wyszła za mąż, wybrała wykształconego i przystojnego mężczyznę o wysokim statusie materialnym. Mąż ma duże aspiracje zawodowe i finansowe. Szybko pojawiły się dzieci. Obecnie Narratorka nie jest zadowolona ze swojego życia rodzinnego, poprzez picie alkoholu bardzo zaniedbała, jak twierdzi rodzinę, pracę i swoje zdrowie i kondycję. Wiele lat ukrywała swój nałóg przed mężem i córkami. Terapia w ośrodku OTUK w Międzyrzeczu Górnym jest jej pierwszą próbą leczenia.

Relacje w rodzinie pochodzenia

W rodzinie Justyny panowały niewłaściwe relacje. *W domu, główną osobą rządzącą była matka.* Była wymagająca i dominująca wobec wszystkich tzn. Justyny, jej brata i ojca. *Tata był pod pantoflem mamy. Zdarzało się, że pił alkohol ale nigdy się nie awanturował. Zawsze w cieniu matki, taki był...jakby go nie było.* Był zamknięty w sobie i jakby nieobecny dla Justyny. *Nie miałam z nim dobrego kontaktu, choć było mi go żal później, czułam też, że jest po mojej stronie, że mnie jakoś...rozumie.* Matka była bardzo wymagająca wobec córki i bardzo krytyczna. *W rodzinie praktycznie nie okazywało się uczuć. Rozmowa to były pouczenia, takie poszturchiwania raczej.* Dotyczyło to krytyki zarówno charakteru dziecka jak i wyglądu. Justyna nie czuła, że może zwrócić się do matki z jakimkolwiek problemem czy potrzebą.

Autonomia dziecka nie była wspierana przez dominującą nad wszystkimi matkę. *Nawet przejawy charakteru mojego, uczuciowe, były tłamszone.* Justyna czuła się przez to niepewna siebie. Mimo, że była piękną dziewczyną nie doświadczała akceptacji. *W liceum podobałam się chłopcom, inni dawali mi też znać, że jestem ładna, ale w domu to była krytyka...że jestem pusta, wiecznie matka mnie pouczała, cały czas.* Była też bardzo uczuciowa i emocjonalna co było krytykowane i odbierane jako słabość. Justyna odczuwała, że matka ma wobec niej duże oczekiwania i starała się je spełnić. *Starałam się być grzeczna, miła, zawsze taka jak trzeba...czułaś się wtedy też głupia...i chyba coś w tym było.*

Mama starała się kontrolować istotne sfery życia Justyny, również kiedy Justyna wyszła za mąż i była matką. Justyna, aby nie wzbudzać konfliktów ukrywała swoje prawdziwe uczucia i przekonania i starała się nie reagować. Powodowało to funkcjonowanie skupione na pozorach relacji. *Nie wiem co czuję do matki teraz, raczej niewiele...najpierw na terapii chciałam się odciąć od tego co było, ale zobaczyłam jakąś złość w sobie, na nią...*

Poczucie wartości, akceptacja siebie, pewność siebie, samoświadomość

Justyna stwierdza w narracji, że jest niepewna siebie i ma trudności w dostrzeżeniu swoich mocnych stron. Wiąże to z krytyką i nieakceptacją, której doświadczała gdy była dzieckiem i której nadal doświadcza, co jest dla niej bolesne. Mimo naszej odrębnej części domu mama uczestniczy w naszym w życiu, wtrącając się we wszystko. *Często wytykała mi błędy w prowadzeniu domu i w byciu złą żoną i matką. Bardzo lubi Andrzeja i czasem go chwali w kontrze do mnie. Jak ten chłop z Tobą wytrzymuje, jesteś beznadziejna.* Justyna jak twierdzi, była uległa mamie, wszystko przyjmowała z pokorą i skrywała w sobie co spowodowało jej problemy z dobrym myśleniem o sobie.

Justyna ma niskie poczucie własnej wartości, dużą część narracji płakała, zarzucając sobie, że jest za bardzo uczuciowa, co zresztą zawsze podkreślała jej matka. Ma duże poczucie winy, w związku z tym, że zawiodła wszystkich przez to, że piła. *Mąż musiał się za mnie wstydzić, matka też się martwi.* Justyna nie może się pogodzić z faktem, że utraciła kontrolę nad piciem, piła w pracy, przeżywa przez to duży wstyd.

System wartości

Przekazywane w domu rodzinnym wartości skupione były na radzeniu sobie w życiu poprzez sukces, wysoki status społeczny i majątkowy. Te wartości stawiane były zdaniem Justyny jako wzór i kierunek dobrego życia. System wartości, który został przekazany Justynie oparty był na zewnętrznych atrybutach radzenia sobie i nie okazywania słabości ani potrzeb. *Reprezentantem takiego życia była moja matka, która była zimna, nie okazywała uczuć. To ona nosiła spodnie w rodzinie.* Ten model kobiety stawiany był Justynie za wzór.

Wartością którą realizowała Justyna w swoim życiu była nauka oraz zdobycie dobrego wykształcenia. W domu nie mówiło się o uczuciach ani potrzebach psychicznych. Justyna osiągała dobre wyniki w szkole, była bardzo pracowita i sumienna. Po maturze podjęła studia medyczne, za namową i pochwałą rodziców. Miała duże trudności na studiach z powodu stresu i nadmiernych wymagań. Jednak nikomu się do tego nie przyznawała. Bardzo dużo i długo się przygotowywała do zajęć, miała jednak często poprawki.

Decyzje, role życiowe

Justyna ma małą samodzielność w podejmowaniu decyzji. *Wybory życiowe podejmowałam tak jak chciała matka.* Zwłaszcza studia podjęte były w celu wypełnienia roli wyznaczonej przez matkę. Wybór studiów i zawodu miał służyć osiągnięciu wysokiego statusu społecznego i majątkowego.

Po założeniu rodziny celem moim było również dobre prowadzenie domu i bycie piękną i miłą żoną. Ważne było dla Justyny sprostanie wymaganiom i oczekiwaniom męża, który wysoko cenił wysportowaną sylwetkę, spotkania w towarzyskim gronie, gdzie zazdrozczono by mu żony i pięknie urządzonego domu. Justyna chciałaby spełnić te wymagania i wzbudzić podziw męża. Terapie i rozwój duchowy traktuje jako element, który jej w tym pomoże i pozwoli utrzymać dobre zdanie o sobie i też pokazać się. *Teraz się modlę, chcę żeby było wszystko dobrze...proszę Boga żebym tylko nie piła, to wszystko sobie jakoś poskładam.*

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH JUSTYNY

W biografii Justyny od samego początku jej przebiegu ujawnia się **etap gromadzenia potencjału trajektoryjnego**. Justyna doświadcza w rodzinie braku akceptacji ze strony matki i bardzo dużej krytyki już od wczesnego dzieciństwa. *Odkąd pamiętam miałam wrażenie że mama mnie tak naprawdę nie lubi, tego jaka jestem i jaka nie jestem. Nie akceptowała, że jestem uczuciowa i wrażliwa.* Matka była bardzo wymagająca wobec Justyny i często okazywała jej dezaprobatę. Innym elementem rozdarcia i niepokoju Justyny, które stworzyło dużą podatność na zranienie w dalszym jej życiu była niewłaściwa relacja pomiędzy rodzicami. *Mama przejęła całą kontrolę nad rodziną, nad wychowaniem dzieci a ojciec wycofał się z tej roli i był właściwie nieobecny.* Ojciec Justyny pogrążony był w swoim świecie. *Tata pił alkohol, bardzo mało mówił, był takim elementem obcym w domu... matka z nim nie rozmawiała ani się z nim nie liczyła.* Rodzice nie rozmawiali ze sobą, nie okazywali sobie uczuć ani wsparcia. Ojciec w przeciwieństwie do matki okazywał jednak jakieś uczucia córce. *Zdarzało się pochwalił mnie i czasem powiedział, że mnie kocha.* Justyna czuła się związana z ojcem bardziej niż z matką. *W pewien sposób solidaryzowałam się w z nim wobec dominującej, nie ukazującej uczuć matki.* Matka przedstawiała siebie jako kobieta sukcesu i tego też uczyła córkę. Potencjał trajektoryjny, który narastał w biografii Justyny dotyczył ukształtowania się niskiego poczucia wartości, zagubienia i niepewności do tego jaka jest i jaka chciałaby być. Zamiast tego, na pierwszym miejscu, kształtowało się poczucie powinności: *jaka powinnam być.* *Był to nieustanny przekaz, który kierowała do mnie matka.* Justyna w dzieciństwie i młodości wybrała drogę spełniania oczekiwań innych, zwłaszcza matki, jako drogę określenia siebie. Stanowiło to ramowe warunki do rozwijania się potencjału trajektoryjnego.

Dynamizacji procesu trajektoryjnego sprzyjało u Justyny doświadczanie własnej bezradności i niepewności. Skierowana przez dominującą matkę na studia przyjęła to jako swoją drogę życia i postanowiła realizować najlepiej jak potrafi. Studia stały się dla Justyny traumatycznym doświadczeniem wymagań i stresu z tym związanego. Od początku miała trudności w sprostaniu wymaganiom na studiach. *Podjęłam wtedy próbę rozluźnienia się przy użyciu alkoholu.* *Było to picie w samotności, głównie wina wieczorami aby móc zasnąć.* *Dawało mi to poczucie chwilowej ulgi i poczucia się dobrze.* Od początku używania alkoholu Justyna widziała w sobie chęć zapomnienia o problemach. Towarzyszyło jej też wiele negatywnych odczuć na swój temat. *Bałam się opinii innych, nie miałam znajomych, nie umiałam nawiązywać relacji.* *Alkohol pomagał być towarzyską.* *Czułam się beznadziejna, że nic nie*

potrafię dobrze zrobić z niczym sobie nie radzę chciałam jakoś sobie pomóc jakoś poradzić trochę się rozluźnić. Na studiach medycznych poznała męża, szybko się pobrali. Jak go poznałam, to myślałam, że złapałam Boga za nogi, to było spełnienie marzeń. W relacji małżeńskiej pojawiły się problemy. Justyna potrzebowała, żeby mąż ją wspierał, nią kierował i brał odpowiedzialność. Mąż przez dłuższy czas był pobłażliwy, negował problem picia Justyny, organizował życie rodzinne. Był od organizowania mi czasu i od ustalania wszystkiego. Nadużywanie alkoholu stało się coraz większym problemem Justyny, choć starała się to ukryć przed mężem i rodziną. Okłamywałam męża, miałam wpadki przy gościach, że byłam pijana, że znalazł alkohol. Mąż wszedł w kontrolę a ja w deklarację, nie umiałam być taką żoną jakbym chciała. Szukałam okazji żeby się odizolować... nie byłam szczera. Bardzo dużo zaczęłam pracować, chciałam uratować swój związek, nie mogłam poradzić sobie z faktem że czułam, że rozczarowałam męża.

Pojawiły się też problemy w pracy. Justynie trudno było sprostać wymaganiom, nie umiała też stawiać granic. *Czułam się cały czas zobowiązana do spełniania oczekiwań swojego szefa. Chciałam, żeby wszyscy byli zadowoleni, bardzo mi było przykro jak ktoś coś mi wytknął, bardzo zawsze chciałam wszystko zrobić dobrze i płakać mi się chciało, że inni tego nie widzą nie doceniają.*

Po zajściu w ciąża Justyna podejmuje **próbę stabilizacji**, opanowania narastającego chaosu i uzależnienia. *Postanowiłam nie pić w ciąży.* Ta okresowa abstynencja nie jest jednak trwała. I nie daje jej też poczucia radzenia sobie z życiem. Pojawiają się u Justyny trudne uczucia, które wcześniej wypierała pijąc alkohol. *Czułam się też brzydka i rozbita, zwłaszcza po urodzeniu dziecka wszystko na mnie spadło, nie radziłam sobie, ciągle płakałam.* Justyna przeżywa po urodzeniu dziecka depresję poporodową, którą próbuje łagodzić lekami i sięganiem po alkohol. Mąż widząc, że Justyna sobie nie radzi z abstynencją zaczynają mocno ją kontrolować. Próbuje też brać na siebie więcej obowiązków domowych. Justyna okłamuje męża i coraz częściej używa substancji leków psychotropowych. Justyna stopniowo czuje się coraz bardziej przytłoczona oddziaływaniem sił zewnętrznych, nie radzenia sobie z rolą matki i żony. Przeżywa coraz bardziej wyobcowanie względem samej siebie. *Byłam złą matką i żoną nie taką jaką powinnam być, nie rozumiałam co się ze mną dzieje.* Dodatkowo przetłoczeniem dla Justyny staje się krytykująca matka która po śmierci ojca zamieszkała z rodziną Justyny. Matka krytykuje Justynę i nieustannie wytyka błędy. *Nie rozumiem jak twój mąż może z tobą wytrzymać, z taką żoną... ja go podziwiam bo naprawdę ma ciężko.*

Trajektoria u Justyny wchodzi w **fazę destabilizacji, wir.** Pojawia się doświadczenie utraty kontroli nad własnym życiem. Następuje destabilizacja dotychczasowych prób radzenia

sobie z obowiązkami. Próby stają się bezskuteczne i sposoby radzenia całkowicie załamują się. Justyna doświadcza nieustannego poczucia samotności, pustki oraz niespełnienia i rozpaczy. *Zaniedbałam siebie również fizycznie o co zawsze dbałam wcześniej bo to przynajmniej miałam, że byłam ładna. Nie zajmowałam się dziećmi, nie miałam na to ochoty bo ciągle byłam w depresji, mąż był na mnie zły, denerwował się krytykował. Ja robiłam awantury, po to żeby móc potem po pokłóceniu się spokojnie iść się napić. Oszukiwałam męża, który na początku próbował coś jeszcze robić a potem też już miał dość.*

W trajektorii Justyny następuje **załamanie organizacji życia** zawodowego. W tym obszarze Justyna próbowała wcześniej utrzymać dobry obraz siebie jako osoby, która w pracy potrafi sprostać wymaganiom. Ta sytuacja się zmieniła i nastąpiło przekroczenie granicy radzenia sobie, w związku z piciem alkoholu i ciągami alkoholowymi, w których trwała po kilka tygodni. Nastąpiło picie w pracy a następnie wypadek w pracy związany z byciem w stanie nietrzeźwym. Powiększyło to u Justyny załamanie psychiczne, co skutkowało próbą samobójczą. Te wydarzenia ujawnienia picia przed innymi, przed współpracownikami w pracy wywołały u Justyny poczucie winy, wstydu oraz rozpaczy. Nastąpiło spotęgowanie oddziaływania dezorganizujących czynników przy chaotycznym i nieadekwatnym reagowaniu według starych schematów. Justyna doświadczając tych trudności podejmowała decyzję zawsze taką samą, żeby się napić. *Zresztą czułam, że utraciłam już kontrolę nad namiętnością i że wszystko prowadzi do przepaści.*

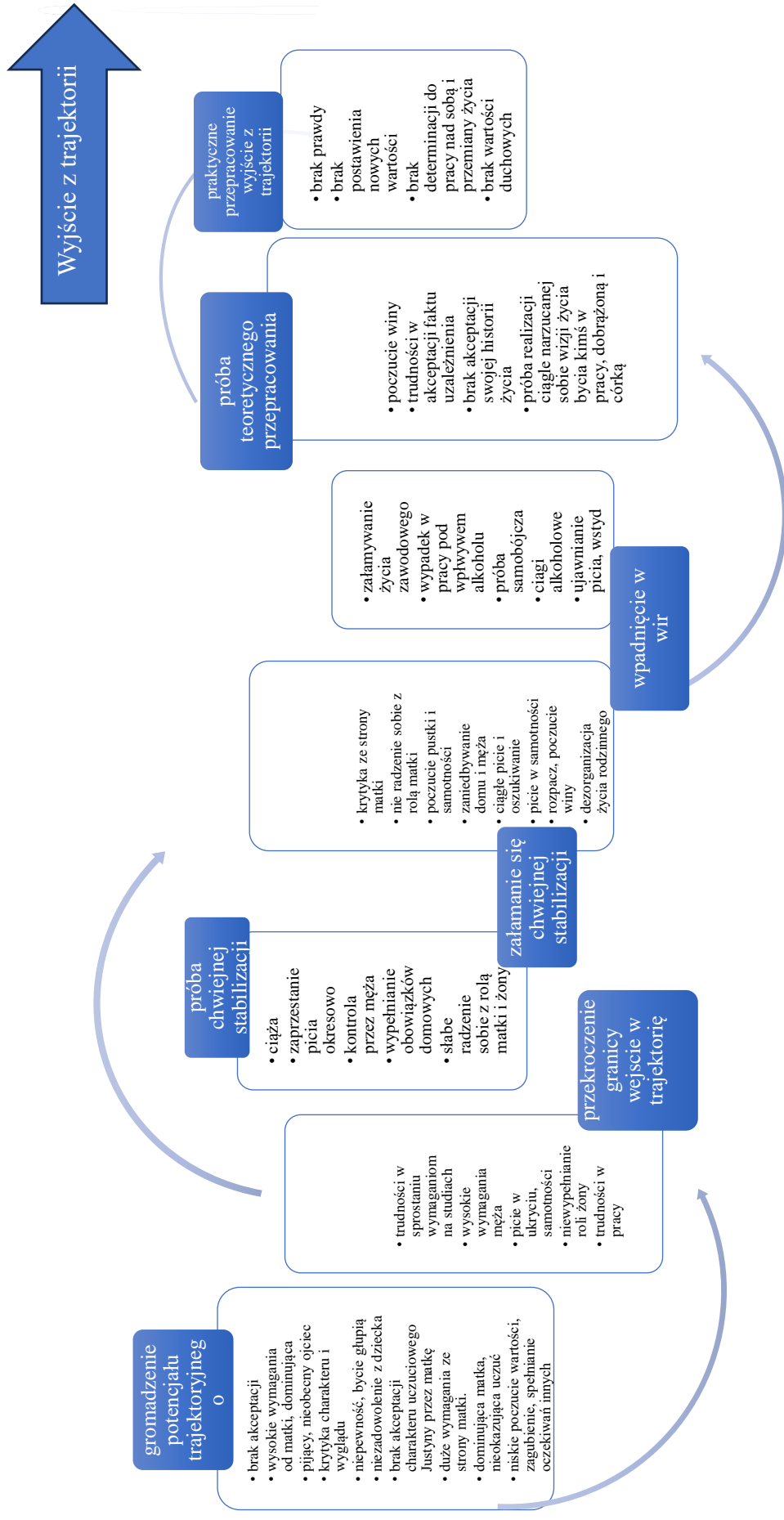
Przytłoczona niezadowoleniem i krytyką męża oraz chęcią żeby sprostać oczekiwaniom i go udobruchać decyduje się na podjęcie leczenia w ośrodku terapii uzależnień. *Mąż postawił warunek leczenia i chciałam się zrehabilitować się też przed córkami, ale matka nie mogła się dowiedzieć, matka tego nie przeżyje, bo będzie bolesne.*

Justyna za namową męża oraz córek decyduje się na przyjazd do ośrodka OTUK w Międzyrzeczu Górnym. Pod wpływem oddziaływań terapeutycznych i własnego doświadczenia bezradności wobec życia i alkoholu podejmuje **próbę przepracowania trajektorii cierpienia i uzależnienia**, której doświadczała. Trudnością Justyny w uruchomieniu konkretnej strategii radzenia sobie w tej sytuacji jest brak akceptacji faktu uzależnienia oraz brak akceptacji popełnionych błędów. Blokada przed analizą doświadczanego cierpienia trajektorii i próbą uchwycenia jej uwarunkowań i konsekwencji dla własnego życia jest doświadczane przez Justynę ogromnego poczucia wstydu głównie przed matką i mężem. Justyna ma trudności w ocenie moralnej swoich czynów i braniu odpowiedzialności za swoje życie. Jest to związane z zastąpieniem autonomii własnej spełnianiem oczekiwań innych i byciem uzależnioną od zewnętrznych opinii. Nie wykształciło

to u Justyny życia wewnętrznego, tylko oparcie na zewnętrznych wartościach. Utrudnia to jej właściwą ocenę oddziaływań trajektorii w jej życiu. Niskie poczucie wartości, nie znajomość siebie, brak akceptacji siebie, nieadekwatny wyobrażenie o sobie staje się podłożem do realizacji wyobrażeniowej wizji siebie i życia gdzie na pierwszym miejscu *umieszcza bycie kimś w pracy oraz bycie dobrą żoną jak z filmów*. Ten obraz jest bardzo trudno połączyć Justynie z realnym przyznaniem się do błędów i do bycia osobą uzależnioną. W próbie teoretycznego przepracowania oddziaływania trajektoryjnego widać u Justyny trudność spojrzenia prawdzie w oczy z powodu braku przebaczenia sobie i uznania prawa do błędów. Justyna nie dopuszcza do siebie trudnych uczuć i jej opis trzeźwienia i plany na przyszłość dają obraz infantylności. *Byle bym tylko przestała pić. Wszystko będzie dobrze i jakoś się ułoży... w pracy na mnie czekają. Myślę, że jestem dobra w tym co robię... całkiem inaczej teraz myślę i wyglądam. Jak będę na jakimś spotkaniu też wiem jak się zachować. Bardzo jestem zadowolona z tego, co przemyślałam i cieszę się że jeszcze tak dużo nie straciłam jak inni... tak jak słyszę tutaj w ośrodku te historie.*

Justyna ma trudności z **praktycznym przepracowaniem** i dopuszczeniem do siebie konsekwencji wynikających z działającej w niej mechanizmów trajektorii a także przyczyn tych procesów. Brakuje u niej refleksji nad nimi, na tyle głębokiej i poważnej aby mogła wywołać konkretne decyzje i działania w jej życiu. Ta nieakceptacja i zaprzeczanie oddziaływania trajektoryjnego może przyczynić się do zwiększenia nie uświadomionego wpływu działających mechanizmów. Justyna deklaruje chęć wejścia na drogę trzeźwienia po wyjściu z ośrodka, poprzez udział w spotkaniach wspólnoty AA. Z drugiej jednak strony chce wrócić do dawnego życia oczekując, że inni się zmienią i będą ją bardziej rozumieć i doceniać. Justyna może mieć trudności w praktycznym przepracowanie trajektorii w realnym życiu po wyjściu z ośrodka.

Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii narratorki Justyny przedstawia Wykres nr 3.



Wykres nr 3. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Justyny. Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie

Analiza narracji Justyny w sferze life story i life history wraz z przebiegiem linii biograficznych rodziny, pracy, wartości i decyzji a także uzależnienia pozwala dotrzeć do rozumienia procesów biograficznych związanych z kształtowaniem się autonomii relacyjnej i pozwala poznać uwarunkowania tych procesów w życiu Justyny.

Fakty obecne w biografii Justyny i subiektywne ich przedstawienie w narracji oraz w piciorysie pozwalają dostrzec trudności i problemy panujące w jej rodzinie pochodzenia.

Justyna pochodzi z rodziny, w której panowały bardzo wysokie wymagania wobec dzieci, zwłaszcza wobec dziewcząt. Wymagania te stawiała matka, która jak Justyna wielokrotnie wskazuje w narracji, jest osobą bardzo dominującą. Ojciec zmarł 10 lat temu. *Moja matka zawsze była wymagającą, surową i egoistyczną kobietą. Matka we wspomnieniach Narratorki jest chłodna emocjonalnie i roszczeniowa. Stosowała zimny chów cieląt. Trudne relacje z matką i ich wspomnienie ukazują żal, jaki Narratorka ma do matki. Była zawsze zadbaną i piękną kobietą. Zwracała uwagę mi na wszystkie błędy i niedociągnięcia a poprzeczka była stawiana bardzo, bardzo wysoko we wszystkim, nauka, inteligencja, uroda. Matka we wszystkim mnie pouczała. Bardzo krytykowała, że jestem głupia, że nie umiem sobie dobrze z niczym radzić.* Justyna jest i była zawsze bardzo ładna. Matka dewaluowała tą sferę twierdząc *że za dużo siedzi w lustrze, za bardzo się zajmuje urodą i jest pusta.*

W swojej narracji Justyna zachowuje się jak dziewczynka, jak dziecko, wypowiada się jakby chciała wzbudzić litość. *Strasznie mi smutno jak o tym mówię, (placz) tak zawsze chciałam być dobra, żeby mnie pochwaliła, pobawiła się ze mną...*

Bardzo dużo czasu w piciorysie Justyna poświęciła analizując swoje dzieciństwo, obwiniając za swoje życie i problemy z piciem mamę. *Obecnie krytyka mamy powoduje u mnie nieustanne dołowanie się. Życie z mamą pod jednym dachem nie pozwala mi wejść w dorosłość.*

Justyna w narracji przedstawia swoje trudności w relacji z ojcem ale także problemy z określeniem swoich uczuć wobec niego. Jest to związane z uzależnieniem ojca od alkoholu i jego psychiczną nieobecnością w życiu rodziny. *Trudno mi ocenić zachowanie ojca, który nadużywał alkoholu, często był pod wpływem, psychicznie w domu i w wychowaniu go nie było, nie angażował się z drugiej jednak strony odczuwam wobec ojca jakieś uczucia, .. i bardzo za nim tęsknię.* Nadużywanie alkoholu przez ojca oraz złe relacje panujące pomiędzy rodzicami kłótnie, żale ze strony matki, która całkowicie przejęła wszystkie obowiązki w domu, jak pokazuje analizowana trajektoria uzależnienia przyczyniły się do trudności Justyny w radzeniu sobie w budowaniu autonomii w życiu dorosłym.

W narracji Justyna często wspomina o nieakceptacji ze strony matki i do tej pory relacja między nimi wywołuje w niej wiele negatywnych emocji. Obniża to u Justyny pewność siebie, poczucie własnej wartości i poczucie sprawstwa.

Rodzice nie przekazali Justynie spójnego systemu wartości. System ten skupiony był z jednej strony na zewnętrznych atrybutach, takich jak dobre radzenie sobie w życiu, zdobycie zawodu, prestiżu i pieniędzy, z drugiej strony brakowało wskazywania na wyższe i głębsze wartości i motywacje. W domu rodzinnym życie ukierunkowane było na psychiczne przetrwanie, negowanie problemów i potrzeb psychicznych, brak było rozmowy i wzajemnego wsparcia. Rodzice nie wspierali autonomii dziecka, byli ukierunkowani na własne problemy. Mama obciążona była obowiązkami związanymi z zapewnieniem bytu rodzinie, *ojciec nadużywający alkoholu był problemem, na którym skupiała się mama.*

Matka ukierunkowała Iwonę na *zdobycie dobrego zawodu i wyjście dobre za mąż jako coś co mnie uszczęśliwi.* Justyna przyjęła jako swoje to co mówiła jej mama i starała się spełnić jej oczekiwania. Nie ukształtowała w sobie dobrego poczucia własnej wartości ani tego czym chce w życiu się kierować. W swoim dorosłym życiu miała trudności ze spełnianiem roli matki i żony oraz realizacji swoich zawodowych planów. Choroba alkoholowa która rozwinęła się u Justyny zaburzyła w jeszcze większej mierze słabo rozwiniętą wewnętrzną motywację do znajdowania i realizowania własnych celów i wartości.

Justyna była w domu krytykowana i matka okazywała jej ciągle niezadowolenie. Wpłynęło to u Justyny na niskie poczucie własnej wartości i niestabilny obraz samej siebie. W opisie trajektorii uzależnienia uwidocznili się fakt poszukiwania w picu alkoholu ulgi od poczucia niezadowolenia z siebie i trudności spełnienia narzuconych sobie wymagań w pracy. Justyna w swoim piciorysie wskazuje na przytłoczenie obowiązkami żony i matki i nie radzenie sobie z nimi a także z uczuciami towarzyszący w niespełnieniu oczekiwań współpracowników i męża. Narastające poczucie pustki i samotności, poczucie niespełnienia wciągało Iwonę w wir picia. Poczucia winy i wstydu, które towarzyszyło Justynie i napędzało to uzależnienie.

Justyna w ośrodku leczenia uzależnień podjęła próbę przepracowania negatywnych wpływów trajektorii cierpienia i uzależnienia na jej życie. Z powodu niskiej autonomii, nieznaności siebie, braku akceptacji siebie i poczucia winy Justynie trudno jest przyznać się do bezsilności wobec alkoholu i uznać siebie za osobę uzależnioną, potrzebującą pomocy. Dużą blokadą jest tutaj poczucie winy i wstydu oraz poczucie porażki w realizacji celów i wartości które uznała za najistotniejsze w swoim życiu takie jak praca zawodowa, prestiż związany z tą pracą, bycie dobrą i skuteczną w pracy, bycie idealną żoną i matką. U narratorki pojawia się zaprzeczanie w kwestii poznania oddziaływania trajektoryjnego. Justyna ma trudności w

głębszej analizie własnych problemów z uzależnieniem z powodu bardzo niskiego poziomu autonomii w wymiarze rewelacyjnym.

4.4. Rodzice chcą, żebym była idealna, żebym nosiła sukienki – perspektywa biograficzna Blanki

NARRATORKA BLANKA- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Blanka

Rodzice chcą żebym była idealna, żebym nosiła sukienki - centralna wypowiedź Narratorki

wiek : 22 lata

wykształcenie: średnie

zawód: studentka

stan cywilny: panna

dzieci: brak

diagnoza: uzależnienie od narkotyków i alkoholu

uzależnienia w rodzinie: dziadkowie, uzależnienie od alkoholu

choroby współwystępujące: zaburzenia odżywiania, samookaleczenia

LIFE HISTORY BLANKI – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Blanka pochodzi z pełnej rodziny, jest jedynaczką. Mama Blanki jest po rozwodzie, obecny związek jest jej drugim małżeństwem. Rodzina Blanki jest bardzo zamożna. Jej ojciec jest biznesmenem a matka ma własny salon kosmetyczny. Ojciec i matka skupieni są na swojej córce w sposób nadopiekuńczy. *Bardzo duże nadzieje we mnie pokładali, co do wykształcenia jak i przejęcia biznesu ojca.* Problemy Blanki rozpoczęły się w gimnazjum. Mała akceptacja swojego ciała i odchudzanie się doprowadziło do powstania zaburzeń odżywiania. Blanka w wieku 15 lat weszła w negatywne środowisko i zaczęła brać narkotyki i pić alkohol. Pierwsze eksperymenty z substancjami psychoaktywnymi miały charakter towarzyski. Blanka szukała akceptacji w grupie i w gronie osób używających narkotyki ją znalazła. W szkole podstawowej uczyła się bardzo dobrze, ma duże możliwości intelektualne. Rodzice starali się minimalizować szkody i załatwiać jak tylko mogli problemy, w które popadała Blanka. W związku z bulimią podejmowała od wczesnej młodości terapię psychologiczną a w związku z używaniem narkotyków rodzice umieścili ją w ośrodku młodzieżowym Monar⁶. Terapia uzależnienia okazała się jedna nieskuteczna. Rodzicom najbardziej zależy na dobrym wykształceniu córki.

⁶ Monar- stowarzyszenie prowadzące ośrodki terapii uzależnień dla młodzieży i dorosłych w Polsce.

Blanka podjęła studia na Politechnice a następnie na psychologii, jednak z powodu uzależnienia od narkotyków i alkoholu ich nie ukończyła. Blanka używała substancji psychoaktywnych w sposób bardzo destrukcyjny. Podejmowała przypadkowe kontakty seksualne z mężczyznami za narkotyki, żyła na melinie pijąc ciągami alkohol. Miała kilka prób samobójczych. Kilkakrotnie przebywała na detoksie w szpitalu. Rodzice umieścili ją w ośrodku OTUK w Międzyrzeczu Górnym.

ANALIZA LIFE STORY BLANKI

Relacje w rodzinie pochodzenia

Relacje rodzinne w domu narratorki były powierzchowne i pozbawione bliskości. Jak wynika z narracji blanka czuła się często samotna i niezrozumiana przez rodziców. *Wydawało mi się że rodzicom na mnie nie zależy chcą tylko się mną pochwalić jacy są świetni. Szczególnie trudnym doświadczeniem dla Blanki był brak akceptacji ze strony matki. Czuję że nie jestem taka jaką by chciała czułam takie rozczarowanie z jej strony. Lepszy kontakt miałam z ojcem. Ojciec sam jest luzakiem, lubił się bawić, wypić, traktował mnie zbyt luzacko, partnersko, bez stresu.*

Dużym problemem dla Blanki były kłótnie rodziców i napięta atmosfera pomiędzy nimi. Rodzice zajęci zajmowaniem się swoimi problemami nie zauważali problemów jakie przeżywa córka. *A problemy jakie miałam to tak jak nastolatka brak towarzystwa akceptacja siebie smutek bez sens tego co się dzieje dookoła.* W wieku dorastania Blanka przeżywa bunt przeciwko, jak twierdzi hipokryzji rodziców i ich oczekiwaniom wobec niej. *Rodzice zamiast rozmawiać ze mną załatwiali mi psychologów żeby ci się mną zajęli poukładali mi w głowie.*

Blanka kiedy wchodzi w towarzystwo narkomanów sama zaczyna używać substancje psychoaktywne zaczyna manipulować rodzicami do swoich celów oszukiwać. *Miałam złość na nich i mnie nie obchodzili wtedy, co przeżywają.* Rodzice, jak twierdzi Narratorka skupiali się na powierzchownych sprawach takich jak sprzątanie pokoju czy dbanie o swój wygląd. Liczyły się dla nich przede wszystkim sukcesy szkolne chcieli nie widzieć problemów żeby zachować idealny obraz swojej córki. W rodzinie narratorki nie było szczerości i prawdziwych rozmów o tym co przeżywa.

Poczucie własnej wartości, pewności siebie, samoświadomość, samoakceptacja

Blanka twierdzi, że ma bardzo niskie poczucie własnej wartości, zwłaszcza obecnie, gdy uświadomiła sobie, ile złych rzeczy w życiu zrobiła i jak bardzo zniszczyła swoje życie. *Teraz to wiadomo, że strasznie źle się czuję z tym wszystkim, ze sobą, ale wcześniej też przez to*

chciałam się zabić, bo już miałam dość. Blanka ma trudności z akceptacją samej siebie nie umie dostrzec u siebie żadnych pozytywnych cech. Od młodości boryka się z zaburzeniami odżywiania, które wynikają z jej nieakceptacji swojego ciała i próby zmiany siebie do obrazu oczekiwanego przez innych. Bulimia, na którą choruje Narratorka stała się też formą radzenia sobie z trudnymi emocjami i nieakceptacją siebie.

Blanka ma niskie poczucie sprawstwa i uważa, że nie jest osobą odpowiedzialną i nie nauczyła się samodzielności. *Moi rodzice nie pozwalali mi dojrzeć, zawsze wszystko za mnie załatwiali, naprawiali jak coś źle zrobiłam. Teraz to ja nie wiem kim jestem, nic o sobie jaka jestem naprawdę.*

System wartości

System wartości przekazany Blance przez rodziców był niespójny. Narratorka stwierdziła w narracji, że zasady który należy kierować się w życiu nie były w domu odpowiednio wyjaśniane zwłaszcza w kontekście poziomu rozwojowego dziecka. Ojciec któremu zależało na przyszłości córki i na tym żeby doszła do czegoś w życiu nie dawał swoim postępowaniem blance przekazu jakimi wartościami należy się kierować aby osiągnąć sukces. Chcąc wprowadzić partnerskie traktowanie bagatelizował znaczenie uzależnienia w życiu człowieka chcąc pokazać że jest dla blanki dobrym kolegą, było to jednak dla Narratorki niezrozumiałe. Doprowadziło też do tego, że sama nie była uczciwa wobec rodziców i nie miała z tym problemu. *Ojciec powiedział mi, że jeśli dostanę się na studia sam kupi mi narkotyki wcześniej też mówił, że sam dużo imprezował w swoim życiu.*

W ważnych dla Blanki problemach, jakim były dla niej brak akceptacji w towarzystwie samotność nie akceptacja siebie panowała w rodzinie psychologizacja i pseudotolerancja.

System wartości w rodzinie Blanki oparty był na wartościach materialnych, sukcesie dużym znaczeniu prestiżu i luksusu. *Brak było głębszych wartości brak było duchowości a nawet zwykłych rozmów o uczuciach przeżyciach w ogóle tego nie było. Istotną wartością było, też zarówno dla ojca jak i matki, pokazanie się, dbanie o siebie, dobry wygląd, ojciec zawsze uprawiał sporty...*

Decyzje i cele życiowe

Blanka, jak twierdzi w narracji, nie ukształtowała w sobie samodzielności w podejmowaniu decyzji ani dojrzałości w myśleniu o konsekwencjach własnych decyzji. *Rodzice zawsze starali się wszystko załagodzić, załatwić ze wstydu, starali się wszystko ukryć, żeby tylko dobrze wyglądało. Często mówili, co ludzie powiedzą, jak bardzo są rozczarowani, jaki wstyd im przynoszę.*

Już w młodym wieku Blanka nauczyła się manipulować swoimi rodzicami do własnych celów, wykorzystywać ich pieniądze do tego, aby móc żyć po swojemu, brać narkotyki pić alkohol. Aby rodzice byli zadowoleni zgadzała się na decyzje, na którym im zależało. Z biegiem czasu trudność wypełnienia nawet drobnych zobowiązań i destrukcja, której doświadczała w swoim życiu, powodowały u Blanki załamanie i rezygnację z dalszego starania się zmiany i powodowało, że kilkakrotnie podejmowała próby samobójcze.

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH BLANKI

U Blanki w okresie dzieciństwa następowało **gromadzenie się potencjału trajektoryjnego**. W tym okresie można szukać początków mechanizmów rozwijania się cierpienia i jego oddziaływania na tożsamość dotkniętej tym cierpieniem Blanki. Głównym uczuciem doświadczanym w domu przez Blankę jest poczucie osamotnienia i niezrozumienia. *W moim domu rodzinnym wszystko było bardzo luksusowe, trzeba było tylko się dostosować, aby na tym tle równie ładnie wyglądać. W domu panowała pustka duchowa a najwyższą wartością był sukces i pochwalenie się córką. Brak bliskości w relacji rodziców i powierzchowność w tych relacjach powodowały, że Blanka często odczuwała brak uczuć i prawdziwych rozmów. Nie było w ogóle mówienia o uczuciach, okazywania ich, okazywania czułości, atmosfera była chłodna. W sumie mogłam robić to co chciałam tylko po co. Rodzice nie starali się stawiać jasnych zasad i wymagań. Zwłaszcza tata chciał tylko żebym się dobrze uczyła, był dla mnie trochę takim kolegą, mówił wiele o sobie często chodził na treningi nie było go w domu. W domu często czułam pustkę i nudę. Sama byłam bardzo żywą dziewczynką ciekawą świata, mama o mnie dbała, miałam się uśmiechać i ładnie wyglądać. Rodzice mieli duże oczekiwania, co do przyszłości Blanki, głównie dotyczyły one wykształcenia. Blanka dobrze się uczyła, choć zdarzały się też uwagi w szkole z powodu ruchliwości. Ogólnie jednak starała się spełniać oczekiwania rodziców. Po szkole zawozili mnie na różne zajęcia rozwijające. Mimo to czuła się bardzo samotna. Czułam się w tym wszystkim samotna nikt ze mną nie rozmawiał co najwyżej o szkole. Zawsze ojciec mi mówił co bym mogła osiągnąć, ile mam..ale mi czegoś ciągle brakowało, w sumie nie wiem czego...może akceptacji tego jaką jestem...choć w sumie nie wiem...*

Narastanie potencjału trajektoryjnego miało swój komponent zarówno we wrażliwości Blanki a przez to w dyspozycji do bycia zranionym. Drugim elementem był zestaw kluczowych sprzeczności w obrębie aktualnej sytuacji życiowej. Sprzeczności te dotyczyły

komunikatów ze strony rodziców, które z jednej strony ukierunkowane były na oczekiwania względem dziecka a z drugiej strony brakowało w nich akceptacji Blanki taką, jaka jest i chęci poznawania jej świata. Sprzeczności te dotyczyły również atmosfery w domu i relacji pomiędzy rodzicami, która z pozoru była dobra jednak pozbawiona szczerości, uczuć i prawdziwej komunikacji. Uwaga skupiona była na dziecku, co spowodowało pęknięcie w myśleniu Blanki na temat własnej osoby i własnej wartości. *Obciążałam siebie odpowiedzialnością za uszczęśliwianie rodziców.* Rodzice skupili się na zaspokajaniu wszystkich potrzeb materialnych córki. Brak głębszych rozmów i osamotnienie oraz brak systemu wartości, którymi należy się kierować stały się źródłem systematycznych trudności w kształtowaniu życia osobistego i życia społecznego u Blanki.

W wieku dorastania Blanka mocno porównuje się z innymi, nie akceptuje swojego ciała i swojego wyglądu, stara się dążyć do ideału którym jest bardzo szczupła sylwetka. Zaczyna się odchudzać i kontrolować jedzenie. *Szybko znalazłam sposób by nie tyć i jeść- no wiadomo...rzyganie. Bulimia od tego czasuno wiadomo.*

Ukryty do tej pory **potencjał trajektoryjny dynamizuje się** i konkretyzuje w postaci próby rozwiązania przez Narratorkę swojego problemu samotności poprzez wejście w grupę narkomanów w szkole. Blanka, mając 15 lat, rozpoczyna branie narkotyków i picie alkoholu wraz z kolegami. W tym czasie ma pierwszy kontakt z alkoholem i jej picie od razu staje się problemowe, dąży do upijania się i eksperymentowania z łączeniem alkoholu z narkotykami i dopalaczami. *Ja to zawsze miałam swoje pieniądze dlatego w towarzystwie byłam kimś, dla tych co chcieli wybić lub zaćpać.* Kupuje narkotyki dla siebie i dla innych zyskując tym akceptację w grupie i towarzystwo. *Zaczęłam bywać na imprezach alkoholowych, balować w weekendy.* W domu zaczynają się kłótnie z rodzicami, bunt wobec ich wymagań, bunt wobec ograniczeń. Rodzice ulegają córce, wydają się tolerancyjni dla jej zachowań. *Zwłaszcza tata opowiadał mi o własnych swoich ekscesach w młodości. Wszystko są w stanie zaakceptować byleby tylko chodziła do szkoły i się uczyła.*

Dotknięci trajektorią reagują w sposób coraz mniej stosowny, najpierw nadmiernie gwałtowny potem z coraz większym zniechęceniem jak w letargu. Tak też było w doświadczeniu Blanki. Narratorka próbowała zwrócić uwagę rodziców na swoje problemy poprzez bunt. *Zobaczyłam jednak, że rodziców to co naprawdę robię właściwie mało interesuje. To było trochę słabe z ich strony...* W rozwoju trajektorii pogłębia się u Blanki dezorientacja w tym co jest ważne, co przynosi jej szczęście a co tylko zadowolenie, czym kierować się w życiu. *W chwilach samotności odczuwałam potrzebę bycia kochaną, czułam bezsens swojego życia.*

Narkotyki i alkohol których używała pogłębiały te uczucia. *Oprócz bulimii regulowałam też swoje emocje poprzez samookaleczenia. Wciągnęło mnie bardzo, na długo.*

W dalszej biografii następuje u Blanki **próba rozwinięcia chwiejnej równowagi** radzenia sobie z życiem codziennym poprzez skierowanie uwagi na problemy związane z regulacją siebie bulimią. Te problemy widzieli też rodzice którzy stwierdzili, że Blance potrzebna jest pomoc psychologa, który się tym wszystkim zajmie. Blanka rozpoczęła terapię indywidualną z psychologiem. Dalej przebywała jednak w towarzystwie osób biorących narkotyki, sama ich często używała co stało się też widoczne w szkole poprzez problemy z frekwencją i małe zainteresowanie szkołą i nauką. Rodzice zaangażowali się w niwelowanie konsekwencji destrukcyjnego życia Blanki. Usprawiedliwiali wszystkie nieobecności, bronili córkę przed konsekwencjami braku zaangażowania w obowiązki szkolne. Widząc jednak że nie przykłada się do nauki i przeznacza też sporo pieniędzy na narkotyki, rodzice postanowili umieścić Blankę na leczeniu w ośrodku młodzieżowym Monaru⁷. *Moja terapia w Monarze nie okazała się skuteczna, poskutkowało za to nawiązaniem nowych kontaktów ze środowiskiem uzależnionych narkomanów.* Blanka została wyrzucenie z terapii. *Po powrocie do domu aby udowodnić rodzicom że nie mam problemów z uzależnieniem postanowiłam przyłożyć się do nauki, poprawić wyniki w szkole. Zdałam maturę i dostałam się na studia na politechnikę. Tak chcieli rodzice, zwłaszcza ojciec o tym marzył.* Rodzice zadowoleni z naprawy Blanki kupili jej mieszkanie w stolicy i wyposażyli we wszelkie środki potrzebne do dostatniego i wygodnego życia. Owa chwiejna równowaga pozostaje jednak nadal pod naciskiem potencjału trajektoryjnego.

Po wyjeździe Blanki na studia **trajektoria dynamizuje się** jeszcze mocniej i następuje **wpadnięcie w wir uzależnienia**. Mając pełną swobodę i całkowity brak kontroli Blanka intensyfikuje branie narkotyków prowadzi bardzo imprezowe życie. *Całkiem wtedy popłynęłam, kasa od rodziców szła na dragi, nieopłacanie mieszkania, finalnie życie na melinie.* Wchodzi w relacje partnerami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych, jest w ciągach alkoholowych i narkotykowych, traci kontrolę nad używaniem substancji psychoaktywnych. Własne postępowanie zaostcza właściwe dla trajektorii mechanizmy cierpienia, chylenia się ku upadkowi. Blanka nie podejmuje już wysiłków radzenia sobie wprowadzając chwiejną równowagę, nie jest w stanie działać tak jak wcześniej było to możliwe, nie rozumie samej siebie, w jej życiu panuje chaos. Blanka zużyła resztki energii by jakoś podtrzymać chwiejną równowagę, nadmierna koncentracja na jednym aspekcie problemu, jakim było spełnienie

⁷ Monar- stowarzyszenie prowadzące ośrodki leczenia uzależnień dla młodzieży i dorosłych

marzeń rodziców o jej studiowaniu, powoduje zaniedbanie innych aspektów. Prowadzi to do tego, że narastające problemy życia codziennego stają się coraz mniej podatne na kontrolę. W przebiegu trajektorii Blanki następuje załamanie się organizacji życia codziennego i orientacji wobec samej siebie. Następuje ono poprzez nagromadzenie problemów i całkowitą utratę kontroli nad własnym życiem i używaną substancją. U Blanki kompetencja do organizacji życia codziennego ztraca się ostatecznie. *W pewnym momencie zostałam skreślona z listy studentów, rodzice przestali mnie utrzymywać, odbierają mi klucze do mieszkania i następuje powrót do rodzinnego domu.*

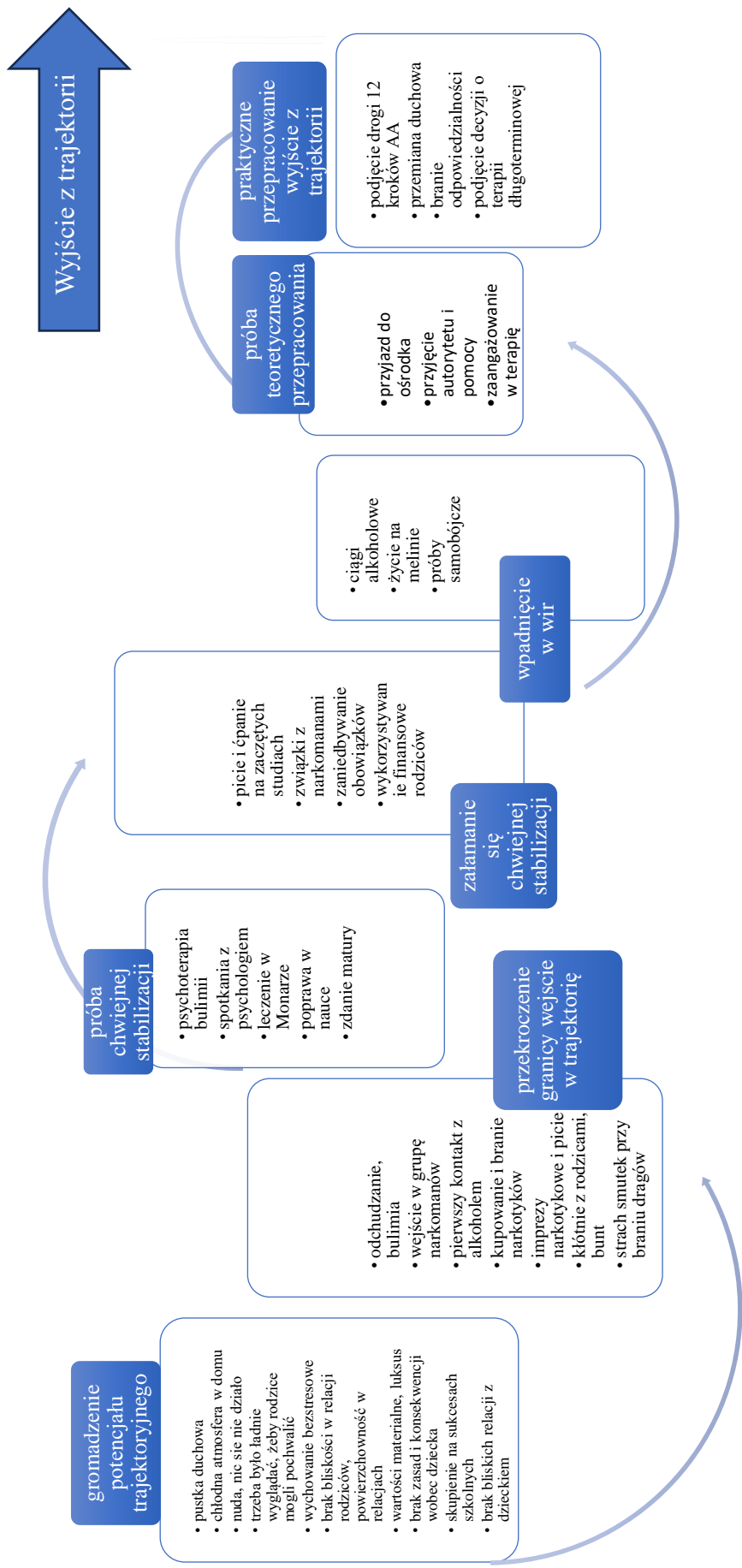
Blanka czuje się niezdolną do jakiegokolwiek działania, społecznej relacji z innymi z samą sobą. Dominuje u niej poczucie beznadziejności. Następuje dalsze oszukiwanie rodziców, branie narkotyków picia alkoholu, pod wpływem alkoholu podejmuje dwie próby samobójcze. *Nie chciałam już żyć, zresztą nie miałam po co... wszystko było mi obojętne.* Wchodzi w związek z narkomanem, sponsoruje jego uzależnienie przeprowadza się do niego i razem ćpają. *To już było dno, kompletne dno.* Wchodzi w konflikty z prawem. Cały czas chodzi na terapię indywidualną, na którą zgodziła się jako warunek rodziców do dalszego finansowania jej życia. *Terapia nie miała żadnego wpływu na moje życie i decyzja. Wiedziałam dobrze co mam mówić, psycholog to wszystko tykała, choć nie wiem czy do końca może wiedziała, że to ściema... kasa jednak musi się zgadzać.* Rodzice naciskają na podjęcie kolejnych studiów więc zaczyna studiować psychologię w swoim mieście. Nie chodzi zbyt często na zajęcia, nie zalicza roku. Przestaje mieć stałych partnerów zaczyna uprawiać seks za narkotyki, na ulicy. *Rodzice nie mogli tego przeżyć, że muszą się wstydzić za córkę, która do takiego stanu się doprowadziła.* Pod wpływem rozpacz i poczucia winę podejmuje kolejną próbę samobójczą.

Po kolejnej próbie samobójczej i detoksykacji Blanka zostaje przywieziona przez rodziców do ośrodka i podejmuje **próbę przepracowania trajektorii** i radykalnej przemiany swojego życia. Potraktowana w ośrodku OTUK poważnie zaczyna się uczyć brania odpowiedzialności za własne życie oraz określania, na czym to życie chce opierać, co jest dla niej ważne. Wchodzi też na drogę zaakceptowania i dostrzeżenia swojej choroby jaką jest uzależnienie i wszystkich konsekwencji z tym związanych. Duży wkład w przepracowanie przez Blankę trajektorii mają profesjonalni pomocnicy czyli terapeuci, stając się dla Blanki autorytetami, których nigdy nie miała. *To są moi przewodnicy, określam ich jako osoby znaczące. Dziękując się własnym doświadczeniem uzależnienia i wychodzenia trajektorii pokazali mi że jest Nadzieja i droga 12 kroków która daje sensowna i szczęśliwe życie.*

Następuje **praktyczne próba opracowania trajektorii** i uzyskania nad nią kontroli. Z zaznaczeniem, że jeśli rozumieć iż czynnikiem narastania trajektorii czyli czynnikiem

cierpienia jest u Blanki w obecnej sytuacji uzależnienie od substancji psychoaktywnych uzyskanie kontroli nad chorobą nie jest możliwe i nie ma już powrotu do kontrolowanego używania alkoholu czy narkotyków . U Blanki następuje systematyczna organizacja życia, która przejawia się wejściem na drogę AA i uznaniem siebie za osobę uzależnioną. Uznanie własnej bezsilności wobec choroby i powierzenia się Sile Wyższej, jako fundamentu trzeźwienia. Dało to Blanki doświadczenie wspólnoty i poczucia się akceptowaną w grupie, czego zawsze w życiu pragnęła. Praktyczne wychodzenie z trajektorii czy też eliminowanie jej potencjału polega u Blanki na rozwoju duchowości i wartości wyższych, na których na drodze duchowego rozwoju Blanka odnajduje sens życia i sens własnej historii.

Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Blanki przedstawia Wykres nr 4.



Wykres nr.4. Przebieg procesów trajektorijnych w biografii Narratorzki Blanki. Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie

Dokonana analiza warstwy subiektywnej i obiektywnej narracji pozwala na dotarcie do istotnych przeżyć i wydarzeń dotyczących relacji i autonomii w życiu Narratorki. W narracji pojawiają się ważne linie biograficzne, których analiza pomaga dotrzeć do przyjmowanych postaw i systemu wartości leżącego u podstaw kształtowania się wiążących decyzji Narratorki.

Jeśli chodzi o relacje w rodzinie pochodzenia Blanka poświęca analizie swoich relacji z rodzicami znaczną część narracji. Również w piciorysie Narratorka wskazuje na znaczenie trudności w relacjach z rodzicami jako elementu wejścia na drogę uzależnienia. Jej uczucia do rodziców są obecnie ambiwalentne. Z jednej strony jest bardzo zależna od rodziców i wiele w narracji mówi o tym, jak rodzice opłacali jej terapię i zawozili do ośrodków. Z drugiej strony pojawia się element żalu do rodziców i buntu przeciwko ich ingerencji w jej życie. *Moi rodzice zawsze przy mnie byli ale nie dali mi dorosnąć ani brać odpowiedzialności za siebie, nie umiem tego robić, mam z tym problem.*

W relacjach rodzinnych Blanka brak było uczuciowych więzi między małżonkami a cała uwaga i aktywność skierowana była na dziecko. Rodzice powierzchownie patrzyli na problemy córki, *liczyły się głównie sukcesy szkolne i dobra prezencja aby można było pochwalić się dzieckiem przed innymi.* Rodzice nie mieli bliskiego kontaktu z realnymi problemami córki a kiedy pojawiały się problemy w relacjach oraz bunt nastolatki kierowali dziecko do psychologa który miał rozwiązać wszystkie problemy. Ważnym punktem zwrotnym było dla Blanka poznanie towarzystwa narkomanów, w którym znalazła akceptację i wyjście z samotności. Blanka w narracji przedstawia siebie jako buntującą się nastolatkę, poprzez swój bunt próbowała stworzyć więcej samodzielności i określenia siebie. Jednak jej decyzje i wpływ towarzystwa okazywały się niszczące i destrukcyjne.

Blanka przedstawia w opowieści biograficznej trudności z akceptacją siebie, swojego wyglądu i próbę dążenia w tym względzie do perfekcji. Zaburzenia odżywiania były pierwszym elementem regulacji emocjonalnej w niewłaściwy sposób której nauczyła się Blanka mając 13 lat. Blanka wspomina w narracji, że miała lepszy kontakt z ojcem który był bardzo wymagający i chciała spełniać jego oczekiwania. Doświadczenie braku bezwarunkowej akceptacji, szacunku i uznania było przejawem braku wsparcia autonomii dziecka w rodzinie Narratorki.

Rodzice Blanka, zwłaszcza tata w prezentowali niewłaściwe postawy wychowawcze, pozwalając jej na wszystko, nie stawiając granic. *Pozwalali mi na realizację wszystkich pomysłów co do własnego rozwoju zainteresowań wyboru towarzystwa jak również w pewnych obszarach eksperymentowania z dragami.* Nie stawiali wyraźnych zasad i nie wymagali ich przestrzegania. System wartości przedstawiany przez nich dziecku oparty był na wartościach

zewewnętrznych takich jak wysoki status społeczny, sukces, wykształcenie, możliwość pochwalenia się dzieckiem.

Nie było to zaspokojeniem potrzeby autonomii opartej na rzeczywistym docenieniu i rozwinięciu tego, co dziecko w sobie posiada, brakowało pochylenia się nad problemami Blanki w kształtowaniu własnych wyborów czy pomocy w podejmowaniu decyzji. Rodzice a zwłaszcza ojciec przekazywał Blanki sprzeczne komunikaty co do jej wartości i co do wartości przez siebie wyznawanych. *Ojciec jak zaczęłam brać narkotyki żartował z tego na zmianę kiedy się denerwował i mi wrzucał. Widać było że gubi się w tym wszystkim potem raz mi powiedział że jak zdam na studia to sam kupi mi narkotyki.*

W rodzinie Blanki nie została zaspokojona potrzeba więzi i bliskości w relacjach. Akceptacja okazywana dziecku i chwalenie było ze strony rodziców warunkowe i było formą manipulacji wobec córki aby wpłynąć na nią i aby spełniała wymagania rodziców, co do własnej drogi życiowej gdzie na pierwszym miejscu było wykształcenie i osiągnięcie wysokiego statusu społecznego.

W narracji uwidocznia się obraz rodziców manipulujących potrzebą autonomii u dziecka dla własnych celów. Rodzice stosowali też jako nagrodę od małego dziecka pieniądze i zapewnienie korzyści materialnych jeśli Blanka spełniła to, czego oczekiwali.

Analizując linię biograficzną budowania autonomii można zauważyć wiele trudności pojawiających się w tym obszarze. Tymi trudnościami są: nie akceptacja siebie, własnego ciała, nieradzenie sobie z emocjami wyrażone próbami regulowania się jedzeniem oraz chorobę bulimii. Poczucia samotności i bycia inną staje się podłożem wejścia w grupę o destrukcyjnych zachowaniach, grupę narkomanów.

W prezentowanej biografii uwidocznia się słaby rozwój autonomii w dalszym życiu Narratorki po wyjściu z domu i rozpoczęciu studiów. Blanka wchodzi w związki destrukcyjne z osobami uzależnionymi mające cechy całkowitej zależności. Relacje te mają całkowity wpływ na jej funkcjonowanie i decyzje. Mimo podejmowanych indywidualnych terapii psychologicznych oraz umieszczeniu w ośrodku młodzieżowym, po każdej próbie zaprzestania używania substancji psychoaktywnych Blanka odnosi porażkę z powodu wejścia w związki z uzależnionymi mężczyznami. Całkowicie ulega tym wpływom i wraca do poprzedniego stylu życia całkowicie zatracając się w tych związkach.

Analiza trajektorii wskazuje na doświadczenie przez Blankę epifanii w trakcie trwania obecnej terapii. Tym punktem zwrotnym teraz jest przemiana i przepracowanie samodzielne własnych problemów, oparte na budowaniu autonomii, odpowiedniej relacji z rodzicami, relacji

co do przeszłości, w której zobaczyłam potrzebę wzięcia odpowiedzialności za własne życie i decyzje.

Ważnym etapem na drodze przepracowania negatywnego potencjału oddziaływania trajektoryjnego było przyjęcie autorytetu terapeutów w ośrodku, którzy dzielili się doświadczeniem własnego uzależnienia i odnajdywania drogi trzeźwienia. Blanka uczyła się budowania własnej autonomii relacyjnej, w oparciu o wspólnotę Anonimowych Alkoholików, gdzie odnalazła akceptację, troskę i zrozumienie.

4.5. *Ojciec mnie skrzywdził, a matka na to pozwalała* – perspektywa biograficzna Danuty

NARRATORKA DANUTA- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Danuta

Ojciec mnie skrzywdził a matka na to pozwalała- centralna wypowiedź Narratorki

Wiek: lat 46

Wykształcenie: średnie

Zawód: sprzedawca

Stan cywilny: żona, staż 27 lat małżeństwa

Dzieci: 3 dzieci

uzależnienie w rodzinie: ojciec, brat, uzależnienie od alkoholu

choroby współwystępujące: depresja

LIFE HISTORY DANUTY – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Danuta urodziła się w pełnej rodzinie, ma młodszego brata. Ojciec nadużywał alkoholu i stosował przemoc wobec matki i dzieci. Brat po pobiciu jest niepełnosprawny. Obecnie też zmagają się z problemem alkoholowym. Matka zmarła, gdy Danuta miała 15 lat, ojciec 4 lata później. Wcześniej wyszła za mąż i bardzo szybko się usamodzieliła. Doświadczyła traumy wykorzystywania seksualnego przez ojca. O traumie nikt nie wiedział, nawet mąż. Przepracowanie traumy na terapii w środku OTUK. Danuta doświadczyła uwolnienia poprzez przebaczenie i nawrócenie. Jest to jej pierwsza terapia leczenia uzależnień.

ANALIZA LIFE STORY DANUTY

Relacje w rodzinie pochodzenia

Rodzina Danuty była dysfunkcyjna, dominował w niej ojciec, który był uzależniony od alkoholu. W domu panował lęk i obawa przed ojcem. *Ojciec nie panował nad sobą, wyżywał się na dzieciach. Bardzo często pod wpływem alkoholu. Bił dotkliwie matkę. Danuta czuła się bezradna, że nie umie pomóc matce. Brat w dzieciństwie był pobity. Dzieci bały się o swoje życie i o życie matki. Często z byle powodu były bite i upokarzane. Matka nie reagowała na przemoc męża, bała się męża, bała się odezwać. Nie umiała się przeciwstawić, nie umiała ochronić dzieci. Danuta miała o to żal do matki. Danuta była wykorzystywana przez ojca. Powiedziała matce, która nie uwierzyła dziewczynie. O wsparciu autonomii dziecka nie było mowy w rodzinie Danuty. Życie w domu było walką o przetrwanie. Między rodzicami relacja była przemocowa ze strony ojca. Trauma seksualna, której doświadczyła Danuta spowodowała zamknięcie się z siebie i zamrożenie emocjonalne, chronienie tej tajemnicy, szybką ucieczkę z domu w małżeństwo. *Mama była słaba i nas nie ochroniła.**

Danuta określa, że nie miała bliskiej relacji ani z ojcem ani matką, w domu nie rozmawiało o problemach dzieci. Bardzo szybko postawiono jej wymagania aby się utrzymywała sama i zarabiała, aby mogła pomóc rodzicom i bratu.

Poczucie własnej wartości, samoocena, samoakceptacja, pewność siebie

Danuta ma niskie poczucie wartości, nie widzi w sobie obecnie zbyt wielu pozytywów. Jednocześnie twierdzi, że nie potrzebuje litości ani współczucia. *Jak nie piłam, to sobie dobrze radziłam.* Ma poczucie winy za błędy, które popełniła w czasie picia.

Danuta ma niestabilną samoocenę, z jednej strony powtarza, że jest głupia, ma braki w wykształceniu z drugiej strony, że sobie sama da radę.

Nie mając żadnego wsparcia ani relacji z rodzicami i doświadczając skrzywdzenie w tej relacji zarówno ze strony ojca, jak i matki, która nie ochroniła dziecka Danuta musiała nauczyć się samodzielności i walki o siebie.

Te trudności i traumy sprawiły, że nie poszukiwała już oparcia w swoich rodzicach i szybko się usamodzielniała. Danuta ma dość dużą świadomość siebie i własnych trudności, jest też samodzielna w działaniu w swoim życiu. Jest to efekt braku wsparcia i braku pomocy, której doświadczała od dzieciństwa a także zamiany ról w rodzinie, parentyfikacja. *Już od dziecka musiałam podejmować odpowiedzialność za innych, za dom.*

Ważną osobą od której doświadczyła miłości i akceptacji jest jej mąż. Jest on pierwszą osobą, z którą udało Danucie stworzyć pozytywną relację. *Jak go poznałam to czułam, że mnie*

docenił, że coś znaczą że mam jakąś wartość dla kogoś naprawdę mąż był jest nadal kimś kto zmienił moje myślenie, dużo mi dał.

System wartości

W rodzinie pochodzenia Danuty panowała przemoc, system wartości oparty był przetrwaniu mimo wszystko, czy też uległości. *Trudno mówić mi o jakiś przekazanych wartościach. Może było to milczenie, utrzymanie tajemnicy, zaprzeczanie cierpieniu wszystkich ofiar przemocy ojca. Panowało zaprzeczanie i walka o przetrwanie.*

W życiu dorosłym wartościami dla Danuty stały się niezależność finansowa, nie proszenie o pomoc, radzenie sobie samemu. Najważniejszą wartością dla Danuty jest małżeństwo i rodzina. Stworzenie własnej rodziny i chronienie jej, przed relacjami z rodziną pochodzenia.

Decyzje, role życiowe

Nie mając wsparcia Danuta nauczyła się, że musi liczyć tylko na siebie i podejmowane decyzje były chęcią usamodzielnienia się i ucieczki z domu. Danuta miała świadomość, że sama musi wszystko osiągnąć i nie ma co liczyć na pomoc i wsparcie. Decyzje podejmowała o stworzenie przeciwnego systemu rodzinnego niż ten, którego doświadczyła w dzieciństwie. *Celem było lepsze życie, w bezpieczeństwie i nie powielenie tragedii domu rodzinnego. Danuta chciała założyć swoją rodzinę, mieć dobrego męża i środki na życie . Chciała też mieć dzieci i być dobrą matką. Odcięcie na urazie, na lęku, brak nawiązywania relacji, myślałam, że sobie poradziłam i byłam niezależna, tylko alkohol mi to zepsuł.*

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH DANUTY

U Danuty w domu rodzinnym nastąpił **etap gromadzenia potencjału trajektoryjnego**, który oparty był przede wszystkim na doświadczeniu nieustannego poczucia zagrożenia z powodu doświadczania przemocy stosowanej w domu przez ojca. *Ojciec był człowiekiem nadużywającym alkoholu, bardzo często był pijany ale jak nie pił też był agresywny bił matkę i nas. Pobił tak brata, że brat był później niepełnosprawny.* Analizując gromadzenie potencjału projektory w biografii Danuty, że stał się od razu etapem wejścia w trajektorię cierpienia. Danuta miała świadomość tego, że jej dom nie jest normalnym domem, choć *o tym się nie mówiło jakie do końca były problemy z ojcem. Ale wszyscy we wsi myślę, że wiedzieli co i jak.* W związku z nieustannie doświadczanym zagrożeniem i stosowaną przemocą a także byciem świadkiem przemocy funkcjonowanie Danuty w tych warunkach było nastawione na

przetrwanie. Danuta jako starsza córka starała się pomagać matce, często stawała między matką a ojcem. *Próbowałam go odciągać też sama wtedy obrywałam.* Najgorszym doświadczeniem z dzieciństwa było dla Danuty wykorzystywanie seksualne przez ojca. Miało miejsce kilka razy, jak była mała. *Próbowałam powiedzieć matce ale matka nie chciała wierzyć, potem nie wracałam już do tematu do tego.* Podatność na zranienie i pęknięcie w świecie dziecięcym w odniesieniu do siebie i innych bardzo się spotęgowało przez wydarzenie wykorzystania seksualnego. Danuta musiała sama radzić sobie ze wszystkimi problemami, nie miała do kogo zwrócić się o pomoc. *Byłam jednak mądrą dziewczyną i umiała radzić sobie ze szkołą, pracować później w polu, sprzątnąć w domu, zrobić jedzenie dla innych.* Doświadczenie krzywdy ze strony bliskich zwłaszcza ojca ale i matki która nie dawała Danucie wsparcia stało się ramą rozwoju trajektorii, zagrożeniem wpadnie w jej wir.

Dynamizacja procesu trajektorii innego nastąpiła poprzez splot trudnych i dramatycznych dla dziewczyny wydarzeń w postaci choroby a następnie śmierci matki oraz choroby i niepełnosprawności brata. Danuta w wieku 16 lat przejęła opiekę nad ojcem, który już był bardzo zniszczony fizycznie i psychicznie pić alkoholu i wymagał stałej opieki, również opiekowała się rodzeństwem pomagała w nauce. Przejęła właściwie obowiązki rodzica. *W tym czasie zdarzało się, że z bezsilności i poczucia chęci ulgi piłam alkohol.* Było to też często naśladowaniem świata dorosłych jaki znała. Danucie towarzyszyło nieustanne poczucie bycia w niewoli. *Chciałam wyrwać się z domu uwolnić się od tego wszystkiego ale nie było jak. Rozpacz, samotność, smutek zapijałam alkoholem.*

W biografii Danuty następuje **faza stabilizacji**. *Po poznaniu męża i chodzeniu z nim przez 2 lata wyszłam za mąż. Mąż był dobrym człowiekiem który znał moją sytuację, szanował mnie, dobrze się dogadywaliśmy choć, nigdy nie mówiłam mu o tym co stało się w moim domu, o tym jak skrzywdził mnie ojciec.* Szybko pojawiły się też dzieci. Danuta starała sobie radzić w roli bycia żoną i matką.

Destrukcyjne działanie trajektorii w życiu Danuty rozwijało się i nastąpiła **destabilizacja chwiejnej równowagi**. *Często czułam, że jestem w tym wszystkim sama, że nie mam wsparcia. Mąż dużo pracował kiedy dzieci były małe, nie chciałam robić mu problemów też niewiele o sobie mówiłam. Coraz częściej piłam w samotności. Nie było tego widać przy mężu, on zresztą do alkoholu podchodził dość swobodnie bo wychowywał się na wsi na Podlasiu.*

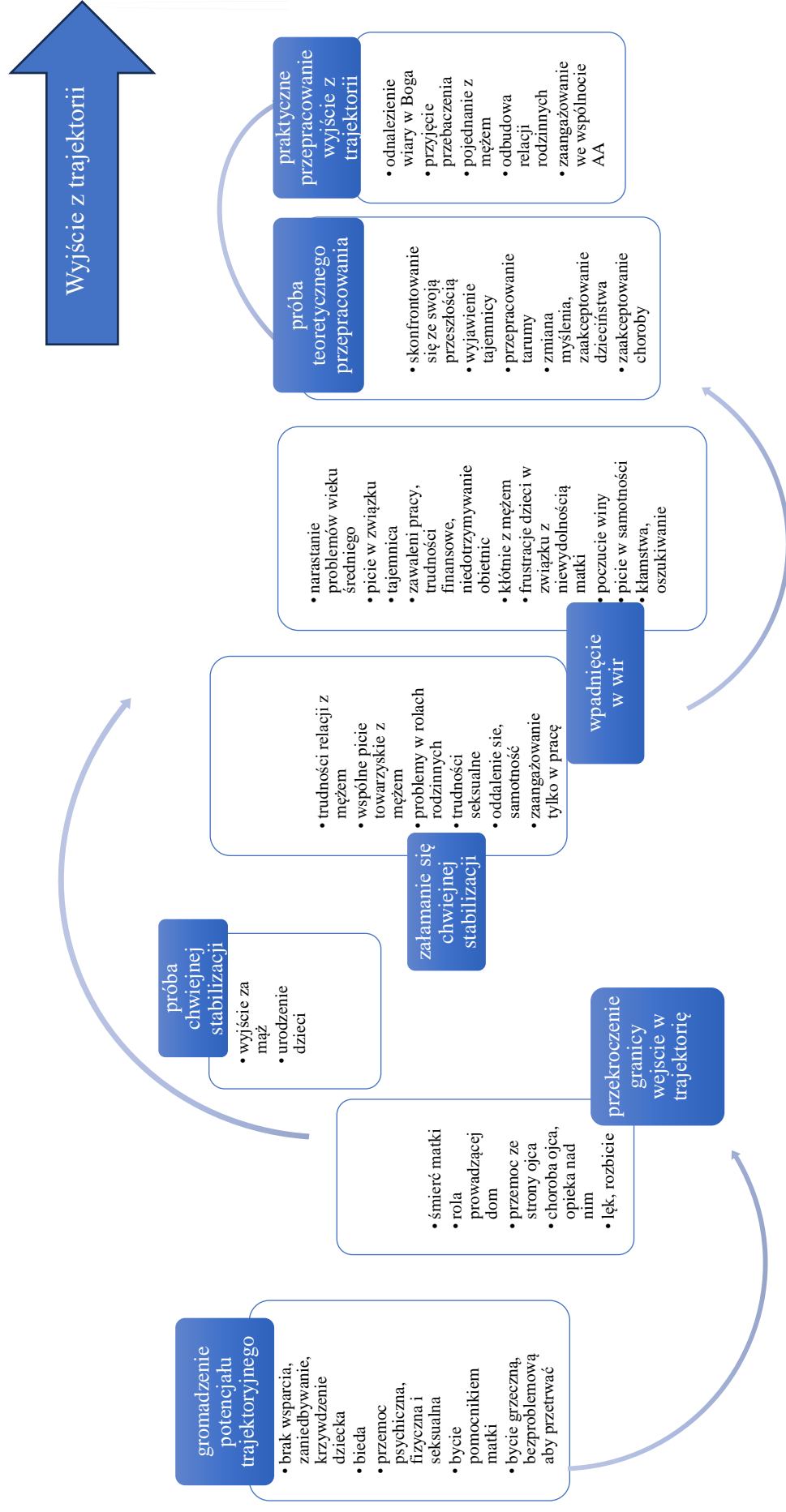
Po tym jak dzieci były już starsze problemy Danuty narastają. *Dzieci zaczęły mnie oskarżać, wytykać błędy, opowiadać się po stronie ojca.* Nie umiała sobie poradzić z chaosem, złym obrazem siebie. *Że jestem złą matką, że teraz robię dzieciom to samo, co miałam w domu.*

Poczucie winy powodowało jej agresję, kłótnie i jeszcze większe rozpad rodziny. *Zostałam z tym sama, wszystko co mi się niby udało to przypadło.* Pije coraz częściej, oszukuje męża, ukrywa alkohol. Jej życie coraz bardziej koncentruje się wokół picia. W pracy zaniedbuje swoje obowiązki, przychodzi pod wpływem alkoholu, nie dotrzymuje obietnic, nie wywiązuje się z umów. *W domu są nieustanne awantury z mężem, nieustanne kłótnie o picie, o alkohol o pieniądze.* Danuta nieustannie oszukuje męża próbując zaprzeczać swoim problemom. Kłótnie w domu przeplatane są okresami braku relacji, cichymi dniami. Danuta jest sfrustrowana i samotna, widzi że utraciła kontrolę nad własnym piciem i życiem, które zbudowała. *Dzieci miały do mnie pretensje, że piję. Ja miałam poczucie winy, ogromne poczucie winy, że jest złą matką i nienawiść do siebie, że robię to samo co ojciec, że jest alkoholiczką a zawsze tego nienawidziłam i było to coś najgorszego czego w życiu nie chciałam a teraz sama taka jestem.*

Danuta decyduje się na podjęcie terapii w ośrodku OTUK w Międzyzrzeczcu Górnym gdzie przywozi ją mąż. Podejmuje tutaj próbę uwolnienia się od trajektorii i przepracowania jej. *Zrozumiałam, że trzeba zaakceptować przeszłość i jej skutki. I skupić się na ratowaniu obecnej rodziny, relacji z mężem i dziećmi.* Danuta zaangażowała się w proces terapeutyczny nawiązała relacje terapeutyczne oparte na autorytecie otwartości i zaufaniu. *Duże znaczenie dla mnie miało, że terapeutki mówiły o swoich doświadczeniach również zranień seksualnych i o tym, że wiele kobiet uzależnionych takie coś przeżyło. Dostałam wsparcie i przestałam przeżywać ten wstyd. I usłyszałam o etapach wychodzenia z traumy. Przez akceptację i przebaczenie.* Danuta wspomina w swojej narracji, że poprzez możliwość modlitwy w kaplicy do której przychodziła często, zbliżyła się do Boga i to jej pomogło. Danuta postanowiła stanąć twarzą w twarz ze swoją przeszłością rodzinną i zobaczyć ją taką jaka była i co uczyniła w jej życiu. Nie wybrała tu jednak drogi obwiniania innych ani rozwijania poczucia krzywdy ale weszła na drogę duchową. Jest to jak stwierdzi Narratorka droga uzdrowienia wewnętrznego, poprzez przebaczenia. Podczas pracy w grupie dotyczącej traumy ujawniła swoje doświadczenia, szczerze opowiadając o wykorzystaniu seksualnym przez ojca. Również zdecydowała się przepracowywać ten element biografii podczas indywidualnych spotkań terapeutycznych. Poskutkowało to wewnętrzną przemianą Danuty i wzmocnieniem poczucia własnej wartości. Przeprowadziła też rozmowę ze swoim mężem wyjaśniając mu skąd biorą się jej problemy z seksualnością i dlaczego oddalało ją to od męża. Było to elementem praktycznego przepracowania trajektorii. Innymi elementami tego przepracowania trajektorii cierpienia i uzależnienia było uznanie choroby i wzięcie odpowiedzialności za swoje życie i swoje decyzje dotyczące trzeźwienia. Danuta weszła aktywnie na drogę realizacji 12 kroków AA rozpoczynając już podczas pobytu w ośrodku uczestnictwo aktywne we wspólnocie AA i

kontakt ze sponsorem. Dzięki tym krokom, które wykonała Danuta uzyskała uwolnienie z ogarniającej jej życie destrukcyjnie trajektorii cierpienia i uzależnienia.

Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Danuty przedstawia Wykres nr 5.



Wykres nr 5. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Danuty. Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Analiza przebiegu procesów biograficznych w oparciu o sferę live story i live history oraz analiza uzależnienia dokonana na podstawie opisanej trajektorii ukazuje zaburzenia u Danuty procesu budowania autonomii w domu rodzinnym, jak i trudności występujących w tym obszarze w całym życiu Danuty.

Rodzina Danuty dotknięta była bardzo głębokimi trudnościami i patologiami w życiu i w relacjach. Ojciec, odkąd Danuta pamięta, stosował przemoc wobec wszystkich członków rodziny, najbardziej wobec matki i brata przez co rodzina żyła w ciągłym lęku i zagrożeniu. Ojciec pił alkohol w sposób całkowicie destrukcyjnie Danuta z dzieciństwa twierdzi, że nie pamięta ojca trzeźwego. Przemoc, którą stosował ojciec była bardzo dotkliwa i długotrwała spowodowała niepełnosprawną fizyczną brata Danuty. Danuta bała się, ojca unikała w dzieciństwie kontaktów z nim. Chciała pomóc mamie i od dziecka musiała wejść w rolę osoby dbającej o dom i wykonującej ciężkie prace na roli.

Najbardziej niszczący dla Danuty doświadczeniem zarówno w obszarze jej poczucia własnej wartości jak i poczucia sprawstwa a także trudności emocjonalnych było skrzywdzenie jej przez ojca. Fakt molestowania seksualnego był czynnikiem, który zaburzył rozwój Danuty we wszystkich obszarach a zwłaszcza w sferze relacyjnej. *To doświadczenie zniszczyło mnie wewnątrz, odizolowało od siebie i innych i spowodowało, że nigdy już nie mogłam nikomu zaufać a świat wydawał mi się groźny i straszny.* Ta krzywda wzmocniona była brak wsparcia i niechęć do uznania krzywdy przez matkę Danuty, której zwierzyła się z własnych doświadczeń. *To przekonało mnie do końca, że nikogo nie obchodzę i że muszę radzić sobie sama.*

Główną wartością przekazaną przez rodziców było niesprawianie problemów i radzenie sobie, aby nikt nie dowiedział się o prawdziwych problemach. Danuta w swoim domu rodzinnym doświadczyła **parentyfikacja** czyli zamiany ról pomiędzy rodzicami a dziećmi. Danuta musiała udzielać wsparcia i chronić mamę a także od wczesnych lat dzieciństwa zajmować się chorym bratem. Musiała też utrzymywać tajemnicę, co do problemów, które są związane z piciem i przemocą stosowaną przez ojca i zasada tajemnicy była obowiązująca i konstytuującą rodzinę w oczach Danuty.

W rodzinie pochodzenia Narratorki nie było mowy o wsparciu dziecka w żadnym obszarze, także w obszarze autonomii. Nie był też przekazywany świadomie system wartości i to czym, należy się w życiu kierować. Nie było rozmów dotyczących problemów rozwojowych dziecka ani też zainteresowania światem przeżyć dziecka.

Danuta tak jak umiała starała się w życiu postępować dobrze a jej ważnym celem było rozpoczęcie samodzielnego życia i wyprowadzenie się z domu. Ważną wartością która pojawiła

się w życiu Danuty była wiara. *Od małego często modliłam się do Boga chodziłam do kościoła na oaza wiara bardzo mi pomagała przetrwać i też był to dla mnie taki inny świat niż to piekło w domu co miałam...*

W analizie trajektorii cierpienia i uzależnienia opisaney na podstawie piciorysu przedstawionego przez Danutę uwidaczniają się problemy związana z trudnymi doświadczeniami przemocy seksualnej w dzieciństwie a także co z tym związane problemów emocjonalnych i w relacjach bliskich z mężem. Danuta ma osłabione poczucie własnej wartości, trudności w wyrażaniu uczuć i emocji lęk przed bliskością, co stanowi trudność w wypełnianiu roli żony. Osłabiona Danuta, próbując poradzić sobie zawsze jak najlepiej z wymaganiami ze strony innych, napotyka trudności w realizacji takiego obrazu siebie jako radzącej sobie i dobrze funkcjonującej. *Miałam w alkoholu uspokojenie swoich emocji, zapomnienie na chwilę o tym, co trudne, co boli co mi nie wychodzi.* Danucie trudno zaakceptować swoje błędy, słabości i niepowodzenia, co pcha ją jak widać w piciorysie do coraz częstszej ucieczki w stany upojenia alkoholowego. Pojawiające się w takim życiu konsekwencje w postaci problemów w pracy, niewypełniania obowiązków domowych, zaniedbywanie u męża oraz dzieci, izolowania się w świecie swoich depresji i problemów, powodują rozkręcanie się wiru uzależnienia, który jak widać w trajektorii wciąga wiołę w coraz większe cierpienie.

Towarzyszące Danucie poczucie winy i wstydu oraz rozpacz, że realizuje w swoim życiu scenariusz picia, którego nigdy nie chciała powiełać, powoduje coraz większą chęć ucieczki w alkohol.

Danuta podczas pobytu w ośrodku terapii uzależnień podjęła próbę stanięcia w prawdzie wobec własnych problemów, skutków własnego picia a także przepracowania źródeł trajektorii cierpienia i uzależnienia.

Wymiar duchowy stał się dla Danuty tym, w którym znalazła siłę aby zmierzyć się ze swoją traumą z przeszłości, zwłaszcza w dziedzinie przebaczenia ojcu. To przebaczenie dało jej siłę do zaakceptowania własnej historii i pojednania się z tym wszystkim, co stanowiło w jej życiu traumę.

Danuta odbudowała swoją relację z mężem, poprzez wejście w szczerść i otwartość wobec niego oraz ukazania mu źródeł swoich problemów. Uświadomiła sobie wpływ trudnych doświadczeń w jej życiu na jej obraz siebie, poczucie wartości oraz problemy emocjonalne w postaci depresji, zaburzeń lękowych i innych trudności za które wcześniej obwiniała siebie.

Danuta przepracowała również teoretycznie i praktycznie negatywne oddziaływanie potencjału trajektoryjnego na jej życie. Weszła na drogę realizacji 12 kroków AA, aby dzielić się swoim doświadczeniem odnalezienia siły i nieść nadzieję innym uzależnionym kobietom.

4.6. *Mój partner pije, nieraz bił mnie, ale wierzę, że się zmieni* – perspektywa biograficzna Eweliny

NARRATORKA EWELINA- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Ewelina

Mój partner pije, nieraz bił mnie, ale wierzę, że się zmieni- centralna wypowiedź Narratorki.

Wiek:30 lat

Wykształcenie: zawodowe

Zawód: fryzjerka

Diagnoza uzależnienia: alkohol, narkotyki

Choroby współwystępujące: padaczka alkoholowa, marskość wątroby, neuropatia

Uzależnienia w rodzinie: partner, uzależnienie od alkoholu

ANALIZA LIFE HISTORY – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH EWELINY

Ewelina pochodzi z rodziny rozbitej, ojciec odszedł do innej kobiety, gdy była nastolatką. Ewelina sprawiała trudności wychowawcze, kiedy weszła w wiek dojrzewania. *Uciekałam z domu, buntowałam się i robiłam na przekór mamie.* Po uzyskaniu pełnoletniości i ukończeniu szkoły branżowej Ewelina wyjechała do pracy w Wielkiej Brytanii. Tam rozpoczęła samodzielne życie. Wiązała się z mężczyznami pijącymi alkohol i używającymi narkotyki. Obecny partner też pije i stosował wobec niej przemoc psychiczną i fizyczną. *Sama zaczęłam pić i szybko straciłam kontrolę nad piciem i swoim życiem. Pijąc nałogowo zostałam zwolniona z pracy co spowodowało jeszcze większe problemy i skupienie życia tylko na tym, żeby wypić i nie myśleć o jutrze.* Nie mając środków do życia powróciła do Polski, gdzie dalej używała alkoholu. Znalazła się w szpitalu z powodu zatrucia alkoholowego i złego stanu zdrowia zagrażającego życiu. *Lekarz stwierdził, że jeśli nie podejmę leczenia odwykowego moje życie niedługo się skończy.* Podjęła decyzję o znalezieniu ośrodka leczenia uzależnień w Polsce. Do ośrodka OTUK przywiozła Ewelinę matka. Jest to pierwszy kontakt z terapią uzależnień w życiu Eweliny.

Relacje w rodzinie pochodzenia

W rodzinie Eweliny rodzice nie tworzyli stabilnego związku. *Odkąd pamiętam stale się kłócili, matka ciągle gadała na ojca. Były wrzaski i wyzwiska. Potem ojciec odszedł od nas. Ojciec odszedł gdy miałam 13 lat, matka nie mogła tego przeżyć, wyżywała się na mnie.* Ewelina zbuntowała się wtedy, uciekała z domu. *Brat stanął po stronie matki, ja winiłam matkę za rozpad rodziny. Matka miała kochanka i dlatego ojciec odszedł.*

Relacje z matką były trudne, zdaniem Eweliny. *Matka nie interesowała się mną zbyt, ja byłam na nią zła i też nie chciałam mieć takiego bliskiego kontaktu.*

Ewelina sama musiała radzić sobie z problemami szkolnymi, i problemami dojrzewania. *Po odejściu ojca, matka związała się z nowym partnerem, zresztą wcześniej też miała kogoś. Ten partner pił, bił matkę i jej nie szanował, ona dla niego zrobiłaby wszystko, potem sama zaczęła pić, na mnie tylko się złościła, że były ze mną problemy.*

Ewelina w swojej narracji bardzo idealizuje ojca, usprawiedliwia jego zachowania, odejście od rodziny. Twierdzi, że ojciec zawsze ją wspierał i dbał o nią, nie jest to jednak opis realistyczny a bardziej marzenie. W całej narracji nie pojawiają się wypowiedzi o więzi czy kontakcie z ojcem. Narratorka sama robi refleksję w trakcie opowiadania o swojej terapii na temat tego, że jej obraz ojca jest raczej życzeniowy.

Zobaczyłam, że ojciec mnie nie rozumie, twierdził przy przyjeździe na warsztaty dla rodzin, ale mówił potem, że nie wie jak można nie móc przestać pić. Nie chciał nawet ze mną porozmawiać, a nie widział mnie kilka lat.

W rodzinie pochodzenia brak było wsparcia autonomii dziecka i pochylenia się na jej przeżyciami i trudnościami. Brak zainteresowania wynikał z własnych problemów jakie mieli rodzice zarówno w relacji ze sobą jak i z założenia nowych związków.

Struktura rodziny okazała się niestabilna i nastąpił rozpad rodziny z czym Ewelina nie mogła się pogodzić. *Bardzo to przeżyłam, mój świat runął jak domek z kart.*

Najtrudniejszym wydarzeniem związanym z domem rodzinnym było dla Ewelinie doświadczenie wykorzystania seksualnego przez partnera matki.

W biografii Eweliny wystąpiła tajemnica: wykorzystanie seksualne przez partnera matki. *Bałam się jej mówić, że matka jej nie uwierzy i że stanie po stronie partnera. Wolałam się o tym nie przekonać. On udawał później, że nic się nie stało, i nawet składał kolejne propozycje.*

Poczucie własnej wartości, samoocena, samoakceptacja, pewność siebie

Ewelina żyjąc w rodzinie, gdzie potrzeby dziecka nie były zaspokojone, zwłaszcza w sferze emocjonalnej, wykształciła bardzo negatywny obraz siebie i w dalszym swoim życiu zmagala się z emocjonalnymi problemami i nieakceptacją siebie.

Mając przekaz że potrzeby rodziców są dużo ważniejsze od potrzeb dziecka a także że dzieci mają się nie wtrącać w życie dorosłych, powstała w niej duża niepewność co do własnej wartości. *To jest dla mnie spory problem na zajęciach o poczuciu własnej wartości nic nie umiałam powiedzieć co widzę w sobie dobrego.*

Ewelina nie nauczyła się również rozpoznawać swoich potrzeb, nazywać uczuć czy też rozpoznawać przyczyn swoich problemów. *Nie znam siebie nie nauczyłam się potem alkohol już działał jako ucieczka od siebie.*

System wartości

System wartości w rodzinie Eweliny nie był wprost przekazywany i wyjaśniany. Rodzice przez swoje decyzje i działania pokazywali jakie wartości są ważne. Pierwszy i najważniejszy przekazem było to że rodzice uważali że mają prawo do szczęścia do własnych związków niezależnie od tego że cierpią na tym dzieci. *W domu to czułam zawsze, że rodzice mają prawa większe niż dzieci, że mają prawa do szczęście. Ja miałam nie przeszkadzać w tym.*

W rodzinie Eweliny samodzielność dzieci była dużą wartością ale w pewien sposób negatywną dla Eweliny i wiązała się brakiem wsparcia i samotnością. *Dzieci mają być samodzielne, rodzić sobie i nie stwarzać problemów.*

Inną wartością przekazywaną w domu było związki, które tworzyli rodzice i w celu poszukiwania własnego szczęścia. Potrzeby innych potrzeby Eweliny były podporządkowane pragnieniom romantycznych związków, na których skupieni byli rodzice Eweliny.

Bardzo ważną wartością w domu były pieniądze i ogólnie wartości materialne. Związki podejmowane przez rodziców z nowymi partnerami skoncentrowane były na poprawie statusu materialnego i lepszego wygodnego życia.

Wartość wykształcenia i nauki nie była stawiana wysoko jeśli chodzi o dzieci. *Rodzice nie bardzo interesowali się tym czy skończy szkołę jaką czy coś będę w życiu umieć.*

Przekaz, który dostała od rodziców Ewelina był taki że ja mam prawo ułożyć sobie życie. I to zarówno ojciec jak i matka byli skupieni na realizacji swoich potrzeb i przyjemności.

W systemie wartości Eweliny, jak twierdzi w swojej narracji na pierwszym miejscu była wartość przetrwania, nie prosząc o pomoc a także radzenia sobie z problemami samodzielnie. *Wiedziałam, że liczyć mogę tylko na siebie, nie liczyć na innych.*

To żeby nie być od nikogo zależna i nie być przez nikogo zranioną było skutkiem doświadczenia traumy seksualnej. *Było skrzywdzenie przez bliską osobę a poczucie krzywdy i zagrożenia potęgował fakt że nie otrzymała znikąd pomocy. Nie chciałam już nikomu ufać.*

Decyzje, role życiowe

W dzieciństwie i młodości jak twierdzi Narratorka nie stawiała sobie żadnych celów i starała się żyć z dnia na dzień. Trudności, których doświadczała jako nastolatka o które były związane samotnością i brakiem wsparcia i pomocy wpłynęły na to, że Ewelina nie zastanawiała się zbyt nad przyszłością.

Po krzywdzie, której doświadczyła w domu rodzinnym ze strony partnera matki, bardziej ukierunkowała się w swoich decyzjach na wyprowadzenie się z domu i rozpoczęcie samodzielnego życia.

Ewelina, jak twierdzi w narracji nie kierowała się w swoich decyzjach wartościami czy celami wyższymi była nastawiona na realizację takiego minimum żeby jakoś przetrwać.

Okazało się jednak, że samodzielne życie częściowo udało jej się. Potrafiła za granicą znaleźć pracę, wynająć mieszkanie i zorganizować sobie udział w szkoleniu. Niestety jej decyzje i próby budowania swojego życia zostały zniszczone używaniem alkoholu, żeby radzić sobie z emocjami a także poprzez wejście w związek z uzależnionym i przemocowym partnerem. *Alkohol bardzo dużo mi zabrał zniszczył i teraz trudno mi sobie wybaczyć to co zrobiłam.*

Teraz jest w związku z mężczyzną, który ją wiele razy pobił, pod wpływem alkoholu. Ewelina jednak nie wie co ma robić, bo chciałaby dać mu szansę i boi się samotności. Nie wie też, czy mam rozmawiać o tym wykorzystania z mamą, bo boi się reakcji. *Psycholodzy mówią, że trzeba mówić. Też nie wiem, czy jej na mnie zależy i czy jest w stanie się zmienić, nie potrafię postawić granic.*

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH EWELINY

Pierwszym etapem w życiu Narratorki jest **gromadzenie się potencjału trajektoryjnego**. Społeczny i biograficzny proces trajektorii charakteryzuje się doświadczeniem coraz boleśniejszego i w coraz większym stopniu pozbawionego wyjścia. Dotknięci trajektorią są w coraz mniejszym stopniu zdolni do aktywnego działania, są niejako pędzeni przez przytłaczające wydarzenia i przez ich ramowe warunki. W rodzinie pochodzenia Eweliny tymi ramowymi warunkami była niestabilna sytuacja rodzinna. Rodzice Eweliny

kłócili się, byli w stosunku do siebie raniący, zdradzali siebie a następnie gdy Ewelina miała 13 lat rozwiedli się. *Matka już przed rozwodem miała kochanka i dlatego ojciec odszedł.* Ewelina która była związana z ojcem bardzo to przeżyła, miała żal do matki, że przez jej postępowanie rodzina się rozpadła. *Zbuntowałam się przeciwko matce, uciekałam z domu i robiłam jej na złość.* Ojciec po rozwodzie nie kontaktował się ani z matką ani z Eweliną, później założył nową rodzinę. *Było to dla mnie trudne i sprawiło, że poprzez pragnienie posiadania kogoś kto mnie kocha zaczęłam go idealizować.* Obraz ojca daleki był jednak od realiów. Ten komponent do bycia zranionym i pewne rozdarcie w relacji z innymi a także rozpad rodziny spowodował zagubienie w odniesieniu do siebie i poczuciu własnej wartości. *Brat który obraził się na ojca był po stronie matki a na mnie matka się wyżywała i były często awantury nienawidziłam wtedy matki.* Ewelina już wcześniej gdy były w domu awantury przeżywała strach przed utratą rodziny. Kiedy nastąpił rozwód jej świat się zawalił. *Rywalizowałam z matką o względy ojca a ze strony matki czułam się odrzucona.* Wydarzenie rozwodu sprawiło że Ewelina zatraciła zaufanie w wytrzymałość wspólnych układów rodzinnych i we wspólną przyszłość.

Chaos, który panował w rodzinie i w jej relacjach z matką stawał się bardzo dotkliwy dla Eweliny. Reagowała na tą sytuację w coraz mniej odpowiedni sposób, poprzez bunt przeciwko wszystkiemu co chciała matka. Nastąpiły ucieczki z domu, wejście w towarzystwo osób pijących i biorących narkotyki. Te wydarzenia **uaktywniły trajektorię cierpienia**, która była ukierunkowana na destrukcyjne zachowania i doświadczenie rozpadu swojego dotychczasowego życia. Ewelina miała poczucie, że rozwój relacji rodzinnych przebiega jako pewne fatum przyjmując niejako automatyczny przebieg. *Czułam, że nie mam nad tym żadnej kontroli i spodziewałam się wszystkiego co najgorsze.* Nagłe uczynienie potencjału trajektoryjnego, sprawiło że Ewelina nie była już w stanie kształtować swojego życia codziennego przez pozytywne schematy działania. To pęknięcie nastąpiło w momencie wykorzystywania przez partnera matki. Ewelina doświadczyła bardzo dużego szoku i dezorientacji, czuła się winna temu co się stało, nie chciała powiedzieć matce bo się bała jej reakcji. *Czułam podskórnie że wybierze tego partnera a mnie o wszystko oskarży.* *Partner matki nie szanował je, pił bił ją ale i tak matka ciągle z nim była. Potem piła z nim też. Zawsze mnie chciała się pozbyć z domu ...bo ma prawo do szczęścia i ułożenia sobie życia a przeze mnie w domu były ciągle kłótnie.* Ewelina próbuje radzić sobie z bólem i rozpaczą, w tym czasie używa coraz więcej alkoholu i coraz częściej pije na imprezach ale i sama kupuje alkohol i ubija się.

Ewelina podejmuje **próbę stabilizacji** swojego życia. Postanawia wyjechać za granicę, aby uwolnić się od kontaktu z matką i jej partnerem, wyrwać się, zacząć żyć na własny rachunek. *Matka bardzo się ucieszyła, uznała że to dobry pomysł.* Poprzez swoją zaradność

udaje jej się zdobyć wsparcie finansowe na ukończenie kursów zawodowych fryzjerstwa i zaczyna prowadzić samodzielne życie. Próbuje radzić sobie zagranicą w życiu codziennym i przezwyciężyć ten zamęt, rozpacz i chaos, który miała w domu i którego doświadczała. Udaje jej się znaleźć pracę i zarabiać na swoje utrzymanie. Jednak owa chwiejna równowaga pozostaje nadal pod naciskiem potencjału trajektoryjnego. Nowe plany okazują się niestabilne przez brak skutecznej kompetencji do radzenia sobie z własnymi emocjami, z samotnością, depresyjnymi myślami i poczuciem zagrożenia.

Następuje u Eweliny **destabilizacja chwiejnej równowagi**, która jest związana z wejściem w związek z pijącym mężczyzną. *Szukałam kogoś kogo będę miała zamiast swojej pustki, samotności, że lepiej będzie mi się z kimś żyło.* Niestety związek okazuje się bardzo destrukcyjny dla Eweliny. *Piłam razem z partnerem, on mnie namawiał, była przemoc, on był agresywny jak wypił, a pił często.* Wydarzeniem powodującym rozwój trajektorii cierpienia u Ewelinie jest zwiążanie się z uzależnionym, pijącym w sposób bardzo destrukcyjny partnerem, agresywnym, niezrównoważonym o tendencjach samobójczych na przemian z agresją.

Ewelina w krótkim czasie zaczyna **pić nałogowo**. Pije ciągami, wydaje duże pieniądze na alkohol. *Organizacja alkoholu, wypicie i łagodzenie skutków kaca staje się celem dnia... codziennego życia. Zawsze musiałam mieć, przy sobie, ręce mi się trzęsły jak nie wiem.* Ewelina nie jest już w stanie działać tak jak to było wcześniej możliwe. *Miałam resztki energii na utrzymanie się na powierzchni, na przychodzenie do pracy usługi wykonywane wobec klientek.* Organizowanie alkoholu i ukrywanie skutków picia i bycia nietrzeźwą powoduje zaniedbywanie innych aspektów życia. Ewelina nie ma żadnych bliskich relacji, czuje się samotna, nie rozumie siebie, wini się za to, że nie umie przestać pić. *Staralam się o tym wszystkim zapomnieć i dalej piłam.* Różnorodne aspekty picia i nieadekwatne decyzje kontynuowania tego sposobu życia oddziałują na siebie w postaci skumulowanego nieładu.

Kolejnym etapem rozwoju trajektorii jest dalsze **załamanie się organizacji życia codziennego** i orientacji wobec samej siebie. Ewelina wszystkimi siłami próbuje utrzymać pracę aby móc zarobić na siebie. Jednak zmasowane nagromadzenie problemów życia codziennego powoduje całkowitą niemoc w osiągnięciu celów. *Sama kilkukrotnie podejmowałam próby aby skończyć ze sobą.* Ewelina odczuwa nienawiść do swojego partnera a jednocześnie czuje się z nim patologicznie związana. Razem piją alkohol i partner wymusza na niej odpowiedzialność za jego zdrowie i jego życie. W ich wspólnych relacjach dominuje doświadczenie przemocy psychicznej i fizycznej. Ewelina, mimo starań i wysiłków traci pracę i zostaje za granicą bez środków do życia. Postanawia prosić rodziców o pomoc. *Chciałam im też powiedzieć prawdę o swoim uzależnieniu i o swoim życiu zagranicą w całkowitej destrukcji*

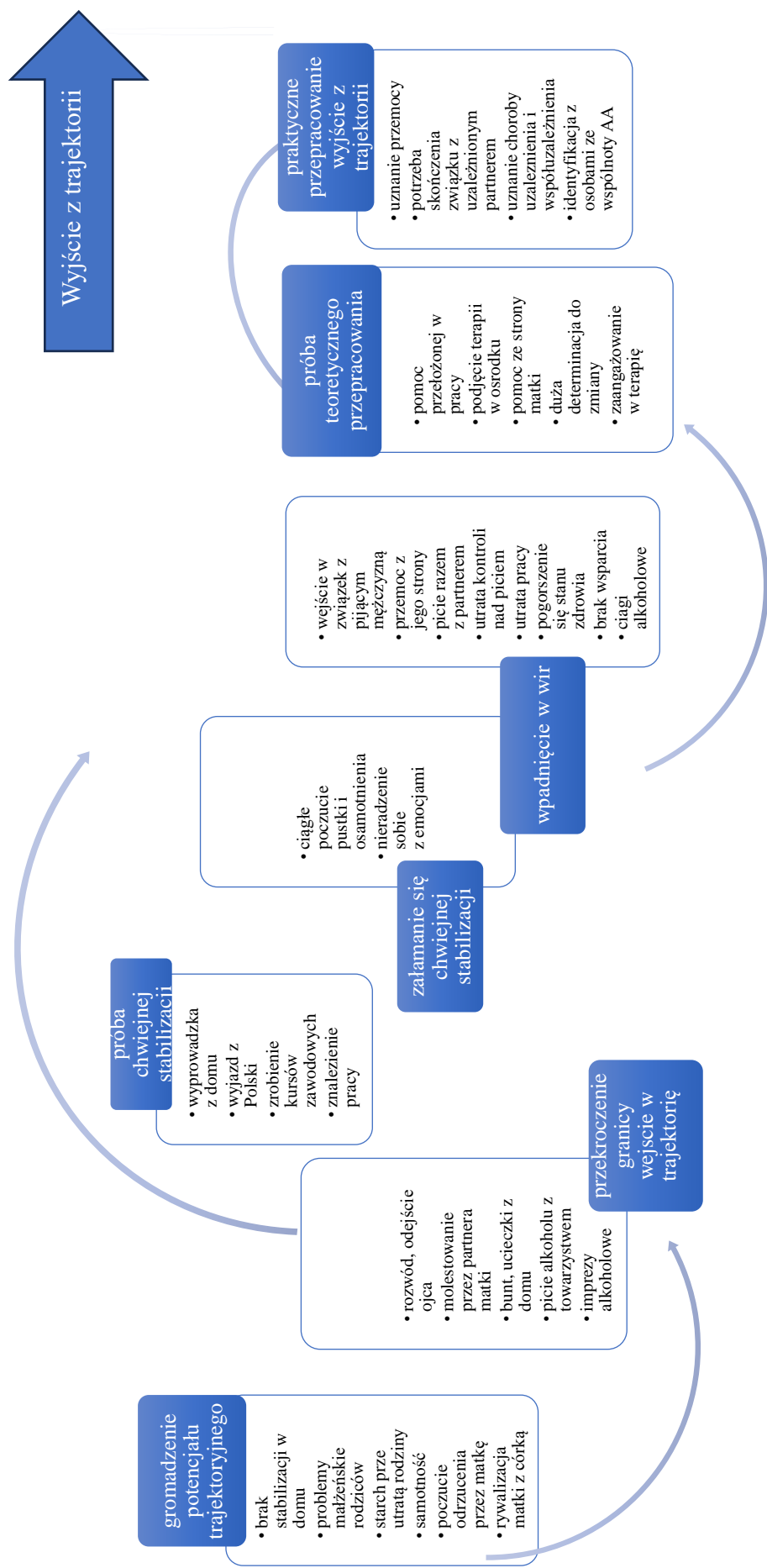
i braku szacunku do siebie. Szuka pomocy zarówno u matki jak i ojca. Matka pozwala jej zamieszkać w domu. Po powrocie do Ewelina jest już w całkowicie destrukcyjnym picciu, pije ciągami, pojawia się padaczka alkoholowa. Łąduje w szpitalu w bardzo złym stanie zdrowia. Lekarze diagnozują o niej zmiany w mózgu, w wątrobie, padaczkę i oceniają, że stan jest na tyle ciężki, że zagraża życiu.

Ewelina przestraszyła się swojego stanu zdrowia i postanowiła się leczyć. Pomogła jej przełożona w pracy, która znalazła ośrodek i sfinansowała częściowo pobyt umawiając się z Ewelina, że te pieniądze odpracuje.

Leczenie w ośrodku OTUK Ewelina odbiera jako swoją ostatnią i jedyną szansę na wyjście z nałogu i przeżycie. *Pojawiła się u mnie nadzieja powrotu do zdrowia i wycofania pewnych zmian, co są możliwe przez głęboką pracę z terapeutyczną głęboką pracą nad sobą.* **Praktyczne przepracowanie** umożliwiło jej przyjęcie prawdy o swoim życiu a zwłaszcza przyznanie się do bezsilności wobec alkoholu i uznanie choroby. *Bardzo dobrze też odebrałam pomoc ze strony terapeutek i personelu ośrodka, który to w bardzo dużym procencie ma własne doświadczenie uzależnienia i wychodzenia z nałogu.* Ewelina, która w swoim życiu doświadczała samotności i braku więzi z innymi ludźmi a także krzywd ze strony bliskich i braku zainteresowania odnalazła we wspólnocie osób uzależnionych swoją drogę, poprzez identyfikację z innymi uzależnionymi. Trudnością z uporaniem się z oddziaływaniem trajektorii w jej życiu są mechanizmy współuzależnienia określane jako DDA- Dorosłe Dziecko Alkoholików, charakterystyczne dla osób wywodzących się z dysfunkcyjnej rodziny. Te mechanizmy tkwiły w Ewelinie bardzo głęboko i opierały się na poczuciu winy i braniu odpowiedzialności za innych oraz przekonania, że nie można się nad sobą rozczulać i trzeba sobie samej radzić. *Że potrzeby się nie liczą, i nigdy nie liczyły, nie umiem przez to rozpoznać, co przeżywam i co się ze mną dzieje, wszystko mi się miesza, co moje, co innych i zawsze myślę, że nie można też mówić o swoich uczuciach przeżyciach czy potrzebach bo nie jest to ważne i inni na to nie reagują.* Ewelina dostrzegła swoje uwarunkowania ale *wzięłam odpowiedzialność za swoje dorosłe życie, przestałam obwiniać innych i swoim trudnym dzieciństwem wszystko tłumaczyć.* Innym problemem Eweliny w praktycznym przepracowaniu i wychodzeniu z trajektorii jest współuzależnienie, które występuje w relacji z uzależnionym partnerem. Ewelina boi się, jak wspomina w narracji samotności i tego że nie poradzi sobie w życiu sama i że jest odpowiedzialna za życie partnera. Ewelina zaczyna widzieć konieczność zakończenia związku z toksycznym i uzależnionym partnerem. *Zwłaszcza że teraz, kiedy odstawiłam alkohol chcę być trzeźwa i walczyć o swoje życie. I kiedy przyznałam się do stosowania przez niego przemocy to był mój pierwszy krok.* Jednak przeżywa silny dylemat i lęk przed podjęciem

decyzji. Te elementy mogą stanowić zagrożenie i trudności w praktycznym przepracowaniu trajektorii po wyjściu z ośrodka.

Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Eweliny przedstawia Wykres nr 6.



Wykres nr 6. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Eweliny. Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Analiza narracji Eweliny przedstawia uwarunkowania zarówno problemów z zaspokojeniem potrzeby autonomii jak i potrzeby bliskości w relacjach. Obszary problemowe w relacjach z bliskimi jak i przeżyte doświadczenia traumatyczne nabierają głębszego znaczenia w zrozumienie rozwoju uzależnienia u Narratorki. Wypowiedzi Eweliny zawarte zarówno w narracji jak i w piciorysie pozwala dostrzec istotne tematyczne linie biografii jako element struktur procesowych.

Analizując linię biograficzną rodziny zawartą zarówno w life history jak i life story można zauważyć dysfunkcyjne elementy w rodzinie pochodzenia Eweliny. Rodzina Eweliny nie stanowiła stabilnego systemu, rodzice po jakimś czasie nieporozumień i kłótni się rozeszli. Rozpad rodziny był trudnym i destrukcyjnym wydarzeniem dla Narratorki. Nadaje ona temu faktowi duże znaczenie, w związku z wystąpieniem problemów uzależnieniowych w dalszym życiu. Ewelina miała bardzo złą relację z matką, nie czuła od niej wsparcia i zrozumienia. Ewelina buntowała się w młodości wobec matki, szukała akceptacji w towarzystwie osób z problemami uzależnienia. Narratorka nie doświadczyła w rodzinie poczucia bezpieczeństwa, nie przekazywano jej też zasad postępowania. Odbierała przekaz, że jej potrzeby nie są ważne, a dorośli mają prawo do swojego życia i spełnienia a ona w tym przeszkadza. Wpłynęło to na niskie poczucie własnej wartości, zagubienie w myśleniu o tym, kim jest i co w życiu chciałaby osiągnąć. W rodzinie Eweliny brakowało zaangażowania rodzicielskiego we wsparcie autonomii dziecka. W zamian za to, Ewelina zostawała sama ze swoim życiem i trudnymi problemami. Ta wymuszona samodzielność była dla niej bardzo bolesna.

Ewelina doświadczyła traumy nadużycia seksualnego przez partnera matki i braku ochrony z jej strony a także braku wsparcia. Zaburzyło to jej relacje do siebie i do świata. Przekonała ostatecznie, że nie może ufać bliskim, że musi sama sobie radzić. Ewelina podjęła samodzielne życie wyjeżdżając zagranicę. Jednak z powodu tendencji do uciekania w alkohol od własnych problemów i samotności podczas pobytu za granicą rozwinął się u niej nałóg alkoholowy. Problemy Eweliny pogłębił fakt związania się z mężczyzną uzależnionym od alkoholu i narkotyków, stosującym wobec niej przemoc i prowadzącym bardzo destrukcyjny styl życia. Ewelina w tym związku utraciła całkowicie kontrolę nad własnym życiem nałogowo spożywając alkohol, tracąc pracę oraz zdrowie. Ewelina wspomina w swojej narracji, *że jest bardzo związana ze swoim partnerem, wierzy że on się zmieni i życie się ułoży*. W narracji uwidoczni się, że relacja Eweliny z partnerem ma charakter uzależnieniowy. Narratorka nie dostrzega zagrożeń płynących dla niej z takiego życia, nie potrafi podjąć racjonalnej decyzji mimo doświadczonych krzywd i destrukcji w tym związku. Wskazuje to na fakt bardzo

niskiego poziomu autonomii u Eweliny oraz niskiego poczucia własnej wartości i poczucia sprawstwa.

Można powiedzieć, że podczas wywiadów kobiety znajdują się na pewnym etapie trajektorii, bądź wychodzenia z niej ale nie wiadomo jak będzie dalszy etap w życiu Narratorek. Z racji prowadzenia wywiadu narracyjnego w trakcie pobytu Eweliny w Ośrodku można jedynie opisać elementy wskazujące na przejście do kolejnego etapu wychodzenia z trajektorii. Należy jednak wskazać, że przepracowanie niszczącego potencjału jest wartością po części deklaratywną. Z racji tego, że zmiana myślenia i akceptacja choroby są ważnymi celami terapii, kobiety biorące udział w badaniach bardzo dużo miejsca w narracji poświęcają omówieniu tych obszarów. U Eweliny występuje tutaj wyraźna trudność wyciągnięcia wniosków co do swojego dalszego życia. Widoczne jest szukanie usprawiedliwienia swojego postępowania, co uwidacznia się poprzez oskarżanie matki o wszystko a także niedostrzeganie zagrożeń płynących ze związku z osobą uzależnioną, stosującą przemoc. Ewelina ma trudność z decyzjami o zmianie i braniem odpowiedzialności za własne życie. Jednak, zwłaszcza w obszarze praktycznego przepracowania trajektorii ma znaczenie to, co kobiety będą realizowały po wyjściu z ośrodka. Ta perspektywa nie jest deterministyczna i wykracza poza analizy dotychczasowej historii życia i trajektorii związanej z uzależnieniem. Decyzje człowieka, także tego uzależnionego mają aspekt wolnego wyboru i ponoszenia odpowiedzialności za te wybory. Jest to ważny element życia uświadamiany podczas terapii w ośrodku. Poznanie mechanizmów uzależnienia, zrozumienie uwarunkowań życiowych, przebiegu linii biograficznych historii nie może być rozumiane jako kontrola trajektorii i opanowanie jej. Czy nastąpi wyjście z trajektorii zależy również od praktycznego przepracowania w codzienności, po ukończeniu terapii uzależnień. Niezależnie od swoich uwarunkowań osoba uzależniona uczy się podczas terapii brania odpowiedzialności za swoje życie i wybory. Dlatego też kolejny etap trajektorii odbywa się w realnym życiu i mimo głębokiej analizy mechanizmów i prawidłowości dotychczasowego życia Narratorki bywa często zaskakujący zarówno pozytywnie jak i negatywnie.

4.7. Odkąd sięgam pamięcią w domu zawsze był alkohol. Pili zarówno moi dziadkowie, jak również rodzice – perspektywa biograficzna Małgorzaty

NARRATORKA MAŁGORZATY- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Małgorzata

Odkąd sięgam pamięcią w domu zawsze był alkohol. Pili zarówno moi dziadkowie, jak również rodzice- centralna wypowiedź Narratorki

Wiek: 45 lat

Wykształcenie: średnie

Zawód: zootechnik

Stan cywilny: panna

Dzieci: brak

Diagnoza uzależnienia: alkohol

Choroby współwystępujące: marskość wątroby

Uzależnienia w rodzinie: rodzice, dziadkowie, rodzeństwo, uzależnienie od alkoholu

ANALIZA LIFE HISTORY MAŁGORZATY – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Małgorzata pochodzi z rodziny alkoholowej, w której nadużywali alkoholu zarówno rodzice jak i dziadkowie. Jest osobą samotną, nie posiadającą dzieci. W rodzinie Małgorzaty panowała bieda i brak motywacji do podjęcia nauki i dalszego kształcenia. Małgorzata po ukończeniu szkoły zawodowej musiała podjąć pracę, aby utrzymać siebie i brata a także pomagać finansowo rodzicom. W późniejszym czasie ukończyła szkołę średnią i zdała maturę. Narratorka zajmuje się pracą w stadninie koni, gdzie też od długiego czasu zamieszkuje. *Pracę traktuję jako swoją pasję i całe swoje życie, a moją szefową i jej rodzinę to jak moją własną. Ci ludzie bardzo mi pomogli.* Narratorka przedstawia fakty ze swojego życia bardzo zwięźle i konkretnie, nie są to długie narracje. Najwięcej miejsca w opowiadaniu poświęca na opis swoich przemyśleń co do trzeźwienia i drogi wychodzenia z nałogu, którą rozpoczęła w ośrodku OTUK w Międzyrzeczu Górnym.

ANALIZA LIFE STORY MAŁGORZATY

Relacje w rodzinie pochodzenia

W rodzinie Małgorzaty uzależnieni od alkoholu byli zarówno rodzice jak i dalsi krewni, dziadkowie. *Wieczne były u nas kłótnie, awantury, czasami rękoczynny. Do rzadkości należał dzień bez libacji, z reguły jak zabrakło pieniędzy na alkohol.* Wtedy w domu panowało napięcie, rozdrażnienie, frustracja. Małgorzata w narracji przedstawia relacje w rodzinie jako patologiczne.

Zarówno z ojcem, jak i matką nie łączyły mnie żadne relacje, jedynie z dziadkiem czasami rozmawiałam o koniach...wspólna pasja .Relacje między rodzicami ,czy też rodzicami i dziadkami ograniczały się do pijackich belkotów zakończonych awanturą, czasami połączoną z rękoczynami. Już we wczesnym dzieciństwie Małgorzata musiała się nauczyć, że może liczyć tylko na siebie. *Wczesnie musiałam stać się samodzielną.*

W domu Małgorzaty nie było wsparcia udzielanego dzieciom ani zainteresowania ich rozwojem czy też problemami. *Czułam się odrzucona, nie kochana, nie potrzebna, wręcz miałam poczucie winy, że żyję, zadając sobie pytanie; po co ja się w ogóle urodziłam. Akceptacji i może odrobiny jakiejś bliskości szukałam wśród koleżanek, kolegów, starając się jak najpóźniej wrócić do domu, gdzie z resztą i tak nikt nie zauważał mojej obecności.*

Małgorzata wspomina w narracji o wstydzie jaki jej towarzyszył i poczuciu bycia inną od rówieśników. Potęgowało to jej poczucie osamotnienia. *Po urodzeniu się brata jeszcze bardziej poczułam się odrzucona, osamotniona, niewidzialna, chyba że trzeba było na kims wyładować złość. Po pewnym czasie poczułam, że muszę się również zaopiekować bratem. Byłam kims kto robi posiłek, pomoże w lekcjach i tak dalej. Szybko w cudzysłowie stałam się dorosła.*

Rodzice nie dbali o rozwój szkolny i wykształcenie córki, nie zauważali też jej problemów, nie mogła z nimi rozmawiać, o tym co sprawia jej trudności. *Rodzice nie mieli dla mnie czasu.*

Poczucie własnej wartości, pewności siebie, samoakceptacja, samoświadomość

Małgorzata przedstawia się w narracji jako osoba niepewna swojej wartości, która z trudnością mówi o sobie. *Tłumione wewnątrz problemy, emocje znalazły ujście w samookaleczaniu się już w dość wczesnym dzieciństwie. Dawało to chwilową ulgę i trwało bardzo długo, bo również w życiu dorosłym...Nie wiem czy to dobrze mówię, czy może za dużo czasu Ci zajmuję.* Małgorzata określa siebie jako osobę słabą, która mało osiągnęła w życiu i nie poradziła sobie z obowiązkami, które przyjęła na siebie w pracy. W narracji niewiele na

swój temat Małgorzata powiedziała wprost. Stwierdziła że trudno jest jej określić jakie posiada zalety. Nie potrafi też wskazać pozytywnych cech swojego charakteru. Małgorzata nie akceptuje siebie, nie podoba jej się ani jaka jest, ani jak wygląda. W swojej narracji stwierdziła, że samookaleczanie, które towarzyszyło jej od wczesnej młodości było rodzajem szukania ulgi w cierpieniu ale też rodzajem odrzucenia siebie. *Samookaleczaniu towarzyszyło często odczucie braku miłości ze strony innych, braku sensu życia a także myśli samobójczych żeby ze sobą skończyć.*

Małgorzata ma również bardzo niskie poczucie sprawstwa, która jest związane z poczuciem braku wpływu na funkcjonowanie uzależnionych od alkoholu rodziców i innych członków rodziny. Na niskie poczucie własnej wartości oraz brak poczucia sprawczości wpłynęło również zdaniem Narratorki molestowanie seksualne, którego doświadczyła w miejscu w swojej pierwszej pracy zawodowej. *Czułam się upokorzona, bezwartościowa, z poczuciem winy.*

System wartości

W rodzinie pochodzenia Małgorzacie nie był przekazywany świadomie system wartości jakim powinna kierować się w życiu. Rodzice nie poświęcali czasu na rozmowy z Małgorzatą i wyjaśnianie świata zasad i wartości. Najwyższą wartością i jednocześnie potrzebą odczuwaną przez Małgorzatę w domu rodzinnym było przetrwanie i poradzenie sobie w życiu samodzielnie. Przekazywane przez rodziców zasady opierały się na zaspokajaniu własnych potrzeb i zaniedbywaniu potrzeb dzieci. *Dbali jedynie własną spokój i wygodę w dalszym picciu. Największą, jedyną wartością dla moich rodziców to był alkohol taka prawda...*

Małgorzata starała się opiekować bratem i było to dla niej bardzo ważne. *Pomoc rodzinie była też ważnym celem w dzieciństwie i młodości.* Inną ważną wartością stało się dla Małgorzaty w dalszym jej życiu usamodzielnienie się finansowe i prowadzenie życia na własny rachunek.

Za największą wartość Małgorzata uznała w swojej Narracji pracę przy koniach, która stała się też główną aktywnością w życiu kosztem relacji z innymi. Dla Małgorzacie stało się ważne wypełnianie jak najlepiej swoich obowiązków w pracy i odwdzięczenie się zawsze wszystko co dla niej robiła szefowa.

Małgorzata twierdzi, że jej myślenie o potrzebie systemu wartości bardzo się zmieniło podczas pobytu w ośrodku. *Obecnie, kończąc terapię mam już te wartości poukładane. Na pierwszym miejscu jest Bóg i wiara, potem trzeźwość i AA. Na tym chcę budować trzeźwienie, czyli rozwój duchowy potem praca i relacje, żeby się nie zamykać na innych.*

Decyzje i role życiowe

W dzieciństwie, głównym celem Małgorzaty było przetrwania w rodzinie i pomoc bratu oraz samodzielne poradzenie sobie z trudnościami związanymi z dysfunkcyjną, alkoholową rodziną. *Po ukończeniu szkoły zawodowej podjęłam pracę, rodzice oświadczyli, że nie będąłożyć na moją dalszą edukację. Pracując, zrobiłam zaocznie liceum i zdałam maturę. Dzięki pracy byłam niezależna finansowo, ale stała się też dla mnie odskocznią od codziennych problemów.*

W związku z zaistniałym faktem bycia ofiarą molestowania celem dla Małgorzaty stało się znowu przetrwanie w tej sytuacji. Z powodu wstydu i lęku przed sprawcą nie zwróciła się do nikogo o pomoc. Zaczęła za to szukać ulgi i zapomnienia w spożywaniu alkoholu, co stało się przyczyną jest narastających problemów w dalszym życiu. *Od czasu kiedy zaczęłam być molestowana w pracy. Czulałam się upokorzona, bezwartościowa, z poczuciem winy. Byłam jak w matni. Dom, lęk, praca, lęk.*

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH MAŁGORZATY

Analiza przebiegu procesów biograficznych Małgorzaty daje obraz narastającej trajektorii i **gromadzenia się potencjału trajectoryjnego** którego źródło, jak wskazuje Małgorzata było w domu rodzinnym i patologiami w nim występujących. Główną z nich jest alkoholizm wielopokoleniowy i wszystkie konsekwencje z tym związane, którymi było zaniedbanie dzieci i ich potrzeb zarówno materialnych jak i psychicznych, brak poczucia bezpieczeństwa, chaos i lęk związany z tym, co działo się w domu.

Małgorzata doświadczała braku opieki i zainteresowania ze strony rodziców, sama musiała radzić sobie z wszelkimi trudnościami oraz od najmłodszych lat opiekować się młodszym rodzeństwem. Doświadczała wstydu przed rówieśnikami oraz poczucia samotności i rozpacz. Już w dzieciństwie pojawiły się u Małgorzaty myśli samobójcze, samookaleczenia, które były jej sposobem na odczucie ulgi w doświadczanym cierpieniu i zagubieniu. Małgorzata miała poczucie chaosu w swoim życiu rodzinnym i głównym jej celem było przetrwanie w tych trudnych warunkach a także ukrycie i minimalizowanie swoich potrzeb.

Przekroczeniem granicy i wejścia w trajektorię cierpienia i uzależnienia było doświadczenie przemocy seksualnej w pracy oraz trudności z poradzeniem sobie z tym doświadczeniem. Małgorzata rozpoczęła drogę picia alkoholu w celu zapomnienia o problemie i próbę porodzenia sobie poprzez odcięcie od trudnych i bolesnych emocji

Wtedy właśnie sięgnęłam po alkohol, miałam 25 lat, samookaleczenia już nie dawały takiej ulgi. Było to pół puszki piwa, ale wystarczyło, żeby zobojętnieć na to co się dzieje, poczuć ulgę. Stopniowo ilość spożywanego piwa zaczęła się zwiększać. Mimo iż wyprowadziłam się z domu, a osoba przez którą byłam molestowana została zwolniona, piłam coraz więcej.

Próba chwiejnej stabilizacji skoncentrowana była na pracy zawodowej, której Małgorzata całkowicie się poświęciła. *Staralam się jak najlepiej wykonywać swoje obowiązki i co dało poczucie, że jestem w stanie poradzić sobie, jeśli się tylko postaram się, skontroluję nad własnym życiem i emocjami. Bo były okresy kiedy nie piłam, a w pracy zawsze było wszystko perfekcyjnie. W takiej chorej egzystencji trwałam 10 lat.*

Alkohol pojawiał się jednak coraz częściej jako odreagowanie zmęczenia, szukanie relaksu po pracy a także próbę zapełnienia pustki wynikającej z braku kontaktów z innymi. *Właściwie nie miałam żadnych relacji tylko te w pracy gdzie byłam już chyba pracoholikiem całym. Alkohol dawał mi ucieczkę od problemów, od świata, od samej siebie. Zaczęłam popijać w pracy, co nie obeszło się bez sygnałów od kolegów, że mam problem, ale ja uważałam, że nie mam. Małgorzata coraz częściej spożywa alkohol, pijąc zawsze w samotności, ukrywając to przed innymi oraz okłamując samą siebie. Myślałam, że nad wszystkim mam kontrolę i piję tyle samo co inni i nie mam żadnego problemu z tym. Pojawiło się zaprzeczanie, to co się nazywa rozdwojenie pewne, po prostu kłamstwo, bo nie chce się widzieć problemu.*

U Małgorzaty rozpoczyna się drugi etap podjęcia stabilizacji w swoim życiu. Jest to **kolejny etap chwiejnej równowagi**. Małgorzata opisuje go w swoim piciorysie. *Po burzliwej rozmowie z siostrą odstawiłam alkohol, udowadniając wszystkim, że jak chcę to mogę. Nie piłam przez 2 lata, ale nic ze sobą nie robiłam. Moje mechanizmy i sposób myślenia były nadal takie same, jak w uzależnieniu. Zaczęłam jeszcze więcej pracować, 300 godzin w miesiącu, szaleństwo. Zamiana jednego uzależnienia na drugie. Zaniedbanie kontaktów z kolegami, przyjaciółką... Wymówka zawsze ta sama, mam dużo pracy, nie mam czasu.*

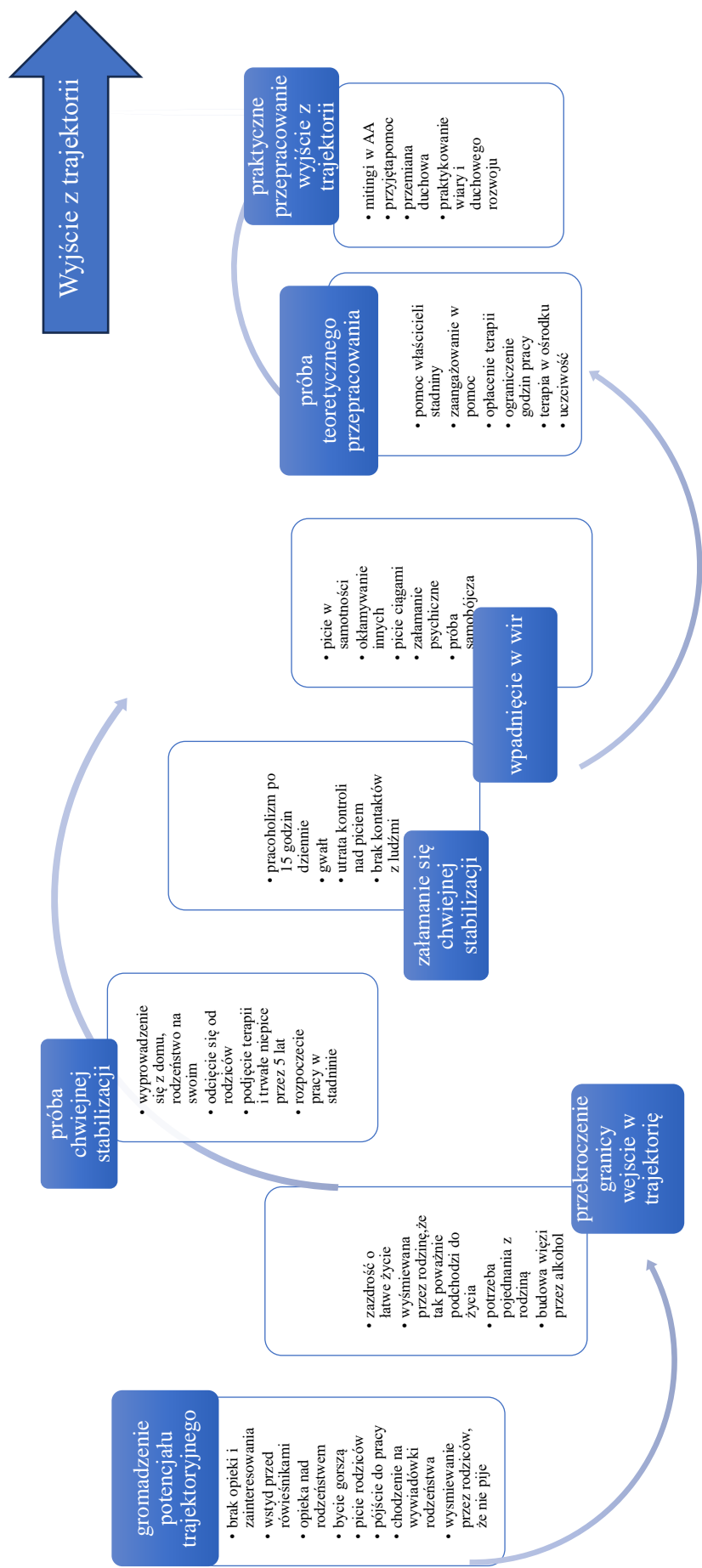
Podjęta przez Małgorzatę **próba chwiejnej równowagi** załamuje się z powodu sięgnięcia jednak po alkohol i szybkiej utracie kontroli nad jego spożywaniem. Narratorka opisuje swoje doświadczenie w piciorysie skrótowo przedstawiając kaskadowe problemy, które narastały wciągając Narratorkę w wir uzależnienia. *Nie mogło się to inaczej skończyć jak powrotem do picia. Jedno piwo na grillu, przecież nie piję od lat... Nawrót był błyskawiczny, popłynęłam w trzy miesiące na dwa lata. Praktycznie nie było dnia bez alkoholu, nie chciałam pić, a nie mogłam przestać. Czułam tylko pustkę, prosząc Boga o śmierć i często myśląc też o samobójstwie. To było moje dno.*

Małgorzata spożywa coraz więcej alkoholu, często jest nietrzeźwa w pracy, zaniedbuje swoje obowiązki które do tej pory były sensem jej życia. Okłamuje innych, że nie pije, jednak nie udaje jej się tego ukryć. Szefowa Małgorzacie proponuje jej pomoc i organizuje umieszczenie w ośrodku OTUK w Międzyrzeczu Górnym. Przeprowadza z Małgorzatą rozmowę, w której wyjaśnia że dalej nie może uciekać przed prawdą o uzależnieniu, w które popadła i że musi podjąć leczenie. Pomaga jej również finansowo. *Nie widziałam dla siebie już szans. Jednak Bóg zadziałał inaczej. Zamiast śmierci dostałam życie, dostałam pomoc. Szczera rozmowa z szefową, już nie miałam siły kłamać, ukrywać się, żyć w ciągłym napięciu, strachu, uznałam bezsilność, poddałam się, wiedziałam że albo skorzystam z pomocy albo umrę.*

Małgorzata w ośrodku terapii uzależnień podejmuje próbę zmiany i spojrzenia z szerszej perspektywy na własne życie oraz przyczyny problemów i wejścia w uzależnienie. Podejmuje próbę **teoretycznego przepracowania potencjału trajektoryjnego** i źródeł cierpienia w swoim dotychczasowym życiu. *Pobył na terapii dał mi ogromną szansę na nowe życie. Pierwszy raz poczułam, że mogę komuś zaufać i zaufałam. Poczułam się bezpiecznie i że kogoś obchodzę. Bardzo chciałam zmienić swoje życie. Z pokorą i uczciwością wobec siebie i terapeutów weszłam w proces terapeutyczny. To na terapii zrozumiałam co było przyczyną mojego uzależnienia: nieumiejętność odczuwania i radzenia sobie z emocjami. Dostałam fachową wiedzę, na której zbudowałam swój fundament i narzędzia do działania po wyjściu z terapii.*

Małgorzata podjęła próbę również **praktycznego przepracowania trajektorii** poprzez pracę nad realizacją 12 kroków AA. Zaangażowała się aktywnie w udział w mitingach AA, podejmując rozwój duchowy, w którym znalazła siłę na przebaczenie swoim rodzicom krzywd, których od nich doznała a także nadzieję na nowe, trzeźwe życie. Małgorzata zaangażowała się także, jeszcze będąc w ośrodku w pracę ze sponsorem czyli doświadczonym członkiem wspólnoty AA pomagającym w trzeźwieniu.

Przebieg trajektorii w biografii Narratorki Małgorzaty przedstawia Wykres nr 7.



Wykres nr 7. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Małgorzaty. Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie

Analizując linię biograficzną rodziny zawartą zarówno w life history jak i life story można zauważyć dysfunkcyjne elementy w rodzinie pochodzenia Małgorzaty. Narratorka nadaje im duże znaczenie w związku z wystąpieniem problemów uzależnieniowych w dalszym życiu.

Analiza narracji Małgorzaty przedstawia uwarunkowania zarówno problemów z zaspokojeniem potrzeby autonomii jak i potrzeby bliskości w relacjach.

Najistotniejszym faktem zaburzającym rozwój autonomii Małgorzaty były zaniedbania dziecka występujące w rodzinie ze względu na istnienie w niej problemu alkoholowego, dotyczącego wszystkich bliskich osób. Rodzina Małgorzaty od wielu pokoleń dotknięta jest problemem alkoholowym. Narratorka jako dziecko nie doświadczyła miłości i wsparcia, potrzeby dziecka zarówno materialne jak i psychiczne nie były zaspokojone. Nie były też zaspokojone potrzeby w obszarze wsparcia autonomii. Rodzice Małgorzaty zajęci byli swoimi sprawami skupionymi wokół destrukcyjnego sposobu życia. Małgorzata musiała troszczyć się nie tylko o siebie ale także o rodzeństwo. Narratorka wspomina w narracji, że ma bardzo niskie poczucie własnej wartości i wiary w siebie. *Zawsze czułam się nic nie znacząca wręcz przeszkadzałam innym, nie zauważona.* Doświadczenia braku więzi z bliskimi osobami wpłynęły na jej trudności w budowaniu relacji w dalszym życiu. W dorosłym życiu Małgorzata używa alkoholu aby zapomnieć o samotności, poczuciu bezwartościowości i pustce egzystencjalnej. Analiza wypowiedzi Małgorzaty zawartych zarówno w narracji jak i w piciorysie pozwala dostrzec istotną tematyczną linię biografii jako element struktur procesowych.

Znaczącym wydarzeniem dla Narratorki jest wykorzystanie seksualne w pracy. Wpływa to osłabiająco na jej poczucie sprawstwa i wartości, zamykając ją jeszcze bardziej w sobie i poczuciu pustki.

Obszar tych krzywdzących doświadczeń nabierają głębszego znaczenia w zrozumienie rozwoju uzależnienia u Narratorki. Małgorzata wchodzi w coraz większy pryncipalizm a swoje cierpienie i pustkę próbuje zmniejszyć pijąc alkohol. Negatywne uczucia w stosunku do siebie i świata nie znikają, pojawia się za to nałóg alkoholowy i utrata kontroli nad życiem. Analiza wypowiedzi Małgorzaty zawartych zarówno w narracji jak i w piciorysie pozwala dostrzec istotną tematyczną linię biografii jako element struktur procesowych.

W analizie trajektorii pienia i uzależnienia u Małgorzaty uwidacznia się element silnego intensywnego gromadzenia się potencjału trajektoryjnego w dzieciństwie Narratorki.

Wpływa on na rozwój problemów uzależnienia owych w dalszym życiu Małgorzaty również na niski poziom rozwoju autonomii relacyjnej. Małgorzata nie doświadczyła wsparcia i bliskości w relacjach co zaburzyło jej myślenie o sobie, zbudowało przekonanie, że sama musi sobie ze wszystkim radzić. Brak pozytywnego myślenia o sobie i doświadczenia ze strony bliskich zobojętnienia spowodowały że Małgorzata nie poznała swojej wartości, zdolności i talentów i nie oparła myślenia o sobie o wewnętrzne atrybuty. Funkcjonowanie w rodzinie Małgorzaty nastawione było na manipulacje dzieckiem i wykorzystywanie go do własnych celów i potrzeb.

Elementem wyróżniającym się w przebiegu trajektorii cierpienia i uzależnienia u Małgorzaty było wsparcie, którego doświadczyła ze osób, które nie były jej rodzicami a jedynie pracodawcami. Małgorzata otrzymała u nich mieszkanie i utrzymanie oraz poczucie, że jest potrzebna. Znalazła też spokój oraz bezpieczeństwo, którego zawsze szukała. Szefowa z pracy pomogła jej w poradzeniu sobie z uzależnieniem od alkoholu poprzez znalezienie odpowiedniego ośrodka i sfinansowanie pobytu w nim. Osoby, u których pracowała i mieszkała Małgorzata wierzyły też w jej zmianę oraz w to, że poradzi sobie z pracą i ze swoim życiem jeśli tylko wejdzie na drogę trzeźwienia. Wsparcie, które otrzymała Małgorzata pomogło jej w przepracowaniu destrukcyjnego wpływu trajektorii i wyjściu na drogę zdrowienia.

Małgorzata nie zmarnowała szansy, która została jej dana. Bardzo zaangażowała się w pracę nad sobą podczas terapii i przyjęła wszystkie sugestie dawane jej przez terapeutów. Całkowicie przemieniła swoje życie i myślenia dotyczące własnych decyzji i systemu wartości. Na pierwszym miejscu postawiła wartość wiary i powierzeniu się Sile Wyższej jako pomoc w trzeźwieniu. *Istotne jest dla mnie uczestnictwo we wspólnocie AA i realizowania 12 kroków drugiego trzeźwienia a także niesienia posłania nadziei innym, cierpiącym jeszcze alkoholikom.*

Obecnie Małgorzata ma bardzo dużą samoświadomość, jej autonomia się wzmocniła i rozwinęła. Uwidacznia się to w determinacji w praktycznym przepracowaniu działania trajektorii w jej życiu i wyzwoleniu z jej niszczącego oddziaływania.

4.8. Ojciec jak dowiedział się co robię, powiedział, że nie ma już córki – perspektywa biograficzna Oli

NARRATORKA OLA- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Ola

Ojciec jak dowiedział się co robię, powiedział, że nie ma już córki – centralna wypowiedź Narratorki

Wiek: 30 lat

Wykształcenie: wyższe

Zawód: nauczycielka

Stan cywilny: panna

Dzieci: brak

Diagnoza uzależnienia: alkohol, leki, narkotyki, seks

Uzależnienia w rodzinie: ojciec, uzależnienie od alkoholu

Choroby współwystępujące: zaburzenia odżywiania, anoreksja

LIFE HISTORY OLI – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Ola pochodzi z pełnej rodziny, w której był problem uzależnienia od alkoholu ojca. Ojciec też chorował na zaburzenia psychiczne. Wszystkie te problemy były ukrywane przez matkę i nikt miał się nie dowiedzieć, że coś niedobrego dzieje się w rodzinie. Nie miała wsparcia w rodzinie, najbliższą jej osobą była młodsza siostra. Ola wobec siostry pełniła opiekuńczą rolę. Narratorka w wieku szkoły gimnazjalnej bardzo intensywnie zaczęła udzielać się w Internecie, umieszczając zdjęcia i filmiki służące nawiązaniu relacji z chłopakami. Szybko pojawiły się propozycje seksualne, z których korzystała i zaczęła zarabiać. W późniejszym jej życiu pojawiło się świadczenie ekskluzywnych usług seksualnych mężczyznom i czerpanie korzyści materialnych z tych relacji. Od młodzieńczego wieku Ola zażywa leki i substancje psychoaktywne. Kilka miesięcy temu Ola utraciła kontrolę nad braniem środków psychoaktywnych. Używając ich ciągam, pojawiły się stany lękowe, psychotyczne i depresja. Ola sama zgłosiła się na terapię uzależnień do OTUK w Międzyrzeczu Górnym, jest to pierwsza próba wyjścia z nałogu poprzez terapię w ośrodku.

ANALIZA LIFE STORY OLI

Relacje w rodzinie

W rodzinie Narratorki, jak wskazuje jej narracja, panowały bardzo zmienne relacje pomiędzy rodzicami, które bardzo oddziaływały na dzieci, powodując życie w lęku i niepokoju o przyszłość i braku poczucia bezpieczeństwa. Na relacje między rodzicami miała wpływ choroba alkoholowa ojca a także jego problemy psychiczne, którymi żyła cała rodzina.

Rodzice mieli bardzo mocną relację, emocje między nimi były mocne a z drugiej strony destrukcyjną, jeden i drugi nie radził sobie i źle reagował ale mimo kłótni oni byli blisko.

Ola obserwowała u rodziców niewłaściwy przykład relacji bliskości między ludźmi. Ten przykład wskazywał bliskość jest źródłem cierpienia dla uczestniczącej w takiej relacji osób. *Ojciec miał podejście dwubiegunowe do matki- przytulał i był agresywny, depresja męska, pozalić się nad sobą.*

Ola przedstawia w swojej opowieści biograficznej, że nie miała dobrej relacji z mamą. *Mama była dla mnie niedostępna często zdenerwowana nie mogłam jej się zwierzyć ze swoich problemów.*

Narratorka wskazuje większą więź miała z tatą polegała ona że starała się pomóc tacie zmniejszyć jego problemy. *Chciałam też bliskości i akceptacji a także pochwalenia ze strony taty ale nigdy tego nie uzyskiwałam.*

Rodzina Oli była rodziną hermetyczną, ukrywającą problem uzależnienia ojca i jego problemy psychiczne. *Było to myślenie no co ludzie powiedzą.* Rodzice Oli byli bardzo skupieni na swoich problemach i nie byli zaangażowani do wspierania czy zaspokajania potrzeb psychicznych swoich dzieci. *Musiałymy sobie radzić same i nie sprawiać problemów których i tak w rodzinie było dużo.* W rodzinie nie było wsparcia i zaangażowania w świat dzieci, poznanie ich zainteresowań. Nie było też pochylenia się nad dzieckiem aby wesprzeć rozwój jego autonomii.

Poczucie własnej wartości, pewności siebie, samoświadomość, samoakceptacja

Ola określa siebie w narracji jako osobę, która zawsze miała niskie poczucie wartości i pewności siebie. *Zawsze słabo o sobie myślałam nie wiedziałam czy mam jakąś wartość.*

Niskie poczucie wartości uwarunkowane było słabą relacją z rodzicami i niezaspokojonymi potrzebami uznania i zauważenia zwłaszcza ze strony ojca. Ola doświadczała też zagubienia i nie akceptacji oraz samotności i poszukiwała dowartościowania w grupie rówieśników. *Jednak i tam czułam się inna i nie byłam akceptowana w grupie.*

Ola doświadczyła, że podczas kontaktów w Internecie może wykreować siebie, tak jak chce i zyskać uznanie i zauważenie przez innych. *Bardzo mnie to wciągnęło spodobało mi się to było moje miejsce gdzie się odnalazłam.*

Jednak popularność w rzeczywistości wirtualnej nie zbudowała odpowiednio poczucia własnej wartości u Oli. *Dostrzeżono mój wygląd i styl jednak było to traktowane przedmiotowo.*

System wartości

W rodzinie Narratorki panował chaos w systemie wartości. *Z jednej strony najwyższą wartością dla wszystkich niby była rodzina ale to nie w znaczeniu czegoś dobrego ale w zachowaniu tak jakby nie było problemów wszystko było dobrze ale tylko pozornie.*

Narratorka nie ukształtowała w sobie świadomie wybranego i u wewnątrzni onego systemu wartości. Rodzice Oli nie dawali jej odpowiedniego przekazu, czym w życiu się kierować i jakie wartości są ważne. Główną wartością w dzieciństwie u Narratorki była pomoc siostrze a także przetrwanie w sytuacji rodzinnej.

Przez brak zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych i skupieniu na problemach życia codziennego nie wykształciło się u Oli myślenie duchowych wartościach. *Nie zastanawiałam się nad tym było mi wszystko jedno patrzyłam na rodziców i na początku starałam się spełnić oczekiwania, później widziałam czegoś jednak mi brakuje.*

Jak wynika z narracji Ola zawsze poszukiwała w swoim życiu miłości i akceptacji, przez jakiś czas znalazła ją w związkach z mężczyznami, jednak jak twierdzi Ola, były to tylko pozory relacji i nie dawały jej szczęścia.

Obecnie Narratorka wypracowuje swój system wartości, próbując świadomie określić co jest dla niej ważne i czym chce się w swoim życiu kierować. *Na pierwszym miejscu chcę postawić trzeźwienie i też duchowy rozwój, to ważne, jak tu usłyszałam.*

Trudno jej jednak zrezygnować z korzystania z finansowego utrzymania przez mężczyzn, partnerów seksualnych z powodu korzyści jakie uzyskuje i też braku jej zdaniem innej alternatywy. *Zwłaszcza, że związek taki prawdziwy mi jednak nie wyszedł.*

Decyzje i role życiowe

Decyzje podejmowane przez Narratorkę w życiu nie były autonomiczne, choć miały duży element samodzielności. Jednak ta samodzielność nieraz w dzieciństwie przerastała Olę i była źródłem jej lęków i cierpienia.

Jako dziecko to były duże problemy dla mnie, ojciec jego picie i to wszystko co w domu. Sama musiałam zatroszczyć się o szkołę, siostrę.

Ola poznała chłopaka i zakochała się, chciała stworzyć z nim związek, jednak trudno jej było zrezygnować z innych relacji z mężczyznami i związek się rozpadł. *Po tym wszystkim zaczęłam coraz więcej ćpać i pić i już potem się posypało.*

Ola nie doświadczyła ze strony rodziców wsparcia i akceptacji jej choroby uzależnieniowej. *Rodzice cały czas twierdzą, że przynoszę im wstyd. Ojciec jak się dowiedział co robię to powiedział, że nie ma już córki.*

Decyzją, którą świadomie podjęła Ola, jako ratowanie siebie było zgłoszenie się na leczenie do ośrodka OTUK. *Chciałabym się ratować, bo naprawdę się wystraszyłam, tym co robię.*

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH OLI

W biografii Oli wystąpiła faza **narastania potencjału trajektoryjnego** w związku z jej rodziną, która źle funkcjonowała. Relacja rodziców była bardzo chłodna, nie było między nimi bliskiej więzi. *Jednak mama i tata starali się na zewnątrz, aby utrzymać pozory dobrej rodziny.* Temu były też podporządkowane dzieci. Dzieci były nauczone, że mają się same sobą zajmować i nie wymagać opieki ani zainteresowania od rodziców. *Tata często pił i zapadał na depresje, miał też inne problemy, które wpływały na życie rodzinne i na atmosferę w rodzinie. Ta sytuacja to słynny opis hipopotama w pokoju. Wszyscy wiedzą że jest to hipopotam ale udają że wszystko jest dobrze i starają się w tym normalnie funkcjonować.* Ola odczuwała brak poczucia bezpieczeństwa w domu oraz dwuznaczność przekazywanych informacji od rodziców. *Wszyscy udawali że nie ma problemu, mama bardzo nerwowo reagowała na jakiegokolwiek przejawy głębszej rozmowy czy dopytywania. Na zewnątrz zawsze trzeba było robić wrażenie uśmiechniętej i zadowolonej ale w domu panowało napięcie.* Ola nie radziła sobie z samotnością. Jej jedyną bliską relacją była relacja z siostrą. *Siostra była mi najbliższa, zawsze sobie pomagałyśmy.* Ola przez to, że była starsza, była w roli matki i opiekunki dla młodszej siostry. *W rodzinie nie było relacji tylko układy i to układy zamknięte, hermetyczne. Jednym z nich był układ matki i ojca i ich toksycznej relacji polegającej na tym że ojciec przez swoje picie zawałał wiele spraw ciągle powstawały jakieś problemy z brakiem pieniędzy, brakiem pracy. Matka była zła na ojca, często robiła mu awantury ale ojciec dominował i tak robił swoje.* Momenty kłótni i napięcia przeplatane były momentami normalnymi, gdzie rodzice ze sobą rozmawiali, wychodzili razem na spotkania towarzyskie czy zapraszali gości. Drugim układem był układ między siostrą i Olą polegający na tym, aby wspierać się wzajemnie i nie sprawiać żadnych problemów rodzicom. Wydarzenia te stanowiły ramy powstawania późniejszej trajektorii cierpienia. W relacji biograficznej Oli było to poczucie bycia nieważną i

niepotrzebną oraz to, że jej przeżycia i potrzeby mało istotne. Podporządkowanie utrzymywaniu tajemnicy o problemach w rodzinie oraz brak więzi z rodzicami stał się podstawą niskiego poczucia wartości u Oli i podatności na zranienie w związku z niezaspokojoną potrzebą bycia kochaną. Czynnikiem dynamizującym wejścia w doświadczanie trajektorii u Oli było manipulowanie przez rodziców dziećmi w celu spełnienia własnych celów i potrzeb. Dzieci miały być lojalne wobec rodziców, którym dawało to poczucie kontroli nad rodziną i pozorna jej stabilizacja. *Matka i ojciec kiedy w szkole coś mi nie szło, jednoczyli się razem w rozmowach ze mną i wzbudzali poczucie winy, obwiniali mnie, co im robię jakie mają przeze mnie kłopoty.* W rodzinie Oli panował chaos w systemie wartości. *Kiedy matka robiła awantury ojcu to wtedy sama straszyla go że go gdzieś zgłosi ojciec zarzucał matce że przez nią pije i ma depresję ale kiedy były informacje ze szkoły że coś się złego dzieje u nas wtedy najwyższą wartością było chronić rodzinę i ukryć wszystkie problemy. Na spotkaniach rodzinnych i ze znajomymi matka i ojciec pokazywali się jako zgodna para.* Była to dla Oli sytuacja fałszywa i przekaz, że wszystko zostaje w rodzinie. *Jak matka często powtarzała brudy trzeba prac w rodzinie.*

Ola ma trudności z akceptacją siebie i duży kryzys związany ze swoim wyglądem i potrzebą akceptacji ze strony innych. Zaczyna się odchudzać szybko uzyskuje efekty i rozwija się u niej anoreksja. Dlatego, że łatwo uzyskuje poprzez kontrolę nad jedzeniem poczucie chwilowej kontroli nad swoim życiem zaczyna jej się to podobać. *Wreszcie odnalazłam coś na co mam wpływ a było to moje ciało.* Następuje **dynamizacji trajektorii** spowodowanej tym że poprzednie schematy funkcjonowania w domu, wobec rodziców, w szkole, radzenia sobie w nauce i w relacjach przestały działać. Zamiast tego pojawia się mechanizm regulowania się emocjonalnego poprzez jedzenie, który rozwija się w stronę choroby anoreksji. *Doszło do tego jadłam tylko sałatę i jabłko. Jak zjadłam coś więcej, ćwiczyłam godzinami.* Ola w wieku dorastania doświadcza tego, że podoba się chłopakom. *Widziałam, że jestem ładna, działa to na nich, że robię wrażenie na chłopakach.* Zaczyna podejmować kontakty towarzyskie przez Internet. Najpierw jest to tylko oglądanie i pokazywanie czynności seksualnych ale szybko przechodzi do umawiania się z partnerami na seks za pieniądze. *Teraz powiedziałabym że zaczęłam się prostytutuować już w liceum.* Po jakimś czasie zaczyna używać alkoholu aby nie być na trzeźwo podczas stosunków seksualnych. Zdarza się jej też zażywać narkotyki żeby lepiej być odważniejszą i atrakcyjniejszą. *Z jednej strony cieszyłam się z tego że mam pieniądze i mogę sobie na wiele pozwolić, z drugiej strony było zagubienie w myśleniu o tym, co dalej i nawet myśli obrzydzenia do siebie i do seksu.*

Kolejnym etapem trajektorii w biografii Oli jest wejście w **etap pozornej równowagi**. Ola stara się osiągnąć stabilizację poprzez podjęcie studiów i pracę. Ola dalej utrzymuje kontakty seksualne w celach zarobkowych. *Jest to teraz bardziej długotrwały sponsoring*. Stara się tłumaczyć przed sobą swoje czyny i postępowanie potrzebą pomocy finansowej rodzicom oraz siostrze. *Dało mi to poczucie, że robię coś dobrego, że nie jestem złą dziewczyną. Z rodzicami nie miałam zbytniego kontaktu, zresztą cieszyli się że pracuję i oni nic nie dopytywali*. Ola prowadzi podwójne życie, do tego pozytywnego wizerunku jest potrzebny alkohol i narkotyki.

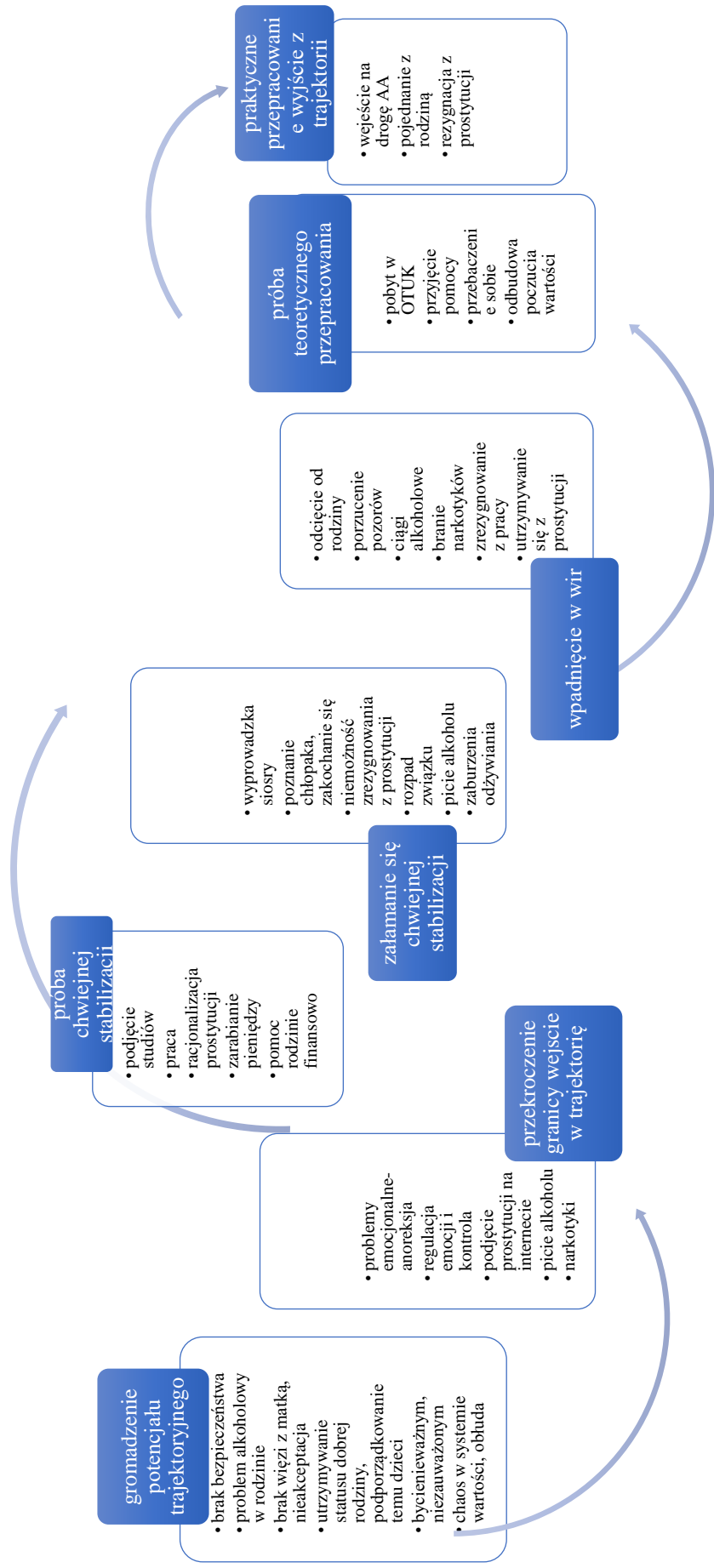
Trajektoria cierpienia pozornej stabilizacji która nie okazuje się trwała przechodzi w **fazę destabilizacyjną**, gdzie wydarzenia, których doświadcza Ola powodują utratę kontroli nad używaniem środków psychoaktywnych. Nie udaje się jej zachować dyskrecji i wstydliva prawda o podwójnym życiu zostaje ujawniona. Trajektorie tę dynamizuje fakt, że siostrą Oli usamodzielnia się i zakłada rodzinę. *W młodym wieku zaszła w ciążę i wyprowadziła się do swojego partnera*. Ola traci bliską relację z siostrą, co bardzo ją załamuje i pogłębia odczucie samotności i porzucenia. Ojciec wyrzeka się jej. *Kiedy dowiedział się o tym, że uprawia prostytutkę stwierdził, że nie ma już córki i zerwał ze mną kontakt. Matka starała się wpłynąć na mnie ale w końcu stanęła po stronie ojca. My jesteśmy zszokowani i urywamy kontakt, tak mówili*.

Ola nie umie sobie poradzić, zaczyna często i dużo pić. Nawiązuje coraz częstsze kontakty ze starszymi mężczyznami. Drugim doświadczeniem Oli, dynamizującym wejście w destrukcyjne działanie trajektorii, wejście w wir, jest nieudana próba stworzenia stałego związku. Był to fakt z jej biografii osłabiający całkowicie kontrolę nad używaniem substancji psychoaktywnych, burząc jej rozumie siebie i świata. Ola zakochała się w partnerze jednak odczuła niemożność zrezygnowania z prostytutki i wyjawienia prawdy swojemu chłopakowi. To spowodowało że związek szybko się rozpadł, co załamało Olę i wprowadziło ją w wir uzależnienia. *Coś się wtedy we mnie wypaliło, przestało mi zależeć, zaczęłam codziennie ćpać, pić alkohol i było mi wszystko jedno. Miałam dwóch sponsorów którym wyświadczyłam usługi seksualne za duże pieniądze. Cały czas też miała problemy zjedzeniem, która przejawiała się dużym napięciem i poczuciem winy przy zjedzeniu czegoś. Życie Oli skoncentrowane było na zdobywaniu narkotyków i alkoholu i utrzymywaniu kontaktów seksualnych za pieniądze. Zrezygnowała z pracy zawodowej bo nie była w stanie sprostać jej wymaganiom i zajęła się tylko świadczeniem usług seksualnych za pieniądze. Piła alkohol często, były to ciągi trwające kilka dni*.

Ola przestraszyła się tego co się z nią dzieje, że traci całkowicie kontakt z rzeczywistością. *Byłam w stanie leżeć tydzień i pić, nie wiedziałam co się dzieje. Zaczęłam się bać co dalej będzie że nikt mi nie pomoże gdyby coś.*

Ola podjęła decyzję leczenia w ośrodku OTUK w Międzyrzeczu Górnym. *Dla mnie to było najważniejsze, że jest to ośrodek tylko dla kobiet.* W decyzji wsparła ją matka, która pomogła jej znaleźć ośrodek i ją przywiozła. Ola podjęła próbę **intelektualnego przepracowania swojej trajektorii** cierpienia i spojrzenie głębsze na mechanizmy, które funkcjonowały w jej myśleniu i przekładały się na decyzję podejmowane w realnym życiu. Ola stara się być uczciwa w pracy nad sobą i otwarta na poznanie wszystkich oddziaływań trajektoryjnych cierpienia i uzależnienia w swoim życiu. Zaakceptowała też swoje uzależnienie jako chorobę i konsekwencje związane z tym dla dalszego swojego życia. Weszła też na drogę duchową i przebaczyła zarówno ojcu jak i matce to, że nie potrafili stworzyć bezpiecznego, stabilnego środowiska rodzinnego i nie ugruntowanie w niej poczucia bycia wartościową i kochaną. *Zrozumiałam jednak, że rodzice mieli swoje problemy i nie umieli przekazać miłości w odpowiedni sposób, sami nie radzili sobie z własnym życiem.* Ola wzięła też odpowiedzialność za wszystko co złego dokonała w swoim życiu szukając miłości, akceptacji i stabilizacji a niszcząc w sobie sferę intymną, sferę seksualną. *Zniszczyłam to przez swoje działanie a jest to bardzo ważne coś co intymnego mamy co możemy dać komuś innemu ofiarować bardziej. Chciałabym to naprawić i szukam siły i oparcia w Sile Wyższej, żeby odbudować własną czystość. Mam nadzieję że mi się to uda na razie w tej dziedzinie wiem, że będę musiała wejść też w pełną abstynencję.*

Przebieg trajektorii w biografii Oli przedstawia Wykres nr 8.



Wykres nr 8. Przebieg trajektorii w biografii Oli. Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Analizując linię biograficzną rodziny zawartą zarówno warstwie life history jak i life story narracji można zauważyć dysfunkcyjne elementy w rodzinie pochodzenia Oli. Narratorka przedstawia uwarunkowania zarówno problemów z zaspokojeniem potrzeby autonomii jak i potrzeby bliskości w relacjach. Trudności, których doświadczała były związane uzależnieniem od alkoholu i problemami psychicznymi ojca oraz z niewłaściwym funkcjonowaniem relacji małżeńskiej w rodziców. Obszary te nabierają głębszego znaczenia w zrozumieniu rozwoju uzależnienia u Narratorki. W systemie wartości w rodzinie panował chaos i dwuznaczny przekaz. Ola nie wykształciła świadomości własnego systemu wartości, wobec którego mogłaby podejmować autonomiczne decyzje w swoim życiu.

Wchodząc w relacje z mężczyznami, świadcząc usługi seksualne osłabiła i tak zachwiane poczucie własnej wartości i samoakceptacji. Przez te czyny doświadczyła też odrzucenia ze strony rodziców. *Jest to dla mnie i bardzo bolesne i uświadomiło mi jak bardzo tego potrzebuję.*

Ola przyjęła pomoc terapeutyczną jaka została jej udzielona, przez co zrozumiała źródła i dynamikę procesów trajektoryjnych w aspekcie uzależnienia w swoim życiu i jego skutków doświadczanych w wielu obszarach. Podczas terapii głębiej spojrziała na uwarunkowania swoich problemów. *Cały czas zależało mi na akceptacji rodziców, czy mi wybaczą.* Ola odkrywa, że cały czas boi się odrzucania, że ma deficyt miłości rodziców. *Tata się do mnie uśmiechnął, chyba mi wybaczał. Zobaczyłam, że to dla mnie bardzo ważne.* Rodzice jednak nie chcą zobaczyć problemów córki, nie są gotowi zaakceptować jej prawdziwego życia o którego istnieniu wcześniej nie wiedzieli. Brak akceptacji ze strony rodziców i marzenia o dobrej rodzinie, powrocie do dzieciństwa są bardzo bolesnymi doświadczeniami Oli i powodują, że jest bardzo skupiona na potrzebie zrehabilitowania się. Obrazuje to poziom niskiej autonomii Oli, nie opartej na wewnętrznych, osobowych atrybutach. Pokazuje to również, jak bardzo istotne jest wsparcie i rozwój autonomii w relacjach, zwłaszcza z najbliższymi. Przykład Oli wskazuje, jak bardzo destrukcyjny wpływ ma brak wsparcia i zaspokojenia autonomii dziecka w rodzinie. Bo nie ma własnych wartości celów, odrębności.

U Oli brakuje też zadowolenia z trzeźwego życia. Nie było aż tak atrakcyjne. Bez akceptacji rodziców wizja życia nie wydała się atrakcyjna. *W niektórych partnerach odnajdywałam namiastkę ojca.*

Jako praktyczne przepracowanie i wyjście z trajektorii Narratorka wykonała rozmowę z rodzicami, odbudowującą kontakt z nimi i będącą próbą pojednania. Rozpoczęła też pracę nad sobą poprzez realizację drogi 12 kroków AA. Ten kontakt będzie sprzyjał wejściu do

wspólnoty samopomocowej AA i dalszej pracy praktycznej nad usunięciem i wyjściem z trajektorii w kierunku tego, aby uwolnić się od jej oddziaływania.

4.9. *We wspólnocie AA znalazłam znowu drogę do Boga* – perspektywa biograficzna Ruty

NARRATORKA RUTA- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Ruta

We wspólnocie AA znalazłam znowu drogę do Boga - centralna wypowiedź Narratorki

wiek : 44 lata

wykształcenie: wyższe

zawód: teolog, pedagog, siostra zakonna

stan cywilny: panna

dzieci: brak

diagnoza: uzależnienie od alkoholu, leków

uzależnienia w rodzinie: ojciec, szwagier uzależnienie od alkoholu, matka, lekomania

choroby współwystępujące: depresja

LIFE HISTORY RUTY – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Ruta pochodzi z pełnej rodziny, w której obecne były jednak liczne problemy. Ojciec jest uzależniony od alkoholu, matka nadużywa leków, aby radzić sobie z problemami psychicznymi. Inne osoby z dalszej rodziny, wujkowie są również uzależnieni od alkoholu. Ruta była zdolnym dzieckiem, dobrze się uczyła, starała się pomagać w domu. Jako nastolatka uczestniczyła w życiu religijnej wspólnoty młodzieżowej, która stała się dla niej bardzo ważnym miejscem budowania relacji z ludźmi i formacji duchowej. Ruta w młodym wieku odkryła powołanie i wstąpiła do zakonu. Próbowала odnalezienia swojego miejsca w zakonie, wśród jasnych reguł i norm, przekonanie, że zakon będzie bezpieczną przystanią, domem, który da poczucie miłości, akceptacji i wyjątkowości w relacjach z Panem Bogiem oraz pólśiostrami. Rozwijające się uzależnienie od alkoholu i leków zaburzyło jej funkcjonowanie w zakonie. Po narastających problemach z wypełnianiem obowiązków życia we wspólnocie i w pracy z dziećmi zgodziła się na pobyt w ośrodku OTUK. Miejsce to zostało znalezione przez matkę przełożoną, która przywiozła Rutę do Ośrodka.

ANALIZA LIFE STORY RUTY

Relacje w rodzinie pochodzenia

Relacje rodzinne Ruty naznaczone były licznymi problemami występującymi w domu rodzinnym. Tata Ruty był człowiekiem nadużywającym alkoholu, również ten problem uzależnienia od alkoholu występował w dalszej rodzinie Narratorki. *Uzależnionymi byli dziadkowie z obu stron, wujkowie i ciotki.* Jak wspomina w swojej narracji Ruta, problem picia był obecny od dziecka w jej rodzinie i otoczeniu. *Takie życie skupione wokół alkoholu awantur spotkań było dla mnie czymś normalnym. Matka nadużywała leków ciągle przeżywała depresję, jakieś problemy psychiczne nie radziła sobie z tym wszystkim jaki był tata była trochę nieobecna w moim życiu.* Ruta stwierdza, że nie miała dobrej i bliskiej relacji z mamą, nie chciała nigdy jej też martwić swoimi problemami. *Do głowy by mi nie przyszło żeby się z czegoś matce zwierzać.* Lepszą relację jak wspomina w narracji miała z ojcem, jednak przez to że był bardzo despotyczny i wymagający. *Również nie okazywał mi uczuć w sposób bezpośredni tylko właśnie poprzez wymagania.* Mimo, że ojciec był uzależniony do alkoholu, Narratorka ceniła go jako zaradnego mężczyznę. Ruta żeby zostać pochwalona i akceptowana starała się sprostać wymaganiom ojca. *Ojciec wychowywał mnie jak chłopaka zawsze chciał mieć syna a miał same dziewczyny dlatego jeździłam na traktorze wszystko robiłam wokół domu przy domu. ja byłam jak syn w tej rodzinie, rąbałam drwa...*

W domu Ruty były też momenty, które Narratorka wspomina dobrze. *Wspólnego bycia razem zabawy.* Były one jednak zawsze związane z obecnością alkoholu.

Rucie w swojej narracji trudno jest mówić o swoich rodzinnych doświadczeniach. Pojawia się wstyd i poczucie krzywdy. Mimo, że Ruta stara się nie oceniać źle rodziców w jej narracji pojawiło się zdanie *moja rodzina była patologiczna i pełna nadużyć.*

W narracji Ruty pojawia się ambiwalentna postawa wobec swoich rodziców. Z opowieści biograficznej Ruty wynika, że stara się tłumaczyć wszelkie trudności, których doświadczyła w dzieciństwie i pokazać, że poradziła sobie traumami których doświadczyła. Jednak są momenty w narracji kiedy pojawiają się u Ruty uczucia złości i żalu wobec bliskich.

W narracji pojawia się moment wspomnienia o traumie seksualnej, której Ruta doświadczyła w domu rodzinnym. Jest tutaj element tajemnicy, pewnego przesłonięcia tego faktu w narracji, który może świadczyć o bardzo dużym zranieniu w tej sferze i dużym poczuciu winy. Ruta stwierdziła, że nie chce o tym mówić i wracać do tego tematu. Opowiedziała natomiast o tym, że była świadkiem przemocy fizycznej wobec matki oraz broniła nieraz matkę przed ojcem i jej się też oberwało.

Doświadczenia które przedstawiła Ruta w narracji wskazują na duże problemy w jej rodzinie pochodzenia skutkujące brakiem poczucia bezpieczeństwa, napięciem panującym w domu a także postawą samotnego radzenia sobie ze wszystkimi problemami aby nie pogarszać jeszcze bardziej problemów panujących w rodzinie.

System wartości

Ruta wskazuje, że najważniejszą wartością od dzieciństwa dla niej była religijność i wiara w Boga. *Często w dzieciństwie chodziłam do kościoła bardzo mi się tam podobało był spokój i takie piękno i poczucie że jest gdzieś inny świat. Wiara w Boga dawała mi siłę i jakąś taką nadzieję że moje życie ma sens i że mam jakąś wartość zwłaszcza jeśli będę dobra i będę innym służyć.* Ruta we wczesnej młodości zaczęła uczestniczyć w spotkaniach wspólnoty religijnej Oaza. We wspólnocie religijnej doświadczyła bliskich relacji z innymi ludźmi, przyjaźni, zrozumienia, wzajemnego wsparcia. Bycie we wspólnocie stało się to centralną wartością w jej życiu i ważnym miejscem młodzieńczych aktywności.

Jak stwierdziła Ruta w narracji, w wierze i pomaganiu innym znalazła akceptację i poczucie spełnienia.

Ruta po zdanej maturze podejmuje decyzję wstąpienia do zakonu aby móc służyć bliźnim i rozwijać swoją wiarę w Boga. *Bardzo się cieszyłam z tej decyzji, rodzice dobrze to przyjęli, byli dumni, opowiadali po rodzinie.* Narratorka wstępując do zakonu chciała wyrwać się z domu rodzinnego i rozpocząć samodzielne życie oparte na wartościach takich jak pomaganie innym, satysfakcjonująca praca z dziećmi, służba na rzecz drugiego człowieka oraz służba Bogu.

Trudnością, której doświadczyła Ruta w zakonie to przede wszystkim samotność i brak bliskich relacji z innymi siostrami. Ruta czuła się gorsza, mało wartościowa, miała trudności ze spełnianiem wymagań i oczekiwań innych osób, zwłaszcza przełożonych.

Nie umiałam radzić sobie z trudnościami i opinią innych o mnie, miałam też trudności z odpoczynkiem. Z biegiem czasu zaczęłam szukać sposobów rozluźnienia się, pojawił się alkohol. Miałam już taką próbę w młodości, z alkoholem, ale to było przelotne. Jak twierdzi Ruta w narracji, często obowiązki ją przerastały, potem trudna była dla niej też monotonia życia zakonnego. Ruta bardzo chciała dopasować się do zasad, ważny był dla niej ułożenie i akceptacja innych. Jednak jej wartości nie były w pełni ukształtowane i wybrane na podstawie wewnętrznych przekonań a bardziej było to skierowane na doznanie akceptacji czy jakiś uczuć.

Decyzje, role życiowe

Swoje decyzje swoje Ruta podejmowała w dzieciństwie aby zadowolić rodziców, nie sprawiać im zbytnich problemów. *Chciałam być dobrą córką.*

Drogę swojego powołania, jak twierdzi Ruta wybrała autonomicznie. *Było to po prostu szukaniem swojej drogi, odpowiedzią na Boży głos. Było to na pewno dowartościowaniem mnie, że mogę robić dobre rzeczy i być kimś w Kościele.*

Bardzo mocną motywacją dla Ruty były relacje i akceptacja w grupie. Ta opinia innych bardzo ją budowała i spowodowała, przez to, że była chwalona, miała sukcesy że wybrała drogę wiary i realizacji swojego powołania jako osoba wierząca.

W swoim życiu zakonnym starała się zasłużyć na akceptację we wspólnocie zakonnej, to oparcie na opinii innych siostr spowodowała, że nie radziła sobie z brakiem akceptacji i krytyką, bardzo to przeżywała.

Kiedy rozwinęło się u niej uzależnienie od alkoholu tym co kierowało jej zachowaniem było ukrycie picia i jego skutków. *Łatwo obwinałam inne siostry za swoje problemy, dając sobie niejako argumenty do dalszego picia aby zapomnieć i odciąć się od problemów.*

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH RUTY

W prezentowanej przez Rutę opowieści biograficznej ujawnia się etap **gromadzenia potencjału trajektoryjnego**, który jest związany z problemami domu rodzinnego. Przez występujące w domu dysfunkcje dotyczące relacji między rodzicami uzależnienia od alkoholu ojca oraz współuzależnienia matki i jej problemów psychicznych. Ruta od wczesnego dzieciństwa doświadczała chaosu i braku poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji w domu. Rodzina Ruty dotknięta była od pokoleń alkoholizmem i brak było zainteresowania problemami dziecka. Zdarzało się, że Ruta jako dziecka pojona była alkoholem, żeby była cicho i nie przeszkadzała. Ruta doświadczała poczucie odrzucenia i braku przynależności w dzieciństwie. *Nie miałam doświadczenie miłości w rodzinie i wsparcia.* Ruta chciała utrzymać stabilną rodzinę poprzez bycie dobrą i pomocną córką. Co po pewnym czasie spowodowało duże pęknięcie i zmiany ról, kiedy dziecko przeżywało nadodpowiedzialność za rodzinę. Potencjał trajektoryjny gromadził się, gdy Ruta przeżywała wstyd i poczucie patologii swojej rodziny. Przeżywała bardzo mocno samotność i brak bliskich więzi z innymi.

Rodzice zajęci swoimi problemami i piciem alkoholu nie dawali dziecku poczucia bycia ważnym i docenianym, nie wzmacniali wartości i autonomii. Ruta doświadczała obojętności i braku więzi. Ruta swoim dobrym działaniem i służeniem innym chciała zasłużyć na tą akceptację i docenienie. Te czynniki spowodowały jej podatność na zależność od innych i nieradzenie sobie trudnymi emocjami zwłaszcza, że świat doświadczenia dobrych uczuć i

emocji był w rodzinie nieobecny. W jej domu był nieustannie obecny alkohol, też podawany dziecku. Ruta wcześniej doświadczyła, że wpływa on na zmianę nastroju i chwilowe zapomnienie. *U nas nie było okazywania sobie uczuć powiedzenie że cię kocham w ogóle tego nie słyszałam nigdy.*

Po odkryciu swojego powołania, wstąpienie do zakonu pojawiła się u Ruty nieumiejętność odnalezienia się w relacjach z innymi siostrami. *Przeżywałam jako porażki każdej krytyki w moją stronę lub nawet wyrażenie przez kogoś innego zdania traktowałam jak odrzucenie, ciągle poczucie urazy, bycia winną.*

Ruta po wstąpieniu do zakonu zaczyna przeżywać trudności, z którymi nie potrafi sobie poradzić, następuje załamanie dotychczasowych sposobów radzenia sobie i **dynamizacja trajektorii cierpienia i uzależnienia**. Jest to związane z poczuciem zawodu i frustracji spowodowanej swoimi wyobrażeniami i oczekiwaniami co do życia w zakonie. Ruta doświadcza poczucia samotności, niewystarczalności swoich zasobów osobowych. *Nie umiałam wchodzić w relacje, jakoś chciałam ale nie byłam szczera, ciągle myślałam żeby znaleźć kogoś bliskiego, też bardzo mnie usztywniał kontakt z przełożonymi.*

Ruta wspomina też w swojej narracji o tym, że pamięta wtedy, że nastąpiło u niej osłabienie żywej relacji z Bogiem. *Chodziłam na modlitwy, bo musiałam, siedziałam grzecznie jak trzeba ale w sercu już myślałam, jak źle mnie traktują, jak bardzo mi się wszystko nie podoba. Jakiś bezsens...*

To poszukiwanie akceptacji związane było z lękiem przed oceną, krytyką i odrzuceniem. Pojawiło się częstsze sięganie po alkohol jako próba poradzenia sobie ze stanami napięciami, lęku i poczuciem niespełniania oczekiwań w relacjach ze współsiostrami i przełożonymi. *Zaczęłam szukać okazji do picia i na zewnątrz, i w domu, oszukiwać na pieniądzach i to szybko zaczęło się wymykać, piłam żeby się upić.*

W biografii Ruty pojawia się **próba stabilizacji trajektorii** poprzez prace z dziećmi z niepełnosprawnością umysłową i fizyczną. *Bardzo mocno się zaangażowałam w pracę i obowiązki wychowawcy. Intensywne picie w życiu zakonnym i spadek poczucia własnej wartości i rozczarowanie sobą Narratorka próbowała nadrobić spełnianiem się w pracy. To mi pomagało, zintensyfikowana praca, oddanie się pomocy moim dzieciom. Chciałam pokazać, że sobie radzę, że dam radę, odstawiałam alkohol, robiłam przyrzeczenia trzeźwości, byłam przeniesiona do innego domu to zaczynałam od początku, jakoś pokazać że wszystko wypełnię, że zasady i reguły mi pomogą, większa dyscyplina...*

Ruta cały czas miała kontakt z domem rodzinnym. *Przybijały mnie też problemy w moim domu rodzinnym, ojciec pił dalej, matka w ciężkim stanie, jeszcze siostra co z nimi mieszkała miała męża co pił i też nie mogła wytrzymać.*

Wypracowywana chwiejna równowaga załamała się jednak i nastąpiła szybka destabilizacja. *Przyczynił się do tego mój kontakt z lekami.* Pierwszy kontakt z lekami był sposobem poradzenia sobie z piciem. Ruta zauważyła, że problem z alkoholem się nasila, pije dużo i szybko się upija, w pracy zaczęła podbierać leki swoich podopiecznych i zażywać je, żeby poradzić sobie z zespołem abstynencyjnym. Szybko zaczęła sięgać po leki i nadużywać ich w sytuacjach przeciążenia stresem. Zaczęły się konflikty z siostrami oraz z przełożonymi ponieważ zaniedbywała swoje obowiązki. *Czułam się ciągle obserwowana, kontrolowana więc napięcie towarzyszyło mi przez cały czas. Miałam niechęć do uczestniczenia w modlitwie, opuszczanie wspólnych punktów dnia w zakonie.*

To powodowało dalsze załamanie się organizacji życia codziennego i orientacji wobec samej siebie a także popadnięcie w dalszy **wir uzależnienia**. *Kłamstwa, nieobecności na Mszy św., w pracy, zawalanie terminów, wymigiwałam się od jeżdżenia autem bo byłam pod wpływem lub na kacu, raz tak się upiłam, że pijana poszłam do refektarza, rozrzucając wokół siebie jedzenie, siostry zaprowadziły mnie bełkocząca do pokoju” - wstyd i poczucie winy, upodlenie, upokorzenie.*

Ruta używała także leków i łączenie ich z alkoholem. *Miałam przez to częste urwane filmy. Największym upadkiem było dla mnie podanie leków uspokajających w pracy mojemu kilkuletniemu podopiecznemu, żeby się zamknął i spał bo ja chciałam mieć święty spokój, byłam na kacu.*

Zdaniem Narratorki wobec niej panowała w zakonie zmowa milczenia. *Każdy widzi problem, ale się nie mówi na głos bo nie wolno, szemranie, plotkowanie za plecami, kilka rozmów z przełożoną, która upominała i kazała więcej się modlić i zawierzać.*

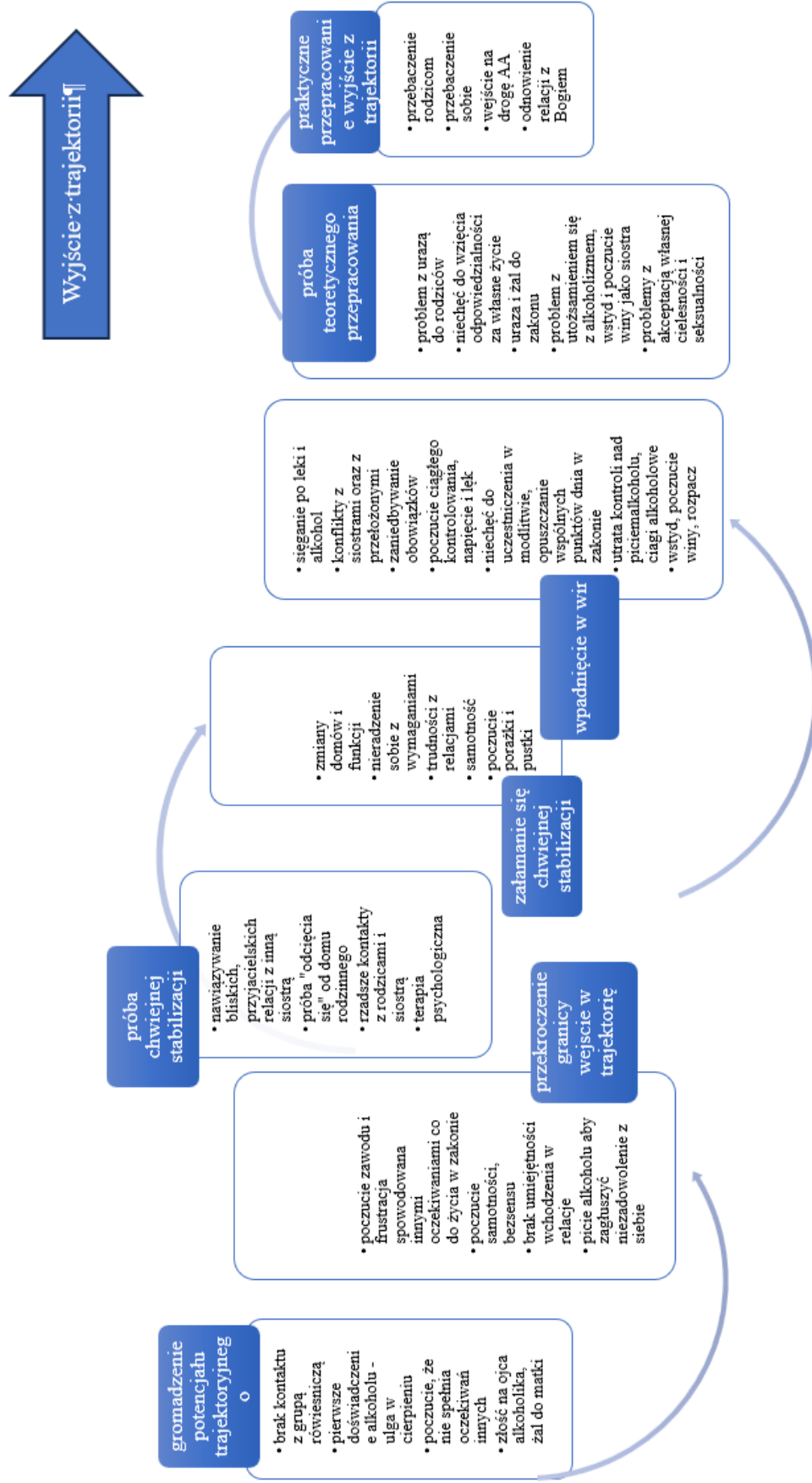
Teoretyczne i praktyczne przepracowanie nastąpiło w przypadku Ruty w związku z przybyciem do ośrodka OTUK w Międzyzrzeczu Górnym. *Gdy problem z moim piciem się rozwijał, siostra przełożona zaczęła szukać pomocy, przez informacje od siostry, która się tu leczyła, zadzwoniła i zorganizowała mi to leczenie.*

Ruta podejmując leczenie, ma trudności z wejściem w relacje terapeutyczną, ma wielką nieufność do terapeutów, towarzyszy jej lęk, który wzmacniany jest przez nieświadomiony głód alkoholowy. Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej kiedy Ruta odkrywa że w ośrodku podjęła leczenie inna siostra, która ją zna. Ruta podejmuje decyzję o zmianie swojego życia i wykonuje pracę nad sobą w kierunku eliminacji destrukcyjnego oddziaływania trajektorii

cierpienia i uzależnienia w jej życiu. Zaczyna widzieć u siebie mechanizmy uzależnienia i to jak bardzo im ulegała. *Jak okłamywałam siebie, żeby nie widzieć problemów.* Podjęła w terapii pracę w trudnych dla niej obszarach: urazy i żalu do rodziców, zakonu, niechęci do wzięcia odpowiedzialności za własne życie. Ruta podjęła też pracę akceptacją własnej cielesności i seksualności. Mimo, że jako siostrze zakonnej trudno jej było przez poczucie winy i wstyd przyznać, że jest uzależniona od alkoholu i leków uznała swoją chorobę i przyjęła pomoc.

Stopniowo nabierałam zaufania do terapeutów, przelamywałam swój wstyd, obawę przed oceną i odrzuceniem. Na drodze wspólnoty AA znalazłam drogę do Boga, którego nie spotkałam będąc w zakonie. Utożsamienie się z ludźmi trzeźwiejącymi i poczucie przynależności, może pierwszy raz w życiu, pozwoliły jej w podjęciu działań zmierzających do wyjścia trajektorii.

Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Ruty przedstawiony został na Wykresie nr 9.



Rys. 9. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Ruty. Źródło: opracowanie własne. Podział sekcji (na następnej stronie).....

Podsumowanie

Analiza warstwy obiektywnej i subiektywnej narracji wskazuje na brak zaspokojenia podstawowych potrzeb w rodzinie Narratorki. Nie zostały zaspokojone również podstawowe potrzeby mianowicie potrzeba autonomii oraz bliskości. W rodzinie Narratorki obecne były liczne problemy związane z nadużywaniem alkoholu przez rodziców. Dziecko było wychowywane w przekonaniu, że samo musi radzić sobie ze wszystkim oraz pomagać rodzicom. Ruta starała się spełniać oczekiwania rodziców dobrym dzieckiem które nie sprawia problemów i są umię się sobą zająć.

Bardzo znaczącym faktem biograficznym w historii Ruty było odnalezienie się w grupie religijnej młodzieżowej. Uczestniczenie w tej grupie bardzo mocno wpłynęło na pozytywny rozwój Narratorki zwłaszcza w dziedzinie religijnej. Oprócz tego Ruta znalazła tam bliskie relacje z rówieśnikami oraz autorytety, które stały się dla niej drogowskazami w jej młodzieńczym życiu. *Uczestnictwo w grupie przy kościele było mnie odskocznią od problemów w domu i pokazywało mi że jest inny świat.*

Ruta w oparciu o to doświadczenie odnalazła wartości były skupione wokół wiary w Boga i realizacji dobra w życiu. Ruta starała się realizować ten system wartości i podejmować decyzje zgodne z nim. *W oparciu wartość wiary odnalazłam swoją drogę wybierając powołanie do życia zakonnego aby służyć Bogu i ludziom.* Rodzina Ruty nie sprzeciwiała się jej decyzji, była to dla nich nobilitacja, że coś osiągnęła.

Narratorka, która w młodości wstąpiła do zakonu napotkała tam trudności, które spowodowały ucieczkę od problemów w używanie alkoholu. Problemy te dotyczyły relacji z innymi siostrami które, jak wskazuje Narratorka w swojej opowieści nie doceniały i nie akceptowały ty taką jaką ona jest a tego potrzebowała. *Nie byłam też w stanie sprostać wszystkim wymaganiom i widziałam nie jestem chwalona jakbym chciała i było to dla mnie trudne, muszę stawić czoła problemom.*

Tak wielka potrzeba akceptacji i uznania wynikała z deficytu, który występował u Ruty w związku z niezaspokojeniem podstawowych potrzeb w rodzinie. W doświadczeniu trudności w zakonie uwypukliło się niskie poczucie wartości u Narratorki, które nie było oparte o wewnętrzne atrybuty a jedynie zewnętrzne pokazanie swojej skuteczności i pochwałę.

Ruta w zakonie doświadczała też samotności, nie umiała sobie z tym poradzić jak również nie znała świata uczuć, potrzeb wyrażania ich, gdyż nie miała tego doświadczenia w domu rodzinnym. Analiza narracji Ruty przedstawia uwarunkowania zarówno problemów z zaspokojeniem potrzeby autonomii jak i potrzeby bliskości w relacjach. Obszary nabierają głębszego znaczenia w zrozumienie rozwoju uzależnienia u Narratorki.

Problemem ujawniającym w dorosłym życiu narratorki była relacja z przełożonymi, w której brakowało zdaniem Narratorki pewności siebie i autonomii a przeważały dwie, skrajne postawy uległości lub też buntu. Mimo prób osiągnięcia równowagi poczucie nieradzenia sobie ze swoimi trudnościami i ucieczka przed nimi powodowały sięganie po alkohol jako uśmierzenie bólu i pocieszenie jak i pewnego rodzaju odcięcie od trudnych emocji i prawdy o sobie.

Ruta wchodząc w kłamstwa, nieuczciwość i oszukiwanie siebie i innych coraz bardziej wchodziła w szpony nałogu osłabiając jednocześnie swoje życie duchowe i oddalając się od ideałów, które wybrała i pragnęła realizować.

Z analizy trajektorii uzależnienia wynika, że Ruta doświadczyła wszystkich etapów rozwoju procesów trajektoryjnych, od fazy narastania potencjału trajektoryjnego po fazę dynamizowania się trajektorii, destrukcyjne działanie i utratę kontroli nad swoim życiem. W tych procesach widoczny jest brak rozwoju osobowych czynników związanych z poczuciem autonomii tj. poczucie własnej wartości oparte na wewnętrznych atrybutach oraz rozwinięcia samoświadomości.

W ośrodku terapii uzależnień Ruta podjęła pracę nad teoretycznym przepracowaniem trajektorii cierpienia i uzależnienia w swoim życiu. W podjętej refleksji biograficznej ujawniły się lęk przed relacjami, doświadczanie silnego poczucia odrzucenia przez innych, poczucie niższości, gorszości, brak poczucia bezpieczeństwa. Wystąpił chaos wewnętrzny wynikający z poczucia nieważności, bezwartościowości, próba odnalezienia swojego miejsca w zakonie, wśród jasnych reguł i norm. Przekonanie, że zakon będzie bezpieczną przystanią, domem, który da poczucie miłości, akceptacji i wyjątkowości w relacjach z Bogiem oraz współsiostrami.

Następuje u Ruty świadome wejście na drogę przemiany, co wyraża się w dużym zaangażowaniu w terapię w ośrodku, przyjęciem pomocy od terapeutów i wejściem z zaufaniem w relacje z nimi. Następuje u Ruty przepracowanie przeszłości oraz praca nad wyjściem z trajektorii cierpienia i uzależnienia. Istotnym faktem jest tutaj wejście na drogę rozwoju duchowego, odnowienie wiary i relacji z Bogiem. Ruta odnajduje swoje miejsce i akceptację we wspólnocie AA, chce też nieść pomoc innym kobietom cierpiącym z powodu uzależnienia.

4.10. *Muszę wybierać między lojalnością do mamy i do męża* – perspektywa biograficzna Wioli

NARRATORKA WIOLA- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Wiola

Muszę wybierać między lojalnością do mamy i do męża- centralna wypowiedź Narratorki

Wiek: 38 lat

Stan cywilny: żona

Dzieci: 2

Wykształcenie: wyższe

Zawód: informatyk

Diagnoza: uzależnienie od alkoholu i leków

Uzależnienia w rodzinie: ojciec, brat uzależnieni od alkoholu

Choroby współwystępujące: depresja, choroba autoimmunologiczna

ANALIZA LIFE HISTORY FAKTY WIOLI – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Wiola pochodzi z pełnej rodziny, w której obecny był problem alkoholowy. Ojciec Wioli nadużywał alkoholu i miał problemy psychiczne, wiele razy próbował targnąć się na swoje życie. Wiola bardzo chciała pomóc rodzicom w ich problemach. Przejęła w dużym stopniu rolę opieki i wsparcia dla swojego młodszego brata. Wiola w bardzo młodym wieku wyszła za mąż, była to jej pierwsza miłość. Szybko pojawiły się dzieci, co przytłoczyło ją, przeżywała depresje poporodowe i załamanie. Wiola zaczęła pić alkohol, gdyż nie radziła sobie z obowiązkami i czuła się samotna w związku. Drugim problemem w małżeństwie była strata dziecka, poronienie, którego Wiola nie miała możliwości przepracować, przepłakać, gdyż mąż nie jest zbyt uczuciowy i nie widział problemu. Kiedy problemy uzależnienia narosły Wiola podjęła leczenie odwykowe w ośrodku koedukacyjnym. Jednak nie przyniosła ono długofalowego skutku. Wiola po terapii zaczęła jeszcze więcej pić i szybko utraciła kontrolę nad swoim życiem i używaniem środków psychoaktywnych. Wiola piła w sposób bardzo destrukcyjny, ciągami, pojawiała się depresja i stany psychotyczne. Postawiona przed wyborem leczenia lub rozwodu zgodziła się na pobyt w ośrodku leczenia uzależnień tylko dla kobiet OTUK w Międzyrzeczu Górnym.

ANALIZA LIFE STORY WIOLI

Relacje w rodzinie pochodzenia

W rodzinie pochodzenia Wioli panowały niewłaściwe relacje pomiędzy rodzicami. *Tata, który był uzależniony od alkoholu miał też duże problemy psychiczne. Rodzice w domu strasznie się kłócili. Pamiętam, że siedziałam w kącie, na wersalce i bardzo się bałam. Ojciec dużo pracował i dużo pił. Wracał późno z pracy, myślę, że uciekał w pracę. Był bardziej wrażliwy, uczuciowy niż mama. często zachowywał się w sposób nieobliczalny chcąc targnąć się na swoje życie. W tych sytuacjach Wiola czuła się odpowiedzialna za tatę i pomoc mu udzielaną. Wiola przeżywała nieustanny lęk i obawy co w domu się wydarzy. Pozbawiona była poczucia bezpieczeństwa. W relacji rodziców wydarzyła się zdrada, mama miała romans z mężczyzną z pracy. Przychodził często do domu, przesiadywał do nocy z mamą, mama się nim ciągle zajmowała. Rodzice kłócili się coraz częściej, ojciec coraz więcej pił i nie było go w domu. Kochanek matki popełnił samobójstwo. Nigdy nie rozmawiało się w domu o problemie zdrady, czy o picciu ojca.*

Z mamą Narratorka nie miała dobrych relacji. Wiola czuła się osamotniona w swoim dorastaniu, między nią i mamą nie było porozumienia, nie mogła się mamie zwierzyć z problemów sercowych.

Brak dobrych relacji między rodzicami, kłótnie i awantury były dla Wioli codziennością. Czuła się często bezradna i samotna. Wiola była obarczona w domu licznymi obowiązkami, które starała się jak najlepiej wypełniać. *Swoich własnych potrzeb nie stawiałam na pierwszym miejscu tylko musiałam się zająć innymi.*

Wiola miała obowiązek opiekować się bratem. *Byłam dla niego jak matka, kiedy był w szpitalu siedziałam przy nim.*

W relacjach w rodzinie pochodzenia Wioli nastąpiła zamiana ról między rodzicami a dzieckiem. Wiola wchodziła w rolę opiekunkę brata i rolę wspierającą wobec własnych rodziców. Starała się aby jej rodzina się nie rozpadła. Struktura rodziny była niestabilna i nie dawała oparcia dzieciom.

Między rodzicami panowała nieszczerłość, kłamstwa oraz zdrada. *Mama miała kochankę tym się zajmowała i była na tym skupiona.*

Rodzice Wioli nie byli zaangażowani we wsparcie autonomii dziecka ani zainteresowani potrzebami Wioli i światem jej przeżyć. Jeśli wspierali jej samodzielność zwłaszcza matka to w celu spełniania własnych oczekiwań pomocy od córki. Wiola nie miała

doświadczenia bezwarunkowej akceptacji i uznania. Matka stawiała jej wysokie wymagania co do nauki i nigdy nadmiernie nie chwaliła Wioli i nie okazywała uczuć. Brakowało też rozmów o problemach, Wiola czuła się samotna, nie miała do kogo zwrócić się ze swoimi sprawami.

Poczucie wartości, samoświadomość, samoakceptacja, pewność siebie

Wiola, jak wspomina w narracji, zawsze miała problem z akceptacją siebie. *Miałam niskie poczucie wartości, mimo, że bardzo dobrze się uczyłam, miałam sukcesy w szkole, byłam przewodniczącą...Jednak wszystko to robiłam żeby być pochwaloną przez mamę.*

Wiola nie doświadczyła docenienia swojej wartości przez rodziców. *Mama była surowa, nie okazywała zbyt wiele uczuć. Wszystko starała się nam załatwić. Pracowała w szkole i tam też mnie zapisała, stwierdziła że gdyby co to może wszystko załatwić u nauczycieli. Przez to czułam się słaba i niezbyt mądra.*

Narratorka jak wynika z opowieści biograficznej ma dużą świadomość swoich trudności i problemów. *Widzę u siebie ten problem, że nie potrafię siebie docenić, uwierzyć, też sobie wybaczyć. Jestem DDA ale nie wiem dokładnie co to znaczy, muszę jeszcze porozmawiać z terapeutami.*

Nie widzi tego, że bierze odpowiedzialność za wszystko na siebie, bardzo się załamuje cierpieniem innych, stawia ich zawsze wyżej niż własne potrzeby.

System wartości

W rodzinie Wioli przekazywany był system wartości poprzez wymagania i presję zewnętrzną. Rodzice zwłaszcza mama mieli wysokie wymagania wobec córki zarówno pod względem nauki jak i pod względem moralnym. Rodzice chodzili do kościoła i przekazywali to dzieciom w sposób nakazowy. Jednak Wiola widziała, że rodzice utrzymują tylko pozory relacji i że nie realizują wartości, które nakazują dzieciom. *To wszystko to była taka fikcja bo sami żyli zupełnie inaczej niż mówili. Niż nas uczyli. Mama miała kochankę oszukiwała ojca i uważała że ma do tego prawo. Wartością w rodzinie było utrzymywanie na zewnątrz pozorów dobrej rodziny i nie wynoszenie problemów rodzinnych poza nią.*

Ważną wartością w rodzinie była też poprawa statusu materialnego. *Mama dbała o ubranie i wygląd nasz, w domu się nie przelewało. Rodzice chcieli zapewnić nam takie życie abyśmy się nie wyróżniali od innych i nie czuli gorsi. Chcieli abyśmy coś osiągnęli w życiu.*

W związku z tym stawiane były wymagania wobec córki, aby się dobrze uczyła i zdobyła dobry zawód. *Mama zawsze chciała mieć większe pieniądze bo w domu się nie przelewało bardzo chciała żeby dobrze zarabiała skończyła szkołę żeby nam się poprawiło życie.*

Wiola w swoim domu przejęła wiele obowiązków mamy zwłaszcza opiekę nad bratem. Było od niej wymagane aby była odpowiedzialna i nie sprawiała problemów. Wiola starała się z tego wywiązać.

Żyjąc w rodzinie, w której panował chaos co do wartości Wiola nie wykształciła w sobie uwewnętrznionego systemu wartości. Kierowała się tym, co na dany moment wydawało jej się potrzebne i ważne. Jej potrzeby były na dalszym planie a na pierwszym, jej zdaniem była pomoc bratu i rodzicom.

Obecnie Wiola stara się przemyśleć najważniejsze wartości w swoim życiu i postępować zgodnie z nimi. *Na terapię odkryłam że najważniejsza jest dla mnie moja rodzina to znaczy mąż i dzieci i chciałabym dla nich zmienić się habilitować. I to, żebym była trzeźwa.*

Decyzje i role życiowe

Wiola bardzo szybko podjęła decyzję o małżeństwie, chcąc rozpocząć samodzielne życie. Jednak mimo że chciała uciec od problemów rodziny pochodzenia, nie udało jej się uzyskać pełnej samodzielności przez trwającą cały czas bardzo mocne uzależnienie od matki. *Matka cały czas kierowała mną nie wtrącała się wnosząc małżeństwo i w decyzje ja temu ulegałam bo czułam się w obowiązku być lojalną wobec matki.*

Wiola ma przekonanie, które wyraża w swojej narracji nie nauczyła się w swoim życiu odpowiedzialności za własne decyzje i podejmowane przez nią decyzje nie były autonomiczne. *Nie podejmowałam żadnych decyzji, wszystko planowała mama. Nie nauczyłam się odpowiedzialności, mama zawsze mówiła, że może wszystko załatwić gdyby co...Wszystkie decyzje podejmowałam aby zadowolić mamę i zasłużyć na jej pochwałę.*

Po wyjściu za mąż Wiola była jak twierdzi, między młotem a kowadłem, z jednej strony mama krytykowała męża a z drugiej mąż nie radził sobie z tą sytuacją zbyt dobrze i szukał wsparcia u Wioli. Ona czuła się obciążona i winna gdyż czuła, że rodzicom należy się szacunek i źle się czuła, z tym co mówi o jej matce jej mąż.

Wiola ma poczucie, że nie poradziła sobie z rolą żony i matki. *Czuję że bardzo zawiodłam na tym polu przez picie alkoholu. Wydawało mi się że marzę o dobrej rodzinie i wszystko potem zepsułam.*

Miała też żal do męża, że przedstawiał ją w złym świetle u dzieci. *Stawiał na stole butelkę, którą znalazł i mówił dzieciom- zobaczcie wasza matka pije, zobaczcie jaka jest wasza matka.*

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH WIOLI

Narastanie trajektorii i gromadzenie się potencjału trajektoryjnego wpływa u Wioli z doświadczenia niestabilnej sytuacji rodzinnej w rodzinie pochodzenia oraz w chaosie i napiętej atmosferze panującej w domu. Ojciec Wioli, który był uzależniony od alkoholu, żył w swoim świecie, którego Wiola nie rozumiała. *Tata pod wpływem alkoholu wielokrotnie chciał się zabić, brał nóż musiałam go powstrzymywać, bardzo się bałam, że sobie coś zrobi.* Innym elementem potencjału trajektoryjnego było doświadczenie bezsilności wobec kłócących się rodziców. Wiola bała się o rozpad rodziny. *Bałam się krzyków, pamiętam, że siedziałam w kącie, na wersalce i bardzo się bałam.* Długoletnie doświadczanie stanów lękowych spowodowało konsekwencje w podatności na zranienie i na załamanie. Innym problemem, który doświadczyła Wiola były zaburzone relacje małżeńskie pomiędzy rodzicami. *Mojemu życiu towarzyszył strach. Matka zdradzała ojca. Ten pan przychodził do nas do domu, często przesiadywał, mama wtedy chciała, żeby nas nie było, żebyśmy gdzieś poszły bardzo się nim zajmowała była wtedy ucieszona i szczęśliwa. Też się bałam tego co będzie i czy mówić tacie.* Wiola przeżywała rozdarcie pomiędzy lojalnością wobec matki i zdradzanego przez matkę ojca. *Matka często zwierzała mi się ze swoich problemów i wymagała lojalności.* Wiola miała z tym problem, bo z drugiej strony był ojciec, o którego też się martwiła. Czuliła się manipulowana przez matkę do bycia jej powiernikiem. Później wydarzyła się tragedia, która dotknęła też Wiolę. *Mama mi to powiedziała że ten pan popełnił samobójstwo, ten jej przyjaciel.* Problemy w rodzinie Wioli potęgują się po śmierci przyjaciela matki, następuje jawny rozpad rodziny. Wiola obserwuje załamanie się ojca, jego ciągłe picie, próby samobójcze i pobyty w szpitalu psychiatrycznym. Dużym obciążeniem dla Narratorki było pełnienie ról przynależnych rodzicom. Wiola opiekowała się młodszym bratem i starała się go chronić przed wszystkim co dzieje się w domu, przejęła rolę matki. *Czułam się za niego bardzo odpowiedzialna.*

Wiola odczuwała dużą samotność i brak zainteresowania jej sprawami ze strony rodziców. *Nie miałam się komu zwierzyć, powiedzieć o swoich problemach. Mama nie poświęcała mi również dużo uwagi i też nie okazywała uczuć, co sprawiło, że odczuwałam brak więzi emocjonalnej i wsparcia.* To budowało w niej poczucie pustki i chaosu. Matka stawiała jej wysokie wymagania ukierunkowując na to, że powinna się kształcić to wtedy będzie kimś i będzie jej się dobrze żyło.

W wieku nastoletnim Narratorka poznała męża. Wiola znajduje drogę opanowania problemów, których doświadcza poprzez bliski związek ze swoim chłopakiem a późniejszym

mężem. To daje jej poczucie nadziei na zmianę jej sytuacji i wyprowadzenie się z domu oraz rozpoczęcie własnego samodzielnego życia. Matka deprecjonuje jej wybór z powodu niskiego statusu społecznego jej chłopaka i jest przeciwna małżeństwu. Mimo, że matka nie była zadowolona z wyboru córki, Wiola zdecydowała się na małżeństwo. *Uciekłam w małżeństwo, ale miałam wyidealizowany, infantylny obraz związku i miłości. Dwie ciężkie, przytłoczenie obowiązkami, tęsknota za romantycznym etapem związku. Spowodowała że sięgnęłam po alkohol, bo się czułam smutna i nieszczęśliwa.*

Zaczęła ukrywać picie, oszukiwać, co spowodowało pogorszenie relacji małżeńskiej. *Ciągle się klóciliśmy mąż wszedł w kontrolę pracy, kontaktów towarzyskich i finansów.* Narratorka stwierdza, że szybko wpadła w **wir uzależnienia**. *Brak kontroli własnej, unikanie konsekwencji, chowanie. Obsesja na zorganizowaniu sobie picia, w ukrywaniu i dążeniu do realizacji organizowania sobie życia wokół ulgi jaką dawał alkohol a zabraniał mąż. Mąż się wkurzał, chciał całkowicie mnie ubezwłasnowolnić, kontrolował paragony, kazał robić zdjęcia koszyka, nie dawał pieniędzy.*

Działania Narratorki w wirze uzależnienia były pozbawione refleksji i skupione na zdobyciu alkoholu. Wiola miała coraz większe poczucie winy wobec dzieci nie było to jednak motywacją do zmiany ale jeszcze mocniejszą próbą ucieczki od tych negatywnych uczuć w alkohol. *Dalej dążyłam żeby tylko osiągnąć swoje.*

Jako próba rehabilitacji przed mężem Wiola podejmuje leczenie w ośrodku odwykowym koedukacyjnym. Wchodzi w ośrodku w związek z mężczyzną, co utrudnia jej wykorzystanie tego pobytu na pracę nad sobą. Wiola podejmuje terapię w ośrodku jednak bardzo krótko po niej utrzymuje abstynencję. Po pojawieniu się problemów małżeńskich wraca do picia. Najpierw ma poczucie kontroli nad wypijanym alkoholem ale szybko ją traci. Wiola twierdzi, że na pierwszej terapii weszła w rolę dobrze funkcjonującego pacjenta po to aby uzyskać pochwały od innych a nie dotknęła biograficznych elementów trajektorii cierpienia i uzależnienia w jej życiu. Obecnie te elementy określa mianem DDA czyli konsekwencji w dorosłym życiu wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym.

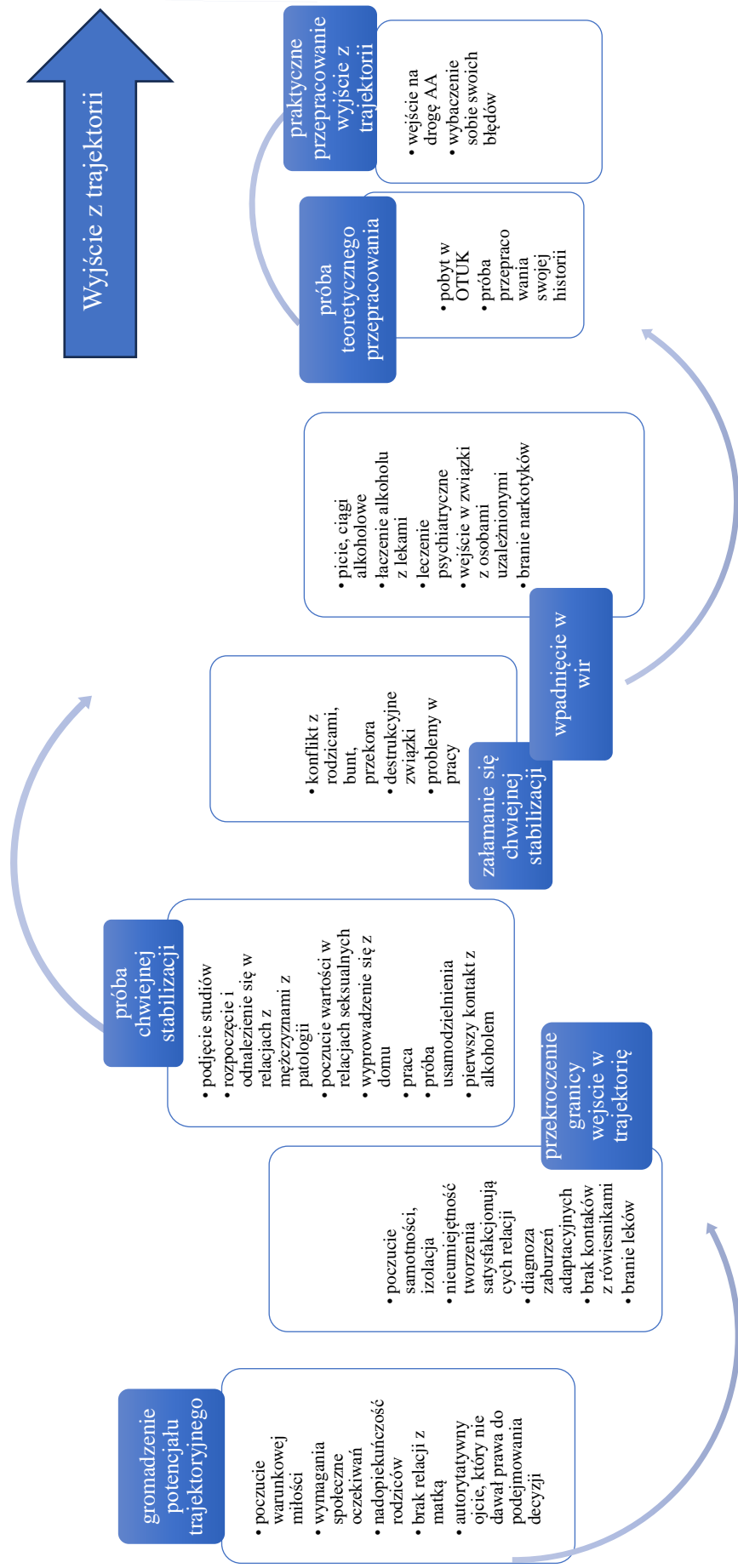
Po leczeniu w ośrodku odwykowym następuje jeszcze mocniejszy wpadnięcie w wir uzależnienia i presji. Wiola pije ciągami, oszukuje męża. *Właściwie cały czas byłam pod wpływem alkoholu.* Mąż chce się rozwieść i stawia warunek leczenie w ośrodku tylko dla kobiet.

Wiola decyduje się na pobyt w ośrodku OTUK w Międzyrzeczu Górnym, przywozi ją do niego mąż. Na początku pobytu w ośrodku wiola to świadczą bardzo dużych trudności z podjęcia prace nad przepracowaniem trajektorii cierpienia i uzależnienia. Związany to jest

dominującym u niej poczuciem winy i wstydu. Jednak po jakimś czasie otwiera się na relacje terapeutyczną i podejmuje pracę nad sobą w dziedzinie przepracowania i dostrzeżenia źródeł cierpienia w jej życiu. W swojej pracy nad sobą dotyka też problemu macierzyństwa i relacji małżeńskiej. *Dostrzegłam uczciwa relacja może utrzymać małżeństwo.*

Wiola stara się przemyśleć dla niej w życiu ważne oraz nauczyć na czym polega budowanie bliskich więzi w rodzinie. Postawiła na małżeństwo miała wcześniej ambiwalentną postawę pomocy matce a mężem. *Zrozumiałam jednak, że muszę mentalnie wyjść z postawy uzależnienia od opinii matki i współzucia ojcu, przestać żyć życiem tej rodziny na budowanie rodziny własnej. Mąż podjął po spotkaniu dla rodzin w ośrodku własną terapię. Zaczął uczęszczać na spotkania spotkanie Al-Anon i terapię psychologiczną. Zmieniło się podejście męża, że wziął odpowiedzialność za swoją nadkontrolę a ja obiecałam sobie i jemu uczciwość i szczerść.*

Procesy trajektoryjne w biografii Wioli przedstawiono na Wykresie nr 10.



Wykres nr 10. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Wioli. Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Analizując narrację Wioli w jej warstwie life story i life history można dostrzec trudności związane zarówno z bliskimi relacjami w rodzinie jak i z poczuciem samostanowienia i dokonywania samodzielnych decyzji.

Rodzina Wioli stanowiła źródło jej negatywnych doświadczeń chodzi o poczucie bezpieczeństwa i zaufania bliskich. Na poczucie bezpieczeństwa która było bardzo słaba miały wpływ atmosfera panująca w rodzinie pełna napięcia i niepokoju a także problem uzależnienia ojca narratorki. Wiola doświadczała samotności oraz podejmowała próby zmiany sytuacji domowej i pomocy rodzicom. Doświadczyła w rodzinie traumy związanej próbami odebrania sobie życia przez tatę. Wydarzenia te były dla niej niezrozumiałe i szokujące i powodowały bardzo duży strach o przyszłość. Wiola nie doświadczała też bliskiej więzi z mamą która była dla wioli wymagająca i mało uczuciowa. Obarczała również Wiolę obowiązkami domowymi i zajmowaniem się bratem z czego wiola starała się wywiązać.

W rodzinie następowała zamiana ról charakterystyczna dla rodzin z problemem alkoholowym uwikłanych w rozwiązywanie trudnych spraw pomiędzy rodzicami. Wiola nie otrzymywała wsparcia od rodziców i sama czuła się w obowiązku udzielać im wsparcia i pomocy.

Nie mogąc wpłynąć na poprawę sytuacji rodzinnej odczuwała wyrzuty sumienia i poczucie, że nie jest wystarczająco dobra i skuteczna. Doświadczając tych trudności Wiola nie wykształciła w sobie poczucia własnej wartości w związku z tym jaką jest osobą. Miała też dużą niepewność co do własnych pragnień i potrzeb. W domu narratorki nie mówiło się o uczuciach doświadczanych przeżyciach dlatego też Wiola nie nauczyła się rozpoznawać swoich potrzeb nazywać i wyrażać ich.

Podjęła decyzję o małżeństwie jako czymś co zmieni jej sytuacja życiową. Jednak w małżeństwie czuje się również samotna i przytłoczona rolami życiowymi. Szybko pojawiają się dzieci i z macierzyństwem Wiola sobie nie radzi czuje, że ją to wszystko przytłacza, że nie może się zrealizować zawodowo. Zaczyna pić w samotności daje to poczucie ulgi i zapomnienia. Dużym problemem jest ingerencja matki w małżeństwo Wioli wtrącanie się w jej decyzje i jej konflikt z mężem, który Wiola próbuje załagodzić.

Żyjąc w małżeństwie wiola zaczęła nadużywać alkoholu i szybko weszła w uzależnienie. Zniszczyło to relacje z mężem a także dziećmi bardziej obniżyło poczucie własnej wartości. *Zapadałam również na depresje miałam myśli samobójcze nie rodziło sobie za swoimi emocjami ze swoim życiem.*

Pod wpływem męża podjęła pierwszą terapię w ośrodku koedukacyjnym jednak nie była ona skuteczna i po terapii Narratorka jeszcze więcej pić. Narastające trudności w małżeństwie, kłamstwa, ukrywanie alkoholu, ciągi alkoholowe spowodowały niechęć ze strony męża do dalszego wspólnego życia. Pod wpływem ostatniej szansy na leczenie jaką wyraził mąż Wiola podjęła terapię w ośrodku OTUK.

Podczas terapii podjęła decyzję przemiany swojego życia i myślenia a także próbę przepracowania oddziaływania trajektoryjnego cierpienia i uzależnienia w jej życiu. Na terapii w gronie kobiet przy wsparciu terapeuty dotknęła też źródeł własnych problemów w funkcjonowaniu w roli żony. Zobaczyła swoją zależność od matki i spełniania jej oczekiwań oraz niewłaściwego zaangażowania lojalność z matką wobec matki ciągle poczucie obowiązku pomagania rodzicom w ich problemach. Podjęła próbę zmierzenia się uczciwego z tymi problemami i odbudowania jej autonomii w relacjach z bliskimi. Narratorka podczas terapii skupiła się również na zbudowaniu świadomie dojrzałego systemu wartości którym mogłaby kierować się w swoim życiu. Uznała że bardzo dużą wartością jest dla niej małżeństwo i rodzina którą tworzy wraz z mężem. Postanowiła podjąć pracę zbudowaniem dobrej relacji z mężem i odbudowaniem relacji z dziećmi aby móc stanowić dla nich dobry przykład i wsparcie oraz odbudować zaufanie, które straciła przez swoje picia.

Podczas spotkania dla rodzin organizowanego w ośrodku o OTUK, na którym przedstawione były problemy osób uzależnionych i sposoby wsparcia kobiet leczących się w ośrodku, mąż Wioli spojrzał w nowy sposób na problemy występujące w ich małżeństwie. Według relacji Narratorki mąż uświadomił sobie, że uzależnienie żony dotyka również jego funkcjonowania i pokazuje mu jego własne problemy, których do tej pory nie widział. Po spotkaniu zdecydował się na podjęcie własnej indywidualnej terapii oraz przepracowania własnych problemów współuzależnienia. Rozpoczął również, jak wspomina Narratorka uczestnictwo w grupie dla osób, które są małżonkami uzależnionych kobiet. Narratorka jest pełna nadziei na zmianę zarówno jeśli chodzi o jej drogę trzeźwienia jak również poprawę relacji małżeńskiej po wyjściu z ośrodka.

4.11. *Zawsze wydawało mi się, że muszę czymś zasłużyć na miłość, że muszę zrobić coś, żeby być zauważoną* – perspektywa biograficzna Zofii

NARRATORKA ZOFIA- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Zofia

Zawsze wydawało mi się, że muszę czymś zasłużyć na miłość, że muszę zrobić coś, żeby być zauważona- centralna wypowiedź Narratorki

Wiek : 24 lata

Wykształcenie: średnie

Zawód: studentka

Stan cywilny: panna

dzieci: brak

diagnoza: uzależnienie od alkoholu i narkotyków

uzależnienia w rodzinie: dziadkowie, uzależnienie od alkoholu, brat, uzależnienie od narkotyków i alkoholu

choroby współwystępujące: zaburzenia odżywiania, bulimia i anoreksja

LIFE HISTORY ZOFII – FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Zofia jest studentką psychologii, mieszka i studiuje w dużym mieście. Obecnie przerwała studia z powodu rozwoju uzależnienia i podjęcia leczenia w ośrodku zamkniętym. Zofia pochodzi z pełnej rodziny. Tata jest policjantem, mama prowadzi własną firmę. Zofia ma brata, który jest uzależniony od narkotyków i alkoholu, założył już swoją rodzinę. Rodzice Zofii się rozwiedli gdy była nastolatką. Zofia od nastoletniego wieku leczyła się z powodu zaburzeń odżywiania w postaci bulimii i anoreksji. Było to leczenie w terapii indywidualnej psychologicznej oraz kilka razy była hospitalizowana. Od kilku lat Zofia w sposób destrukcyjny pije alkohol i zażywa narkotyki. Do ośrodka przywieźli ją rodzice, którzy opłacili terapię. Wcześniej Zofia leczyła się młodzieżowym ośrodkiem terapii uzależnień.

ANALIZA LIFE STORY ZOFII

Relacje w rodzinie pochodzenia

Zofia bardzo dużo miejsca w narracji poświęca analizie swojego dzieciństwa i sytuacji rodzinnej. *Kiedy zastanawiam się co w moim życiu było nie tak, to myślę o moim domu*

rodzinnym. Zofia twierdzi, że w dzieciństwie miała bardzo bliską, wręcz symbiotyczny są relacje z tatą. *Córeczka tatusia, bardzo bliska relacja, z jednej strony wydawało się, że to nic złego, bo tata był przyjacielem, zawsze wysłuchał, poradził, ma wykształcenie pedagogiczne, ponad 20 lat pracował na policji i zajmuje się profilaktyką narkomanii i innych takich, ale z drugiej występowała dziwna symbioza.*

Zofia obecnie widzi również, że tata wobec niej był i jest nadopiekuńczy. Wcześniej w młodości nauczyła się to wykorzystywać i obecnie ma trudności z wchodzeniem w dojrzałą postawę w życiu. *Zrzucanie odpowiedzialności przeze mnie na tatę nawet w błahych sprawach, ze strony taty niańczenie mnie i mimo wieku już 20 paru lat, traktowanie jak dziewczynki. Załatwianie dokumentów, ale też dzwonienie w drodze z pracy, żeby przygotował mi kolację, tata sam dzwonił, co zrobić mi do jedzenia, pewnej zimy kiedy były śnieżyce, tata uznał, że nie mogę jeździć samochodem, bo nie daj Boże wpadnę w poślizg i cały tydzień, mimo że nie miał po drodze, woził mnie do pracy i odbierał z niej.*

Zofia wspomina w swojej narracji, że z jednej strony jej to pasowało było wygodne ale z drugiej strony widzi że z biegiem lat źle się czuła w takim traktowaniu miała wrażenie że jest w klatce. *Ja chciałam już o sobie decydować, a tata wciąż kontrolował.*

Relacja z mamą, jak wynika z narracji od zawsze była konfliktowa, pełna negatywnych emocji. Zofia odbierała mamę jako wymagającą, stanowczą i surową. *Dzisiaj widzę, że jej podejście było wyrazem miłości, bo bardzo zależało jej na tym, aby wychować zarówno mnie jak i brata na wartościowych ludzi, natomiast kiedyś mama była moim największym wrogiem. Dawała kary, szlabany, często pod wpływem emocji uderzyła szmatą, którą miała pod ręką, bardzo rzadko, ale pamiętam że były momenty, że się jej bałam.*

Zofia wspomina w narracji, że między rodzicami w jej domu rodzinnym nie było dobrych i bliskich więzi, każdy żył swoim życiem. Tata, który zdaniem Zofii był pracoholikiem nie umiał wyrażać emocji ani uczuć wobec mamy zamykając się w swoim świecie pracy zawodowej. *Tata nie wiedział jak być tatą. Wychowywała go babcia, która była sierotą, dziadek niestety był alkoholikiem. Tata starał się, ale musiało być mu ciężko odnaleźć się w rodzinie.*

*Kiedy miałam 13 lat, odkryłam iż tata ma romans. To było już po tym jak tata zdecydował się odejść od mamy i powiedział jej że chce się z nią rozwieść. Zofia stała się wtedy sprzymierzeńcem mamy w wyszukiwaniu zarzutów wobec taty i dowodów na jego romans i stała się też powiernikiem mamy w jej problemach co bardzo mocno wpłynęło o jej trudności w radzeniu sobie z własnymi problemami i brakiem poczucia bezpieczeństwa. *Byłyśmy wtedy przyjaciółkami. Zamieniły się role między nami- to ja stałam się opiekunem mamy, która pogrążyła się w rozpacz.**

Rodzice rozchodzili i schodzili się kilka razy i Zofia odczuwała, że kiedy mama schodziła się z tatą odstawiała ją na boczny tor i nie było już między nimi bliskiej relacji. *Tata zaczął bardziej interesować się mamą, zmienił nastawienie do niej, zaczął o nią dbać. Z powodu ogromnego poczucia winy, starał się mi również wynagrodzić swoje błędy. Był bardzo opiekuńczy, troskliwy, ja szybko mu wybaczyłam. Mama zaczęła wkurzać się o to. Zostałyśmy rywalkami. Kiedyś pamiętam, na terapii rodzinnej, mama powiedziała nawet że flirtuję z tatą. Wstałam wtedy i wyszłam, trzaskając drzwiami. W domu zrobił się między nami trójkąt...*

Zofia stwierdziła w narracji, że nie miała również dobrej relacji z bratem. *Z bratem nie miałam bliskiej relacji, jedynie w dzieciństwie, wtedy faktycznie każdą chwilę spędzaliśmy razem, ale kiedy mój brat zaczął dorastać, miał około 14 lat, odciął się i od tamtej pory raczej nie mamy zbyt bliskiej relacji, choć teraz coraz częściej ze sobą rozmawiamy, mój brat też jest alkoholikiem i narkomanem, ale nie należy do Wspólnoty, miał kilka terapii, ale żadnej nie ukończył, dlatego jest bardzo skryty, nie radzi sobie z emocjami, dużo w nim złości i lęku, jednak kiedy pojawiła się na świecie 3 lata temu jego córka, zaczął się zmieniać powoli.*

Poczucie wartości

Zofia przedstawia siebie jako osobę, która od młodości a właściwie od dzieciństwa miała problem z dostrzeżeniem swojej wartości i z akceptacją siebie. Ta problemy wiąże Zofia z warunkową miłością okazywaną jej przez rodziców, co odbierała jako brak akceptacji jej osoby takiej jaka jest. Wspomina że mama wiele razy ją krytykowała i wytykała jej słabe strony również jeśli chodzi o wygląd, co wpłynęło na niepewność w stosunku do swojej wartości. *Mama miała niewyparzony język, potrafiła powiedzieć mi podczas wycieczki szkolnej w góry, gdy chciałam ubrać krótkie spodenki, że nie mogę, bo mam grube kita. Nie czułam od niej wsparcia, miłości, ciepła, zawsze miałam wrażenie, że jej nie zadowolam, nie spełniam jej oczekiwań i robiłam wszystko, aby jednak powiedziała mi, że jest ze mnie dumna.*

W opowieści Zofii uwidoczni się, że jej poczucie wartości było umiejscowione zewnętrznie i powiązane było bardzo mocno z pochwałą i zadowoleniem ze strony rodziców. W dorosłym życiu opinia innych ludzi na swój temat stała się dla Zofii najważniejszym czynnikiem wyznaczającym jej zadowolenie z siebie i poczucie wartości. *Zawsze wydawało mi się, że muszę czymś zasłużyć na miłość. że muszę zrobić coś, żeby być zauważoną. w szkole musiałam mieć najlepsze wyniki, uwielbiałam być chwaloną przez nauczycieli i, wychowawców. Zawsze miałam czerwony pasek i dostawałam nagrody żeby rodzice byli ze mnie dumni.*

Zofia wspomina że już podczas dojrzewania była na tyle niezadowolona ze swojego ciała, że zaczęła się intensywnie odchudzać. W wieku 16 lat pierwszy raz została objęta terapią w szpitalu i zdiagnozowano jej zaburzenia odżywiania w postaci anoreksji i bulimii.

Zofii towarzyszyło w dzieciństwie a rozwinęło się w dorastaniu poczucie inności oraz samotności wśród rówieśników, poczucie bycia nieakceptowaną i nierozumianą. *Po wyjściu ze szpitala, moje przyjaciółki odsunęły się ode mnie, pewnie nie wiedziały jak poradzić sobie z moją chorobą i była to reakcja obronna. Dzisiaj to wiem, ale wtedy był to ogromny cios. Nikt mnie już nie lubił.*

W dalszym rozwoju Zofii towarzyszyło dalej niskie poczucie wartości jako kobiety i poprzez relacje z mężczyznami, w których dostrzegła, że potrafi zdobyć ich zainteresowanie szukała dowartościowania. *Wchodziłam w różne dziwne relacje z mężczyznami i to na nich budowałam swoje poczucie wartości. Jeśli ktoś okazał mi zainteresowanie, rzucił choć ochłapy akceptacji, ja byłam cała jego. Wciąż cierpiałam na permanentną nienawiść do siebie i poczucie, że jestem nie dość. Te relacje, flirty, spotkania, sprawiały, że choć na chwilę czułam się wyjątkowa, kochana, zaakceptowana.*

Zofia, która miała problemy z akceptacją siebie z akceptacją siebie znalazła niejako sposób na wyróżnienie się i pokazanie swojej wyjątkowości anorektyczką i bulimiczką. *To one mnie wartościowały. to dzięki nim byłam inna i wyjątkowa, dzięki mojej chudości wyróżniam się na tle innych, pospolitych dziewczyn.* Później w życiu Zofii, kiedy uzależnienie przybrało na sile dalej uwidaczniał się fałszywy obraz siebie budowany na doznanych po użyciu substancji. *Już po jednej kresce, mój umysł przekonywał mnie, że to właśnie sprawia, że mój wygląd jest lepszy, że jestem ładniejsza. Kompletnie zakłamanie obrazu samej siebie.*

System wartości

Rodzice Zofii stosowali wobec niej bardzo duży rygor, co do zasad postępowania i wymagań jakie stawiali w codziennym funkcjonowaniu. *Bardzo bolało mnie gdy zabraniała chodzić mi na dół do babci, która mnie rozpieszczała i zamykali z tatą drzwi na klucz, bym nie mogła wyjść.*

Zofia wskazuje rodzice byli wobec niej bardzo kontrolujący. Główną wartością jaką rodzice zwłaszcza tata przekazywał swoje zainteresowanie i pomoc były pieniądze. *Tata gdy pojawiał się problem, znikał. Tata próbował nieobecność wynagrodzić nam pieniędzmi.*

W narracji Zofii pojawia się stwierdzenie, że system wartości, który przekazywali rodzice Zofii był pełen sprzeczności. Również taka pełna sprzeczności była relacja małżeńska między nimi. *Moi rodzice odkąd pamiętam nie dogadywali się, praktycznie nie było między nimi żadnej relacji, jak rozmawiali, to jedynie o pieniądzach i nie były to przyjemne rozmowy.*

Niby jeździliśmy na wczasy, chodziliśmy razem do kościoła, na pozór byliśmy normalną rodziną. niczego nam nie brakowało, tata dużo pracował, praktycznie od rana do nocy. mama prowadziła swój biznes...ale w domu był syf, taka moralność pani Dulskiej.

Zofia twierdzi że przez te doświadczenia nie stworzyła w swoim życiu własnego, spójnego systemu wartości bo nie wiedziała czym w życiu się kierować. Rodzice zawsze zwracali uwagę na wykształcenie, dobre stopnie, wzorowe zachowanie. Później, z biegiem rozwoju nałogu Zofia odrzuciła wymagania rodziców i bycie taką jak chcieli przestało już ją interesować. Momentem który bardzo wpłynął na zachwianie się świata wartości Zofii było odkrycie że jej tata prowadzi podwójne życie i ma romans. W tym czasie od tego momentu dla Zofii najważniejszą wartością stało się utrzymanie stabilnej rodziny. Zofia starała robić się wszystko, aby rodzina się nie rozpadła. Doszła do wniosku, że jej problemy jednoczą rodziców.

Wtedy postanowiłam sobie, że zrobię wszystko, aby odzyskać tatę. Pierwsze co przyszło mi na myśl, to to że muszę zemleć i wylądować w szpitalu. wtedy przyjechałby tata i spotkaliby się tam na pewno razem z mamą, może by się pogodzili. Bardzo szybko schudłam i spadłam z wagi 48 kg do 38. to było zaledwie parę miesięcy. po raz pierwszy wylądowałam w szpitalu psychiatrycznym, na oddziale dziecięcym. Spędziłam tam 3 miesiące. osiągnęłam swój cel, rodzice zeszli się.

Decyzje, role życiowe

Zofia w swojej narracji twierdzi, że w dzieciństwie wszystkie decyzje podejmowała, aby spełnić oczekiwania rodziców. W dalszej biografii uwidacznia się zależność Zofii od spełniania potrzeb innych. *Głównym celem było zaspokajanie potrzeb innych i oczekiwań wobec mnie, które często nie były faktyczne.*

Narratorka dodaje, że nie jest pewna czy te oczekiwania rzeczywiście stawiali inni czy raczej ona sama w swojej głowie *jedynie moja głowa podpowiadała mi, że ktoś może czegoś ode mnie oczekiwać, że ja muszę być jakaś.*

Innym motywem własnych decyzji, o którym wspomina Narratorka był bunt i to zarówno w stosunku do rodziców jak i siebie samej czyli niejako bunt uogólniony. *Do momentu trafienia do OTUK w Międzyrzeczu, przez cały okres zaburzeń odżywiania i później uzależnienia robiłam sobie wbrew.*

Zofia stwierdza, że jej decyzje i cele były całkowicie nieautonomiczne. *Pytałam 50 ludzi zanim podjęłam jakąś decyzję. Nie chciałam brać odpowiedzialności za swoje życie, bałam się konsekwencji i tego, że zrobię coś źle, a przecież musiałam być idealna. Kompletny brak zawierzenia Bogu, robienie z ludzi bogów, uzależnianie się od nich.*

Kierowała się zewnętrznymi motywacjami, najpierw w postaci rodziców a później również innych ludzi których stawiała jako ważnych. Zofia podkreśla również, że kiedy rozwinął się już jej nałóg i problemy psychiczne i życiowe się powiększyły co do decyzji i celów które miała panował całkowity chaos i brak refleksji nad tą sferą.

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH ZOFII

W życiu Zofii od wczesnych lat dzieciństwa następowało **gromadzenie się potencjału trajektoryjnego** sprzyjało to rozwojowi uzależnienia i problemów funkcjonowania w relacjach w życiu dorosłym. Gromadzenie negatywnych czynników następowało w środowisku rodzinnym Zofii i było związane przede wszystkim z brakiem stabilizacji systemu rodzinnego a także brakiem poczucia bezpieczeństwa u Narratorki w dzieciństwie.

Rodzice Zofii mieli problemy w budowaniu dobrej relacji małżeńskiej. *Rozchodzili się i schodzili, w końcu się rozwiedli.* Zofia zaczęła zwracać uwagę rodziców na swoje problemy po to aby ich ze sobą zjednoczyć i aby rodzina się nie rozpadła. Wchodząc w zaburzenia odżywiania Zofia doświadczyła, że może mieć wpływ zarówno na swoje ciało jak i na sytuację w rodzinie ponieważ wtedy kiedy chorowała i była w szpitalu rodzice się jednoczyli. Było to źródłem rozwoju trajektorii cierpienia i uzależnienia w jej dalszym życiu. Potencjał trajektoryjny rozwinął się również poprzez trudności w relacjach z ojcem i matką. *Nie czułam, że mnie akceptują, taką jaką jestem, stawianie mi za to wysokich wymagań. Odczuwałam niskie poczucie wartości i ciągle czułam się niedoskonała i niedobra a bardzo chciałam być akceptowana i spełnić oczekiwania rodziców.*

Przekroczeniem u Zofii granicy i **zdynamiczowania się procesu trajektoryjnego** było doświadczenie buntu i załamania się dotychczasowego świata wartości i stylu życia poprzez odkrycie, że *ojciec ma kochankę i prowadzi podwójne życie.* Kiedy zobaczyłam, że ojciec spotyka się z bardzo piękną i zgrabną kobietą opanowało mnie uczucie zazdrości i chciałam uczynić wszystko, aby odebrać tej kobiecie tatę. Rozpoczęła odchudzanie się, które bardzo szybko się nasiliło i przerodziło się w niebezpieczny nawyk prowadzący do utraty zdrowia i kontroli nad własną psychiką i nad własnym ciałem.

Mając problemy zdrowotne i dużą kontrolę lekarską i psychologiczną Zofia weszła w inne zaburzenia odżywiania jaką była bulimia. Zaburzenia te obniżyły jeszcze bardziej u Zofii poczucie własnej wartości i poczucie sprawstwa i wpływały na pogorszenie relacji z

najbliższymi a także samoocenę co z kolei napędzało jeszcze bardziej próbę zmiany siebie poprzez korektę figury.

Próba stabilizacji można określić element z funkcjonowania Zofii, który dotyczył poczucia wyjątkowości i poczucia odrębności i wyróżniania się wśród innych nastolatków. Było to dla Zofii ważne i dawało chwiejne poczucie satysfakcji. Tą stabilizacją były też momenty kiedy w związku z chorobą i pobytami w szpitalu na leczeniu Zofii rodzice się jednoczyli i atmosfera w domu się poprawiała a Zofia chwilowo lepiej się czuła.

Wpadnięciem w wir w analizie trajektorii cierpienia i uzależnienia Zofii było wejście w grupę znajomych, którzy brali narkotyki i spożywali alkohol. Zofia zakochała się w chłopaku z tej grupy i rozpoczęła używanie środków psychoaktywnych, aby zostać zaakceptowana i przełamać również poczucia samotności, które towarzyszyło Zofii od dzieciństwa.

Narkotyki i alkohol bardzo szybko zaczęły dawać poszukiwaną ulgę i zmianę nastroju i poprzez bycie w towarzystwie osób uzależnionych bardzo szybko Zofia utraciła kontrolę nad używanymi substancjami. Pojawiające się problemy niezaliczenia przedmiotów na studiach, nieobecności na zajęciach, nie wywiązywania się z zobowiązań Zofia starała się zwalczyć stosując nowe, popularne w gronie studentów substancje psychoaktywne.

Zofia pod wpływem presji rodziców została umieszczona w ośrodku leczenia narkomanów i rozpoczęła terapię. Jak sama wskazuje w swojej narracji nie była wtedy gotowa do podjęcia zmiany swojego życia, nie widziała też takiej potrzeby. *W moim doświadczeniu ćpania dominował aspekt towarzyskiej zabawy, nie miałam też zbyt wielu konsekwencji swojego życia i wyborów ponieważ wszystkie problemy ze studiami i finansami starali się rozwiązać rodzice. Zofia w ośrodku weszła szybko w relacje z mężczyznami i na tym skupił się jej pobyt. Kończąc terapię byłam w związku z chłopakiem, który sam był uzależniony, gdy wyszliśmy zaczęliśmy szybko razem ćpać a potem nasz związek się oczywiście rozpadł.*

U Zofii bardzo szybko uwidoczniły się skutki uzależnienia poprzez utratę kontroli nad używanymi substancjami, wejście w kontakty z innymi uzależnionymi, również w kontakty seksualne w celu zdobycia środków psychoaktywnych. Sposób używania narkotyków i picia alkoholu był bardzo destrukcyjny dla zdrowia Zofii. Również bardzo pogłębił się problem anoreksji, który Zofia nie była w stanie opanować. *Mimo, że już wystraszona tym że bardzo obniża się moja waga starałam się podejść racjonalnie do swojego zdrowia.*

Zofia zostaje przez rodziców umieszczona w ośrodku terapii uzależnień w Międzyrzeczu Górnym gdzie tym razem bardziej świadomie podejmuje próbę wyjścia z trajektorii i przepracowania źródeł jej negatywnego oddziaływania.

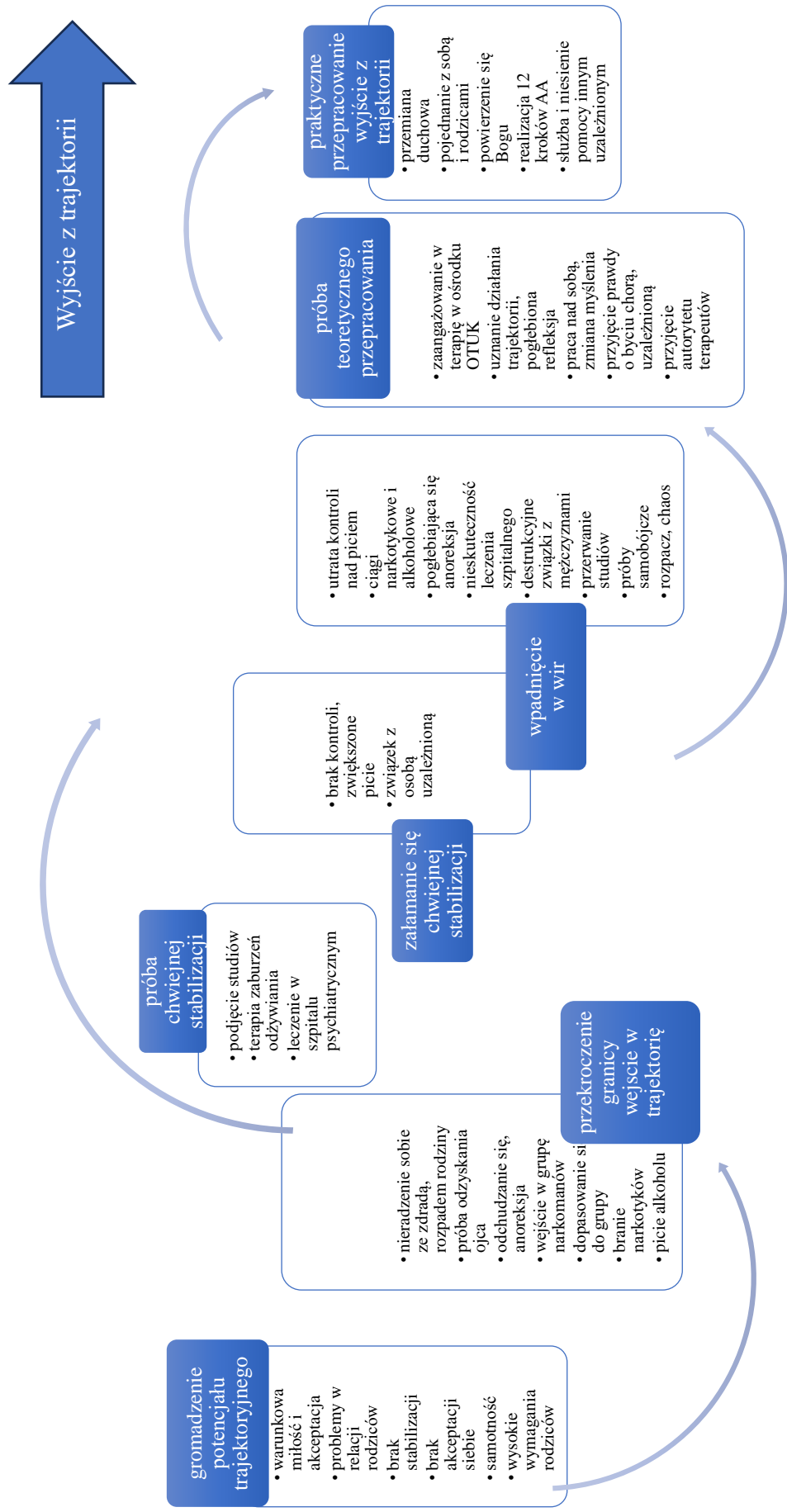
Bardzo ważnym elementem którym wspomina Zofia w swoim życiorysie było wejście we wspólnotę kobiet uzależnionych w ośrodku. *Zaimponowały mi terapeutki, które również miały własne doświadczenie uzależnienia i znalazłam u nich zrozumienie i akceptację. Pierwszy raz znalazłam tutaj w ośrodku w tej wspólnocie to czego całe życie szukałam zobaczyłam jaka jestem i jakie mam problemy inni przez to mnie nie odrzucili tylko mi pomogli.*

Zofia przyjmując pomoc ze strony terapeutek oraz ich wiedzę i doświadczenie otworzyła się na przemianę myślenia co pomogło jej zobaczyć wszystkie destrukcyjne mechanizmy trajektorii, które były obecne do tej pory w jej życiu. Spojrzała w sposób odpowiedzialny na swoje dzieciństwo i młodość i pogodziła się z tym wszystkim co negatywnego wydarzyło się w jej rodzinnej historii. Weszła w proces wybaczenia swoim rodzicom, *dostrzegając że są słabymi ludźmi i sami nie umieli do końca przekazać mi miłości takie jak było trzeba ale wiem że zawsze chcieli dla mnie dobrze chcieli dobrze mnie wychować pomagali mi a ja często to odrzucałam i myślałam tylko o sobie.*

Ważnym w przepracowaniu trajektorii cierpienia i uzależnienia w życiu Zofii było zwrócenie się ku duchowości i odnalezienie Boga jako źródło sensu i znaczenia własnego życia.

Praktycznym elementem przepracowania destrukcyjnego potencjału trajektoryjnego było podjęcie działania ukierunkowanego na wejście do wspólnoty AA i rozpoczęcie wraz z osobą doświadczoną na drodze trzeźwienia realizacji pierwszych kroków ku wolności. Były nimi, na początku dla Zofii trudne do zaakceptowania, uznanie własnej choroby uzależnienia i powierzenie Sile Wyższej swoich wad charakteru, co doprowadziło do akceptacji siebie.

Przebieg procesów trajektoryjnych w uzależnieniu Narratorki ukazuje Wykres nr 11.



Wykres nr 11. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Zofii. Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Zofia w swojej narracji podkreśla, że w swoim życiu zawsze była uzależniona nie tylko od substancji ale przede wszystkim od opinii innych osób.

Zofia ma trudności z autonomicznymi decyzjami, jest to związane z brakiem rozwoju autonomii i zaspokojenia tej potrzeby w dzieciństwie. Zamiast zaangażowania we wsparcie autonomii dziecka rodzice stosowali zewnętrzne formy przymusu i wymagań a także wewnętrzne formy manipulacji akceptacją i uznaniem.

Zofia nie doświadczyła w domu rodzinnym akceptacji ze względu na to jakim jest człowiekiem. W zamian za to przeżywała warunkową akceptację i miłość wtedy kiedy spełniała oczekiwania i marzenia rodziców. Zofia ma bardzo dużą świadomość własnych problemów i potrafi bardzo dobrze przeanalizować przeżywane trudności. Narratorka stwierdza, że nie wie czy rodzice faktycznie chcieli manipulować poczuciem lojalności i pragnieniem pochwały czy ona sama stawiała sobie takie wymagania. Zofia widzi, że całe swoje młode życie starała się dopasować do inne do tego co od niej oczekiwali. Całe życie starało się też znaleźć akceptację w grupie przyczyniło się do rozwoju jej uzależnienia. Gdy zakochała się w chłopaku, który brał narkotyki i czuła że musi postępować tak samo aby zdobyć jego miłość.

Zofia od dzieciństwa miała problem z akceptacją siebie i pozytywną samooceną. Chcąc wpłynąć na zmianę swojego ciała zaczęła się odchudzać, po jakimś czasie rozwinęły się u niej zaburzenia odżywiania, z którymi zmagają się do dzisiaj.

Przebieg trajektorii cierpienia i uzależnienia przechodzi przez wszystkie fazy poczynając od gromadzenia się potencjału z próby szukania chwiejną i stabilizacji oraz wir i utratę kontroli nad własnym życiem. Szczególnym elementem w trajektorii Zofii jest swoich problemów i zwrócenie przez to uwagi rodziców, mające na celu zjednoczenie ich i utrzymanie rodziny.

Zofia poniosła bardzo duże koszty zdrowotne i psychiczne decyzji które podjęła w związku rozwojem zaburzeń odżywiania w swoim życiu. Zaburzenia te miały również charakter uzależnienia. Nad nimi również Zofia utraciła kontrolę i doprowadziła się do zagrożenia zdrowia i życia a także bezskuteczne próby zatrzymania tego procesu.

Zofia poprzez pracę nad teoretycznym opanowaniem oddziaływania trajektorii w życiu przeżyła przemianę i funkcjonowania, co uratowało ją nie tylko przed dalszym rozwojem uzależnienia od substancji psychoaktywnych ale również uratowało ją przed utratą życia. Głęboka praca nad sobą nad własną trzeźwością na drodze 12 kroków AA doprowadziła do zatrzymania anoreksji. Bardzo ważne dla narratorki jest oparcie swojego życia na Bogu i

kontakcie z nim a także odnalezienie się we wspólnocie osób uzależnionych i służba w niej innym osobom, które jeszcze cierpią z powodu uzależnienia.

4.12. Rodzice o mnie dbali w dzieciństwie, dobrze mnie wychowywali – perspektywa biograficzna Celiny

NARRATORKA CELINA- PREZENTACJA OSOBY

Imię Narratorki: Celina

Rodzice o mnie dbali w dzieciństwie, dobrze mnie wychowywali- centralna wypowiedź Narratorki

Wiek: 29 lat

Wykształcenie: wyższe

Zawód: pedagog, nauczyciel

Diagnoza: uzależnienie od alkoholu, leków

Uzależnienia w rodzinie: brak

Choroby współwystępujące: zaburzenia adaptacyjne, lękowe, lęk społeczny

ANALIZA LIFE HISTORY FAKTY DANUTY- FAKTY OBECNE W WYPOWIEDZIACH NARRATORKI

Celina pochodzi z pełnej rodziny, jest jedynaczką długo wyczekiwaną córką starszych już rodziców. Celina od dzieciństwa doświadczała braku relacji z rówieśnikami oraz poczucia samotności i niezrozumienia. Rodzice stosowali wobec niej wysokie wymagania i oczekiwania. Skupieni byli na dobrym wykształceniu córki. Celina w wieku nastoletnim przejawiała duże trudności w funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym w szkole. Zdiagnozowano u niej zaburzenia adaptacja i lękowe. Po wizytach u psychiatry zaczęła brać leki psychotropowe. Chodziła też do psychologa na terapię indywidualną. Rodzice byli wobec Celiny nadopiekuńczy, starali się zapewnić jej dobry rozwój w kierunkach, które sobie wymarzyli i oczekiwali. Jednak nie nauczyli jej podstawowych życiowych umiejętności. Celina w wieku nastoletnim weszła w towarzystwo osób używających środków psychoaktywnych, mimo że w domu panował zakaz używania takich środków. Wszelkie zachowania aspołeczne i problemowe były niedopuszczalne. Na studiach weszła w związek z uzależnionym mężczyzną i całkowicie się zaangażowała w pomaganie mu. Potem następowały kolejne takie związki, wobec których była bezkrytyczna i uległa, finansując nawet swoich partnerów. Gdy rozwinęło

się u niej uzależnienie matka zerwała z nią kontakt, ojciec starał się niwelować skutki życia w nałogu. Opłacał mieszkanie, pomagał finansowo. Znalazł też ośrodek OTUK w Międzyrzeczu Górnym, gdzie umieścił swoją córkę aby mogła rozpocząć leczenie. Jest to pierwsza terapia uzależnień jaką podjęła Celina.

ANALIZA LIFE STORY FAKTY CELINY

Relacje w rodzinie pochodzenia

Rodzice Celiny bardzo byli skupieni na dziecku gdyż była ona oczekiwana a kiedy się urodziła rodzice byli już starsi. Jak twierdzi Narratorka, nie miała ona dobrej relacji z matką. *Nie miała ze mną dobrego kontaktu nie mogłam z nią porozmawiać o swoich sprawach pewnie źle by to oceniła skrytykowała.* Lepszą relację miała Narratorka z ojcem. *byłam taką córeczką tatusia tata woził mnie na zajęcia na basen zajęcia z języka, tata bardzo się dla mnie poświęcał i często był tym zmęczony.* Rodzice Celiny stosowali bardzo duże wymagania w stosunku do córki oraz bardzo dużą kontrolę. W domu Celiny nie rozmawiało się na temat uczuć głębszych tematów dotyczących przeżyć dziecko. Rodzice nie okazywali też dziecku bezwarunkowej miłości i brak było przekazu że cieszą się z tego jaka jest. Celina czuła się obciążona wymaganiami rodziców i ich oczekiwaniami. *Nasza rodzina stanowiła ideał na zewnątrz chodziliśmy do kościoła wszystko ładnie wyglądało ale była w tym jakaś pustka.* Rodzice Celiny nie angażowali się we wsparcie autonomii dziecka. Potrzeby własne stawiali wyżej niż córki. zainteresowanie się rozwinięciem talentów Celiny. *Rodzina była bardzo hermetyczna wszystko skupiało się w naszym małym gronie. Często czułam że rodzice nie są ze mnie zadowoleni choć starałam się dobrze się uczyć.* Celina krytykuje swoich rodziców w narracji i ich podejście wychowawcze. *Moi rodzice są starsi, nadopiekuńczy, mają duże ideały, niedzisiejsze, takie ułożenie zbytnie. Zawsze się nade mną trzęśli.*

Celina nie czuła, że może im opowiedzieć o sobie, a swoich problemach. *Nigdy z nikim nie rozmawiała o uczuciach o potrzebach, kontrolę wtedy myliłam z miłością i troską.*

Poczucie własnej wartości

Rodzice Celiny zawsze byli bardzo zaniepokojeni zagrożeniami, które występowały poza ich rodziną. Celina twierdzi w narracji w stosunku do ojca miała bardzo duże oczekiwania co do zaspokojenia jej potrzeby akceptacji i uznania. Nie miała też relacji z żadnymi osobami poza rodziną. Jej zamknięcie i izolacja niepokoiły nauczycieli i pedagogów w szkole i przez to Celina skierowana została do psychologa. *Miałam żal do rodziców nie porozmawiali ze mną*

tylko uznali, że trzeba mnie zaprowadzić do psychologa z nim miałam rozmawiać o swoich problemach.

System wartości

System wartości w rodzinie Celiny ukierunkowany był na tworzenia hermetycznej wspólnoty rodzinnej. Ważne było spełnianie oczekiwań jakie rodzice mieli w stosunku do dziecka jako jedynaczki. *Wszystko co ludzi chce sobie wyobrażali i chcieli skupiali na mnie. Wartością było być ułożoną dobrze uczącą się dziewczyną wdzięczna za to co rodzice dla niej robią.*

Bardzo istotne było też wykształcania i dobre wyniki w nauce. Inną wartością wysoko zostawiano anarchii rodziców był rozwój w dziedzinie nauki języków gry na instrumencie. Rodzice zwracali uwagę na wysoki poziom moralny i tego wymagali od niej stosując wymagania liczenia i kontrola. Rodzice nie dawali też córce prawa do błędów.

Decyzje i role życiowe

Celem, który przyświecał w dzieciństwie Narratorce, jak wspomina w swojej narracji było zadowolenia rodziców. Czasem na pierwsze miejsce wysuwała się ogromna samotność doświadczana przez Celinę, próba zrealizowania potrzeby akceptacji przez innych i kontaktu z rówieśnikami. *Jednak w czasie gimnazjum nie udawało mi się to nie byłam lubiana nieakceptowana nie miałam swojego towarzystwa.* Celina jak twierdzi w swojej narracji nie miała autonomii w swoich decyzjach i podejmowała je w sposób nieprzemyślany. Uwidacznia się to w jej wyborach partnerów życiowych. Byli to mężczyźni z problemami uzależnienia, którzy nie prowadzili odpowiedzialnego życia, często bez pracy i perspektyw. Celina angażowała się w te relacje, kosztem wykorzystywania jej finansowo i emocjonalnie. Z jednym z partnerów zalegalizowała związek, jednak relacja ta szybko się rozpadła i mąż odszedł od Narratorki. Celina miała trudności z porozumieniem z mężem, nie było między nimi bliskości i więzi. *Całkowicie się rozczarowałam tym małżeństwem, nie umiałam też być dobrą żoną, nie byliśmy dobrani i nie wyszło to. Teraz jestem zaręczona i myślę, że to jest związek, który mi wyjdzie, tak bym chciała.*

SCENARIUSZ TRAJEKTORII CIERPIENIA W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH CELINY

W biografii Celiny występowało powolne **gromadzenie się potencjału trajektoryjnego**, które z pozoru trudno było rozpoznać i dostrzec. Celina była wyczekiwany dzieckiem starszych już rodziców. Rodzice swoje zaangażowania i aktywności ukierunkowali

na dziecko i jego rozwój. *Nie stawiali mi zbyt wysokich wymagań, chodziło im o to, abym się dobrze uczyła i była grzeczna żadnych obowiązków... nie umiem nawet ścierki trzymać.*

Celina czuła się stłamszona przez oczekiwania swoich rodziców, którzy byli w opiece nad nią bardzo aktywni i nadopiekuńczy. Te oczekiwania Celina spełniała, była grzeczna, cicha, dobrze się uczyła. *Ojciec woził mnie na wiele pozalekcyjnych zajęć, to było dużym poświęceniem z jego strony i ...obciążeniem.*

Celina doświadczała warunkowej miłości i poczucia, że musi odwdzińczyć się rodzicom za to co jej dali. *Czułam, że muszę być idealna, to mi zaczęło przeszkadzać potem.* Jej zranieniem i problemem, swoistym pęknięciem w odbiorze świata były trudności w nawiązywaniu relacji z innymi z rówieśnikami i poczucia pustki i samotności. *Starłam się to ignorować, zamykać się w sobie, w swoim pokoju uczyć się jak najwięcej. Rodzice chodzili też do kościoła i zabierali mnie ze sobą, zawsze dobrze ubrana z dobrze prezentującymi się rodzicami wyglądaliśmy jak dobra rodzina.. Wręcz idealna.* Podczas wejścia w dorastanie Celina doświadcza poczucie osamotnienia, braku kontaktu z innymi. *Ta inność ...to czułam często i niemożność dogadania się z rówieśnikami zaczęła boleśnie doskwierać. Rodzice nie rozumieli tych problemów mówili mi, że mam się mieć za lepszą bo tyle mam i nie powinna zadawać się z tymi co się nie uczą mają problemy a już nie daj boże robią złe rzeczy piją czy coś takiego. O tych problemach nie mogłam w domu rozmawiać, bo byłoby to święte oburzenia. Że jestem głupia i niewdzięczna za to co mam. Mama byłaby oburzona, jakbym wspomniała że takie osoby znam.* Celina boleśnie przeżywała samotność i brak kontaktu, rozmawiała o tym z pedagogiem w szkole i zaczęła przeżywać stany depresyjne, co zauważyli też nauczyciele. Rodzice zapisali ją do psychologa, który zdiagnozował zaburzenia adaptacyjne, brak kontaktu z innymi, trudności w budowaniu więzi. Po konsultacji z psychiatrą zaczęła zażywać leki, co pogłębiło jedynie przeżywane przez nią odizolowanie. *Bezsens... wszystko stawalo się mi obojętne, źle się czułam po tych lekach często nie miałam na nic chęci, nie mogłam wstać z łóżka. Odsunęłam się też wtedy od rodziców, zamknęłam na relację z matką.* Odrzuciła wtedy matkę jako tą wymagającą. *Zawsze byłam córeczką tatusia, który był autorytatywny nie dawał prawa do podejmowania decyzji. Do dziś mam żal do matki że mnie nic nie nauczyła.* U Celiny gromadził się potencjał trajektoryjny w odczuwanej przez nią inności od rówieśników, nieumiejętności nawiązywania satysfakcjonujących relacji, poczuciu samotności oraz dominacji rodziców, którą odczuwała. *Miałam też być lojalną wobec starszych rodziców. Tak to widzę.* Była to pewnego rodzaju zamknięta i hermetyczna rodzina, wymagająca wdzięczności, w której brakowało rozmowy o tym jaka jest naprawdę Celina i co przeżywa. *Rodzice chcieli być całym światem traktowali mnie jak laleczkę.*

Wejście w leczenie psychiatryczne, zażywanie leków psychotropowych uaktywnia i **dynamizuje trajektorię**, która zaczyna wzmacniać swoje działania w kierunku destrukcyjnym, nie radzenia sobie z odnalezieniem celów, sensu własnych działań i rozeznania się we własnych pragnieniach i potrzebach. Celina wchodzi w bierność w postawie wobec wymagań rodziców i ich oczekiwań. Racjonalizacja i ukierunkowanie przez rodziców na bycie kimś po przez sukces w nauce oraz rodzinę jaką posiada nie spełniało już swojej roli i Celina weszła na drogę bierności i rezygnacji. *Ja wtedy myślałam, że jestem zła, takie poczucie bycia gorszą, chorą, nienormalną, że coś jest ze mną nie tak, wszystko mnie wtedy denerwowało...*

Próbą stabilizacji trajektorii był dla Celiny etap studiowania. *Studia podjęłam ukierunkowana przez rodziców i wspierana przez nich finansowo. W tym samym czasie znalazłam akceptację w relacjach z chłopakami. Bardzo się angażowałam w te związki, byłam zaborcza, chciałam żeby ta osoba była całym światem, i pełnej lojalności i uwagi oraz opieki partnera. Wszłam w związek chłopakiem biorącym narkotyki, nie pracującym, nie mającym perspektyw w życiu. Potem nastąpiła zmiana i zaczęłam spotykać się z innym chłopakiem... też z problemami. Nie mogli sprostać jej nierealnym oczekiwaniom i związki się rozpadały. Te niepowodzenia powodowały chwiejność stabilizacji. I wtedy postawiłam na pracę zawodową. I znowu budowałam idealny wizerunek, osoby odpowiedzialnej, rezolutnej, idealnej. Żeby przełożeni i młodzi widzieli jako osobę godną zaufania, solidną. I całkowicie oddaną pracy. To powodowało napięcie, trzymanie się w kontroli i wymaganiach od siebie zapijałam... pijąc w samotności. Jej lękiem było to, aby ta prawda się nie ujawniła. Tu się rozpoczął mechanizm uzależnienia: rozdwojonego, rozproszonego ja.*

Wejście w kontakt z alkoholem i łączenia go z lekami, które brała od wieku nastoletniego rozpoczął u Celiny etap pełnej **destabilizacji chwiejnej równowagi** której doświadczyła podejmując studia i wywiązując się z obowiązków, które z tego wynikały. Na tym etapie Celina potrzebuje sobie swoją pustkę i niespełnienie, niezadowolenie z siebie czymś wypełnić i były to związki z patologicznymi mężczyznami. Te związki były dla niej bardzo destrukcyjne. Była całkowicie pod wpływem tych chłopaków. *Dawałam się wykorzystywać, ulegałam ich prośbą o pieniądze sponsorowałam picie ćpanie. Tak to na mnie działało że byłabym w stanie zrobić wszystko. Piłam też dużo alkoholu.*

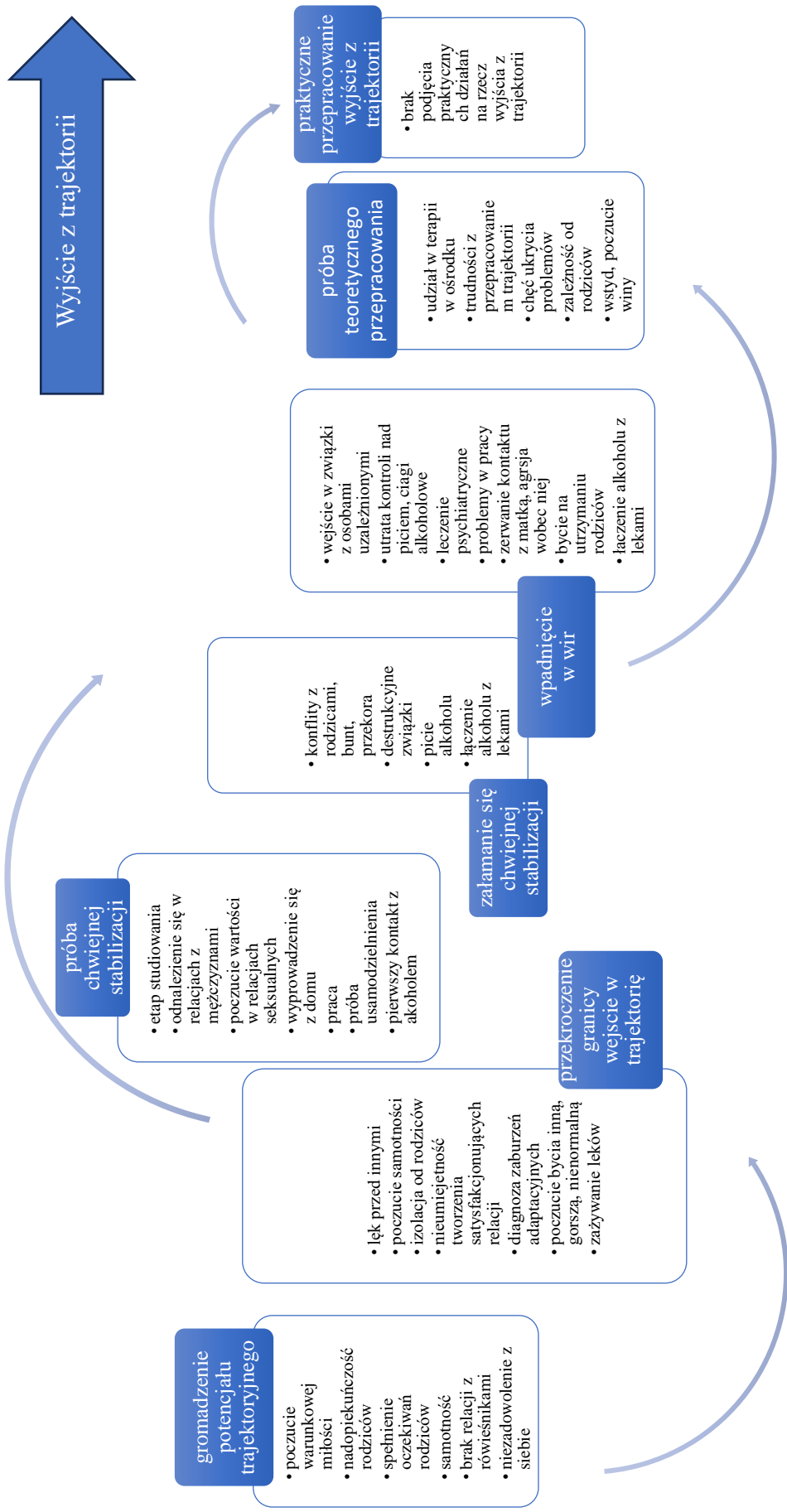
Następnym etapem było wyprowadzenie się z domu i podjęcie samodzielnego życia oraz pracy. *Przez cały ten czas byłam w związkach właściwie bez przerwy. Rodzice czepiali się o moje relacje z tymi partnerami a jednocześnie chcieli żebym założyła rodzinę i pomagali materialnie. Ja korzystałam z tego, ukrywałam prawdę o związku, bałam krytyki matki. Dlatego*

później unikałam kontaktów z rodzicami... przychodziłam nieraz na obiad i starałam się dobrze wyglądać ale nie rozmawialiśmy o niczym ważnym.

Następuje u Celiny wpadnięcie w wir uzależnienia. *Te związki opierały się na picciu alkoholu i braniu. Wobec rodziców miałam postawę spełniania oczekiwań i ukrywania prawdy.... piłam dużo, często były to ciągi po kilka tygodni. Z powodu łączenia z lekami często... szybko urywał mi się film. Cały czas brałam leki psychiatryczne, łączyłam je z alkoholem. Rodzice zobaczyli mnie na ławce pijącą... upodloną z pijanym... cały wizerunek upadł.*

Celina traci kontrolę nad swoim życiem i swoim picciem oraz braniem leków. *Ponieważ nie potrafiłam się przeciwstawić autorytetowi ojca całą złość przrzucalam na matkę. Ma wielki żal do rodziców i złość zwłaszcza do matki. Matka jest największą toksyną mojego życia. Jest wobec matki agresywna, unika jej, potem zrywa kontakt. Rodzice finansują jej mieszkanie i utrzymują kiedy traci pracę. Choć myślę że mnie wypchnęli żeby mieć święty spokój .Ojciec wchodzi w rolę ratownika, wyciąga mnie z tarapatów, splanca długi, opiekuje się mną, stając się terapeutą, był też lekarzem.*

Ojciec organizuje ośrodek dla Celiny, dbając o to żeby był to ośrodek anonimowy, prywatny, bo o leczeniu Celiny i jej problemie nikt nie może się dowiedzieć. Celina podejmuje leczenie jednak **ma trudności z przepracowaniem działającej w jej życiu trajektorii**. Nie chce przyznać, że jest uzależniona, koncentruje się na tajemnicy i zewnętrznych warunkach. Broni się przed głębszym zobaczeniem bezsilności wobec uzależnienia i zobaczenia skutków jakie to uzależnienie w jej życiu powoduje. Inną trudnością Celiny jest postawienie związków z mężczyznami jako dużej wartości w jej życiu i niemożność albo trudność zobaczenia realnie siebie w tych związkach. Celina ma małą samodzielność myślenia w tej kwestii, ulega myśleniu naiwnemu i manipulacji ze strony mężczyzn. Mimo że zaczyna dostrzegać swoje problemy sama twierdzi że *nie chce, czy też nie wie czy chce, inaczej żyć*. Ma też duży żal do rodziców i trudność z braniem odpowiedzialności za swoje życie. Obwinia ich za swoje problemy, za to jaka jest, że jest niesamodzielną, że nie umie sobie w życiu radzić. W opowieści Celiny widać dużą złość do rodziców i duże emocje kiedy o nich mówi. Jest też wobec nich bardzo roszczeniowa. *Uważam że to normalne że zapłacili za terapię i że jest to ich obowiązek*. Brak odpowiedzialności za własne decyzje tłumaczy złym wychowaniem przez rodziców. Te trudności mogą sprawić, że Celina nie dostrzeże i nie przepracuje faktów działającej trajektorii w jej życiu. To może spowodować i obecnie powoduje brak determinacji w podjęciu praktycznych kroków do wyjścia z trajektorii i zniwelowania jej działania w życiu Celiny. Przebieg procesów trajektoryjnych w uzależnieniu Narratorki Celiny ukazuje Wykres nr 12.



Wykres nr 12. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Celiny. Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Analizując linie biograficzne rodziny i relacji Celiny zarówno w life history jak i life story można zauważyć dysfunkcyjne elementy w rodzinie pochodzenia Celiny. Narratorka nadaje im duże znaczenie w związku z wystąpieniem problemów uzależnieniowych w dalszym życiu. Przedstawieniu sytuacji rodzinnej oraz uczuć, przeżyć związanych dzieciństwem Narratorka poświęca znaczącą część swojej wypowiedzi. Bardzo wyraźny jest też element żalu do rodziców o to, że byli nadopiekuńczy wobec niej, niczego jej nie nauczyli i nie dawali przestrzeni do samodzielności i własnej drogi. Celina bardzo źle ocenia w swojej narracji relację z matką. *Matka jest największą toksyną mojego życia*. Przez odrzucenie kontakt z matką Celina doświadcza braku wzoru i autorytetu w swoim życiu oraz zagubienia w rozumieniu i pełnieniu ról kobiecych.

Celina w swojej narracji wyraża również żal do ojca, stwierdzając, że stosował wobec niej manipulacje. Z opowieści biograficznej Celiny wynika, że miała w dzieciństwie bliską relację z ojcem, jednak kiedy popełniła błędy i zagubiła się w decyzjach ojciec nie okazywał jej wsparcia i pomocy. Był rozgoryczony i rozczarowany córką i wolał unikać z nią kontaktu z powodu wstydu jaki przynosi rodzinie.

Analiza narracji Celiny przedstawia uwarunkowania zarówno problemów z zaspokojeniem potrzeby autonomii jak i potrzeby bliskości w relacjach. Celina nie doświadczyła rodzicielskiego wsparcia autonomii. Stosowane oddziaływania wychowawcze Narratorka ocenia bardzo negatywnie i wspomnienia wywołują w niej duże emocje i rozgoryczenie. Ma żal do rodziców, że stosowali wobec niej warunkową miłość i akceptację, oczekując spełniania ich marzeń i planów co do dziecka. Nie dawali jej przestrzeni do popełniania błędów i poszukiwania własnej drogi realizacji, wszystko miało być idealnie, tak jak rodzice sobie wyobrażali.

Wypowiedziach Celiny zawartych zarówno w narracji jak i w piciorysie dostrzec można istotną tematyczne linie biografii jako element struktur procesowych. Istotną jest linia relacji z innymi z występującymi w niej poczuciem samotności, inności tworzącą obraz późniejszego niedostosowania. Rodzice, którzy pozostawali w świecie swoich oczekiwań i wyobrażeń na temat dziecka nie dostrzegali rozwoju problemów doświadczanych przez Celinę. Kiedy otrzymywali informacje o izolacji dziewczyny, braku kontaktu z rówieśnikami, stanów depresyjnych i lękowych reagowali jedynie wysyłaniem dziecka do psychologa, który kierował do lekarza psychiatry, gdzie przepisywano Celinie leki.

Celina skarży się w narracji, że nigdy nie rozmawiała z rodzicami o potrzebach ani uczuciach a doświadczała w zamian za to kontroli i presji na spełnianie oczekiwań rodziców. *Nie było też miejsca rozmawiania o trudnościach, o tym to miałam rozmawiać z psychologiem.*

Znaczącymi wydarzeniami dla Narratorki jest przede wszystkim odnalezienie się w grupie osób używających substancji psychoaktywnych i doświadczenie akceptacji z ich strony. Innym ważnych sytuacjami są związki z mężczyznami w jej życiu. Wobec tych mężczyzn Celina była bardzo uległa, całkowicie angażowała się z związek, mimo że był on dla niej źródłem cierpienia i trudności. Celina swoje decyzje podejmowała chaotyczne, szukając oznak miłości i zainteresowania. W wyborze partnerów życiowych Narratorka była ufna i bezkrytyczna, łatwo dając się manipulować. To doświadczenie wskazuje, że nie miała wcześniej zaspokojonej potrzeby bliskości i przynależności, poszukiwała jej w związkach z mężczyznami, jednak nie znajdowała w nich spełnienia. Wręcz przeciwnie kolejne związki były coraz bardziej destrukcyjne i pogłębiały jej poczucie niskiej wartości i frustracji. Wchodząc z związki z uzależnionymi partnerami sama zaczęła pić i szybko utraciła kontrolę nad przyjmowanymi substancjami psychoaktywnymi.

Z analizy trajektorii uzależnienia i cierpienia ukazuje się obraz szybko narastającego potencjału trajektoryjnego i dynamicznego, w pełni destrukcyjnego rozwoju nałogowego myślenia i działania. Celina bardzo mocno doświadcza mechanizmów choroby alkoholowej w postaci zaprzeczania chorobie i rozdwojonego ja. Celina długi czas przedstawia inny, oczekiwany obraz siebie swoim rodzicom, w jej życiu osobistym wszystko podporządkowanej jest rozwojowi nałogu i destrukcyjnym związkom. Kiedy już nie da się utrzymać dobrego obrazu własnego życia, traci pracę i picie alkoholu przybiera niszczącą postać ojciec znajduje ośrodek, w którym dbając o pełną anonimowość umieszcza córkę.

Celina podejmuje próbę teoretycznego przepracowania trajektorii cierpienia i uzależnienia w ośrodku OTUK. Ma jednak trudności z przyjęciem odpowiedzialności za własne życie i decyzje. Jak wynika z narracji Celina ma niski poziom własnej wartości, małą akceptację siebie, dominuje poczucie winy i wstydu oraz złości i żalu do rodziców. Jak twierdzi w narracji jest zagubiona w świecie wartości i nie wie czym kierować się w życiu, dominuje u niej bunt i odrzucenie wartości przekazywanych jej w domu rodzinnym. Wartości te były skupione na dobrych wynikach w nauce, osiągnięciu sukcesu w życiu,

Celina podczas terapii próbuje wypracować własny system wartości i świadomie postępować zgodnie z nim. Jednak trudnością są u niej niezaspokojone potrzeby bliskości i miłości, której nieustannie poszukuje w związkach z niedojrzałymi mężczyznami mającymi problemy z uzależnieniami.

Rozdział V. Konteksty doświadczeń kobiet uzależnionych od alkoholu w obszarze autonomii relacyjnej

W przeprowadzeniu analizy wyników badań zainspirowano się jedną z metod opracowania materiału empirycznego uzyskanego w procesie badawczym opracowanej przez Lichtman (2006). Jest to propozycja kodowania i kategoryzowania przedstawionej w narracji treści nosząca nazwę 3K: Kod- Kategoria- Koncept. W analizie użyto słowa kontekst, które zdaniem badaczki lepiej odpowiada omawianym zagadnieniom. Zastosowana metoda analizy nosi więc nazwę 3K- Kod- Kategoria- Kontekst.

Wyodrębnione w analizie narracji kody przyporządkowane zostały do określonych treści tematycznych, następnie wyłoniono z nich kategorie. Na tej podstawie opracowano konteksty wynikające z kategorii głównych pól biograficznych obecnych w narracjach uzależnionych kobiet a powiązanych z obszarem kształtowania się autonomii relacyjnej. W ten sposób został wyłoniony wielowymiarowy obraz uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu.

W analizie dążono do tego, aby uchwycone doświadczenia kobiet zostały sproblematyzowane i ukazane kontekstowo. Przedstawiona analiza jest próbą wyjaśnienia ich znaczenia biograficznego, wskazując na wzajemne odniesienia między nimi i ich biograficzną łączność.

Wielowymiarowość wynika ze złożonej natury podmiotu, który w tym procesie jest osobą aktywną, zdolną do przeżywania emocji, osadzoną w relacjach społecznych zdolną do poszukiwania i nadawania sensu wydarzeń oraz uczenia się z własnych doświadczeń. Istotnym wymiarem jest tutaj rozwój uzależnienia, który znacząco zaburza rozwój emocjonalny, społeczny i duchowy i wpływa na zmianę osobowości i samoświadomości ograniczając ją. Proces ten jest jednak odwracalny, przy podjęciu determinacji i zaangażowania w zmianę swojego myślenia i swojego życia.

Opracowane konteksty autonomii można odnieść do teorii autodeterminacji SDI Ryana i Deciego, badań dotyczących problematyki autonomii w jej ujęciu relacyjnym prowadzonych w ramach tego nurtu.

Badaczka dokonała wnikliwej operacjonalizacji zjawiska autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu. Przedstawione konteksty obejmują :

- Kontekst relacyjny, który w najistotniejszy sposób ukazuje zaburzenia w rozwoju autonomii.

- Kontekst braku wsparcia autonomii w rodzinie, który bardzo dużo wnosi w rozumienie badanego zjawiska.

- Kontekst osobowy, w którym została przeprowadzona analiza właściwości osobowych powiązanych z poziomem autonomii u badanych kobiet. Kontekst ten ukazuje poziom poczucia własnej wartości, samoświadomości, samoakceptacji i pewności siebie.

- Kontekst wartości, który jest wymiarem, w którym ukazane są połączenia systemu wartości uzależnionych kobiet z zaburzeniami w kształtowaniu autonomii.

- Kontekst decyzji. Ważnym obszarem przedstawionym w analizie jest kontekst autonomicznego działania w obszarze decyzji i ról życiowych.

- Kontekst uzależnienia, w którym zawarta jest specyfika badanego zjawiska, przeanalizowane w nim zostały istotne elementy dotyczące zaburzenia procesów rozwojowych

- Kontekst traumy, w którym zostały uchwycone trudne i niszczące wydarzenia, których doświadczyły kobiety. Opracowana analiza ukazuje rodzaje traum występujących w narracjach i ich związku z zaburzeniami rozwoju autonomii.

- Kontekst rozwojowy, w którym starano się uchwycić proces pozytywnej zmiany u badanych kobiet w rozwoju i wzmocnieniu autonomii relacyjnej.

5.1. Kontekst zaburzonych relacji w rodzinie pochodzenia

Badacze przyjmują, że ludzie mają wrodzone ukierunkowanie na rozwój, ale są w tym względnie proaktywni, nie zaś reaktywni. Zarówno proaktywność, jak i rozwój nie są automatyczne. Mogą zostać rozwinięte bądź zablokowane. Jest to jednak efekt relacji człowieka ze światem społecznym (Deci, Vansteenkiste, 2004).

Zgodnie z teorią autodeterminacji SDT, istotne dla rozwoju człowieka jest zaspokojenie trzech podstawowych, wrodzonych i tym samym uniwersalnych i wzajemnie powiązanych potrzeb. Autonomii wyraża się w braku poczucia bycia kierowanym zewnątrz lub przez przymus wewnętrzny. Kompetencja, poczucia skuteczności, sprawczości działania, wyzwalać dążenie do poszukiwania wyzwań. Potrzeba bliskości, przynależności, relacji z innymi to możliwość zarówno odniesienia do innych w działaniu, jak też nawiązywania trwałych, autentycznych i głębokich relacji z drugim człowiekiem (Deci, Ryan, 2000).

Autorzy definiują potrzebę relacyjności jako uniwersalne pragnienie interakcji z ludźmi oraz wywierania pozytywnego wpływu na ich losy. Relacyjność może być wzmocniana

wszędzie tam, gdzie to, co robimy, ma pozytywne przełożenie na dobro innych lub ma dla nich znaczenie (Kumar, Jauhari, 2016; Mouratidis, Barkoukis, Engbers i in., 2015; Deci, Ryan, 2000).

Jeśli ktoś znajduje się w środowisku, w którym jedna z potrzeb autonomii i relacyjności jest udaremniona lub zablokowana, następuje pogorszenie samopoczucia i spadek motywacji do rozwoju. Udaremnianie tych potrzeb związane jest z etiologią wielu form psychopatologii (zob. Ryan i in. 2006).

Analizując przebieg linii biograficznych obecnych w narracjach badanych kobiet na pierwszy plan wysuwają się trudności uzależnionych kobiet w doświadczaniu bliskich relacjach z innymi. Te trudności pojawiają się już od najwcześniejszych lat u Narratorek i dotyczą relacji z najbliższymi osobami jakimi są rodzice.

Opisując siebie w relacji z rodzicami Narratorki wspominają często o osamotnieniu w rodzinie i braku zrozumienia przez rodziców. To poczucie osamotnienia występuje we wszystkich narracjach przedstawionych w badaniu. Jest ono związane z różnymi trudnymi doświadczeniami występującymi w rodzinach. Z jednej strony, u niektórych bohaterek to problemy, których doświadczali rodzice i na których się skupiali. Tymi problemami był alkoholizm jednego z rodziców, brak więzi między rodzicami. Występowała też wzajemna walka między sobą, przemoc stosowana przez jednego rodzice oraz brak zaangażowania i wsparcia wzajemnego.

Również w rodzinach, gdzie pacjentka była jedynaczką (Blanka oraz Celina) przedstawiała siebie jako osobę, która czuła się przez rodziców nie rozumiana i nieakceptowana przez co odczuwała bolesną samotność. Było to związane z wysokimi oczekiwaniami, które rodzice mieli wobec własnego dziecka i wobec planów jakie ma córka zrealizować. *Rodzice chcieli i dążyli do tego, aby być dumnym i móc się pochwalić przed innymi* (Celina).

W niektórych przypadkach samotność wynikała z faktu braku zainteresowania dzieckiem i nie stawiania mu żadnych wymagań w pracy nad własnym rozwojem.

To poczucie samotności i niezrozumienia przedstawiają Narratorki również opisując doświadczenie własnych relacji z bliskimi w życiu dorosłym. Dotyczy to tworzenia ich związków z mężczyznami i braku satysfakcji i niezrozumienia w tych związkach.

Innym doświadczeniem trudności w relacjach z rodzicami było poczucie małego zainteresowania sprawami dziecka. Wyrażało się w braku rozmów dotyczących spraw dziecka i jego trudności. Brak było dostrzegania trudnych uczuć i przeżyć, których doświadczały Narratorki. *W moim domu w ogóle nie mówiło się o uczuciach, nikt się nie interesował tym co przeżywam była na to taka obojętność, każdy żył swoimi problemami* (Katarzyna).

Trudności te pisywane przez Narratorki wskazują na brak w ich przypadku zaspokojenia potrzeby więzi i bliskości a także przynależności, która to potrzeba wraz z potrzebą autonomii jest podstawową potrzebą człowieka a jej niezaspokojenie może skutkować zaburzeniami przystosowania w dalszym życiu i rozwojem psychopatologii.

Problemy w relacjach związane są w rodzinach pochodzenia badanych kobiet z zaburzonymi relacjami małżeńskimi pomiędzy rodzicami. Z jednej strony kobiety uzależnione obserwując swoich rodziców otrzymywały niewłaściwy obraz relacji pomiędzy bliskimi osobami, pomiędzy małżonkami. Z drugiej strony napięcia i negatywne emocje, kłótnie i awantury obecne w tych relacjach oddziaływały bardzo negatywnie na Narratorki, które zwłaszcza jako dzieci potrzebowały stabilizacji i poczucia bezpieczeństwa. Kobiety gubiły się w tym, jaką postawę przyjąć wobec rodziców. Często brały na siebie odpowiedzialność za to, co dzieje się w domu czy też chciały naprawiać relacje pomiędzy rodzicami, dążąc niejako do stabilizacji rodziny. Doświadczaly bowiem, przez brak tej stabilizacji niezaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych.

Niewłaściwe relacje w rodzinie pochodzenia pomiędzy rodzicami przejawiały się brakiem uczuć i wsparcia oraz wzajemnego szacunku, jak to pokazuje przykład Katarzyny. *Ojciec nie szanował w ogóle matki poniżał ją przy nas uważał za głupią, że nie ma szkoły, że jest prosta. Żal mi było mamy nieraz.* Brak bliskości i wzajemnych uczuć, który zauważały Narratorki u swoich rodziców przybierał różną postać. W niektórych przypadkach było to życie w swoim świecie, osobno. Kiedy jedno lub oboje rodziców realizowało się bardzo intensywnie na polu pracy zawodowej lub podejmując liczne hobby i pasje, co powodowało małą obecność w domu. Dotyczyło to zwłaszcza rodzin o wysokim w statusie materialnym, tak jak w przypadku Zofii oraz Blanki. *Mama miała swoją firmę tylko tym żyła a ojciec bardzo angażował się w pracę ciągle go nie było w domu zwłaszcza kiedy pojawiały się problemy to uciekał w tą pracę no i w swój sport (Blanka).*

Innym przykładem niewłaściwych relacji pomiędzy rodzicami były zdrady małżeńskie obecne w rodzinach Narratorek. Opis takiej sytuacji pojawia się w 5 narracjach i bardzo mocno oddziałuje na Narratorki. Wyraża to w swojej narracji Zofia. *Gdy odkryłam, że ojciec ma kochankę mój świat się zawalił zaczęłam ciągle o tym myśleć i co zrobić żeby to zmienić.*

Bardzo trudnym doświadczeniem występującym w narracjach 3 kobiet był rozwód rodziców i odejście z domu ojca. Przykładem jest tutaj Natalia, która wspomina w swojej narracji, jak bardzo destrukcyjnie wpłynął na nią rozwód rodziców. *Z ojcem miałam relacje były dla mnie ważne, gdy odszedł zbuntowałam się robiłam co chciałam wychodziłam z domu towarzystwem, złość na wszystkim.*

Bardzo poważnym problemem, przeżywanym przez doświadczające tego kobiety była przemoc, którą rodzice stosowali wobec siebie. Wspomina o tym w swojej opowieści biograficznej Ola. *Ojciec po pijaku bił mamę, brata który przez to potem był na wózku. Ja żyłam w ciągłym lęku.* To doświadczenie bardzo poważnie wpływało na brak poczucia bezpieczeństwa, doświadczanie ciągłego zagrożenia. Dużą trudnością było dla Narratorek, które doświadczyły problemu przemocy w rodzinie poczucie bezsilności, brak wpływu na to co się dzieje w domu a także próby obrony matki i bycie świadkiem przemocy.

Niewłaściwa relacja pomiędzy rodzicami występowała też w sytuacji kiedy jedno z rodziców było uzależnione od alkoholu. Taka sytuacja dotyczyła rodzin 9 Narratorek. Biorąc pod uwagę, że w badaniach brało udział 12 kobiet, problem uzależnienia od alkoholu w rodzinach kobiet uzależnionych jawi się jako bardzo istotny. Relacja między rodzicami jest w takich sytuacjach bardzo zaburzona i przybiera różne formy, w zależności od stylu picia i zachowania uzależnionego rodzica. W sytuacjach rodzinnych Narratorek często obecna była postawa obojętności, izolacji i braku odpowiedzialności za rodzinę. Obowiązki wychowania dzieci i utrzymania rodziny spadały na matkę. Powodowało to dużo negatywnych emocji, złość na męża oraz niechęć do wchodzenia w relację. Występowała też postawa brania całkowitej odpowiedzialności za pijącego współmałżonka, niwelowanie skutków jego picia oraz bardzo duże skupienie na problemie picia męża. Skutkowało to niewłaściwe odniesienia do córek, zaniedbywanie relacji z nimi i niedostrzeganie ich potrzeb. W tych rodzinach miało też miejsce podporządkowywanie dzieci problemom uzależnionego ojca. Wskazuje na to wypowiedź Wioli. *Był to jednej strony brak zainteresowania matki, ponieważ wszystko kręciło się wokół ojca uzależnionego, z drugiej strony wysokie wymagania do mnie, która swoim zachowaniem również miałam wspierać i pomagać ponieważ ojciec był uzależniony.*

Niewłaściwe relacje pomiędzy rodzicami i występujące w nich problemy bardzo mocno odcisnęły się na uzależnionych kobietach, co wyraziły w swoich narracjach. Również w dorosłym życiu kobiety uzależnione bardzo często uczestniczyły nadal w pomaganiu rodzicom w ich problemach, czując się za nich odpowiedzialne. Skutkiem funkcjonowania w takiej rodzinie było poczucie zagubienia i osamotnienia, braku wsparcia braku oraz zaspokojenia potrzeby więzi i bliskości.

Jak wynika z opowieści biograficznych przedstawionych przez kobiety uzależnione ich własne relacje z rodzicami zarówno z ojcem jak i matką nie były właściwe. Brakowało w nich wsparcia autonomii ze strony rodziców. Z przedstawionych narracji wynika wiele problemów, które wystąpiły w tych relacjach i sprawiły, że zaburzone zostały u samych podstaw, w dzieciństwie potrzeba więzi i bezpieczeństwa związane z najbliższymi osobami.

Analizując na podstawie narracji biograficznej rodzaje relacji z matką u Narratorek zauważyć można, że jest to dla nich bardzo trudny i bolesny temat. Jest to o tyle znaczące, że relacja z matką, co podkreślają twórcy teorii przywiązania, jest najbardziej znaczącą relacją dla dziecka i stanowi figurę przywiązania kształtującą bardzo mocno budowanie relacji z innymi w przyszłości. Dysfunkcja i trudności w tej relacji odbijają się dużym zranieniem w dalszym życiu i wiele badań wskazuje, że mogą być źródłem rozwoju psychopatologii w dalszym życiu.

W wielu narracjach kobiety uzależnione opisują relacje z matką jako trudną, bolesną i pozbawioną bliskości. Matki przedstawiane są przez Narratorki jako osoby z dużymi problemami emocjonalnymi, nie nawiązujące właściwych więzi, nie okazujące miłości. Wyraża to Agata mówiąc, *moja matka była skupiona na sobie i niezrównoważona w emocjach*, a w narracji Justyny wiodącą wypowiedzią są słowa: *jest moja matka nigdy nie okazywała mi miłości*.

Narratorki doświadczają często ze strony matek braku akceptacji oraz braku budowania wartości jako osoby a nawet zazdrości co do relacji z ojcem. Opisują to w swojej narracji Zofia i Agata. *Matka była z czasem zazdrosna o moją relację z ojcem*.

Innym problemem doświadczonym w relacji z matką były wysokie wymagania stosowane wobec badanych kobiet oraz krytyka i wytykanie wszystkich wad.

W większość opisywanych narracji relacje kobiet uzależnionych z matką były bardzo słabe. Żadna z badanych kobiet nie stwierdziła, że miała dobrą czy bardzo dobrą relację z matką. Pojawiają się w wywiadach częste opisy braku uczuć, okazywania czułości oraz wymagania i krytyka stosowane przez matki w stosunku do córek.

Jeśli chodzi o relacje z ojcem są one w opisanych narracjach bardzo zróżnicowane. Dla kilku badanych kobiet relacja z ojcem przedstawiona jest jako dużo lepsza niż z matką choć nie zawsze jest to realne. Często jest to przedstawienie ojca życzeniowe o czym wspominają narratorki robiąc refleksje nad swoim życiem podczas terapii. *Zawsze idealizowałam ojca (Natalia)*.

W relacji tej, ze strony ojców występuje również faworyzowanie córek oraz manipulowanie czy też nagradzanie w związku ze spełnianiem oczekiwań. W rodzinach występują też zamiast szczerych relacji układy pomiędzy ojcem a córką skierowane najczęściej przeciwko matce. Ważnym elementem pojawiającym się w większości narracji jest warunkowa miłość i akceptacja okazywana przez ojców wobec córek. Jest to model wychowania poprzez stosowanie kar i nagród, stawianie wysokich wymagań i ambicji wobec dziecka. Ponadto pomijane są potrzeby i pragnienia dziecka. Jest to bardzo dużym zachwianiem wsparcia

autonomii dziecka. U uzależnionych kobiet w relacji z ojcem występowała bardzo duża chęć spełnienia wymagań i oczekiwań ojca aby zasłużyć na jego pochwałę i akceptację.

W kilku przypadkach Narratorki miały całkowicie zaburzoną relacje z ojcem było to związane z piciem alkoholu przez ojca, stosowaną przemocą czy nawet nadużyciem seksualnym. W tych przypadkach dominował lęk przed ojcem, obawa o własne życie i przetrwanie. W późniejszym etapie dominowała chęć wyrwania się z domu i odcięcia od tej relacji.

W doświadczeniu 2 Narratorek wystąpił fakt braku relacji z rodzicami. O takim braku wspomina Małgorzata, której rodzina całkowicie opanowana była przez uzależnienie od alkoholu rodziców oraz dziadków. Narratorka stwierdziła nie miała relacji z rodzicami, *rodzice byli zajęci piciem a dzieci im w tym przeszkadzały*. W tych rodzinach panował brak więzi i zainteresowania jak również manipulowanie dziećmi do własnych celów. Dzieci nabierały przekonania, że muszą całkowicie same sobie radzić i niczego nie mogą oczekiwać od rodziców.

W rodzinach Narratorek, jak opowiadają w wywiadzie występuje też swoista zamiana ról między rodzicami a dziećmi definiowana, opisywana w literaturze przedmiotu jako parentyfikacja. Jest to jedna z form zaniedbania dziecka, która nosi znamiona przemocy na tle emocjonalnym. Parentyfikacja ma negatywne skutki dla dalszego rozwoju dziecka w przyszłości. Do zjawiska parentyfikacja dochodzi, gdy dziecko wchodzi w rolę opiekuna w rodzinie i to ono musi troszczyć się o innych. Zwykle jest chwalone za postawę pełną troski i altruizmu, jednak musi za taki sposób działania i reagowania zapłacić słąną cenę, ponieważ nie jest w stanie udźwignąć tak wiele. Samo potrzebuje wsparcia, uwagi i bliskości od matki oraz ojca. Gdy podstawowe potrzeby emocjonalne dziecka nie zostają zaspokojone, nie może ono rozwijać się w sposób prawidłowy. Jego zdrowie psychicznie zostaje w takiej sytuacji poważnie nadszarpnięte (Kubacka- Jasielska, 2016).

W rodzinach Narratorek na niewłaściwe budowanie relacji mają wpływ niewłaściwe postawy rodzicielskie wobec dziecka. Jedną z nich, opisywaną w niektórych narracjach jest nadopiekuńczość i brak odpowiednich zasad i wymagań. Wspomina o tym w narracji Celina. *Moi rodzice jako starsi mieli mnie, wszystko skupili na mnie nic mnie nie nauczyli ale bardzo się mną zajmowali miałam wszystko*.

Inną postawą była postawa kontroli i manipulacji, aby dziecko spełniało oczekiwania rodziców i aby było takie jak rodzice sobie wyobrażają. Ta manipulacja stosowana była w sposób zewnętrzny poprzez nagrody i kary a także przymus realizacji nakazów i zakazów. Często jednak występowała też manipulacją niejako wewnętrzna, poprzez emocjonalne

oddziaływanie na dziecko. Działania rodziców były wtedy ukierunkowane na psychiczne formy wzmacniania i nagradzania jakim jest pochwała, uznanie, wyrażanie zadowolenia i akceptacji jednak warunkowo, gdy dziecko spełnia oczekiwania rodzica. W sytuacjach niespełnienia oczekiwań czy też braku sukcesu akceptacja jest wycofywana i okazywane jest niezadowolenie z dziecka i dezaprobata. W takiej postawie rodzica, jak twierdzą teoretycy teorii samostanowienia brakuje wsparcia dla autonomii dziecka, jego wewnętrznych zasobów. Brak jest dostrzeżenia świata dziecka i poznania jego pragnień. Postawa warunkowej miłości nie jest odpowiednim wsparciem autonomii i może mieć negatywne skutki w przyszłości dla dziecka, budując postawę zależności od innych, znaczących osób. Miało to miejsce w przypadku Narratorek które, doświadczyły takiej postawy jako warunkowanie miłości i akceptacji. Skutkiem w ich dalszym życiu było poszukiwanie we wszystkich relacjach tej akceptacji i dowartościowania a brak wewnętrznego oparcia w myśleniu o sobie spowodował zależność od innych. *Głównym celem było zaspokajanie potrzeb innych i oczekiwań wobec mnie... Jedynie moja głowa podpowiadała mi, że ktoś może czegoś ode mnie oczekiwać, że ja muszę być jakaś (...) w mojej głowie zakodowało się przekonanie, że muszę mocniej się postarać, aby zasłużyć na miłość (Zofia).*

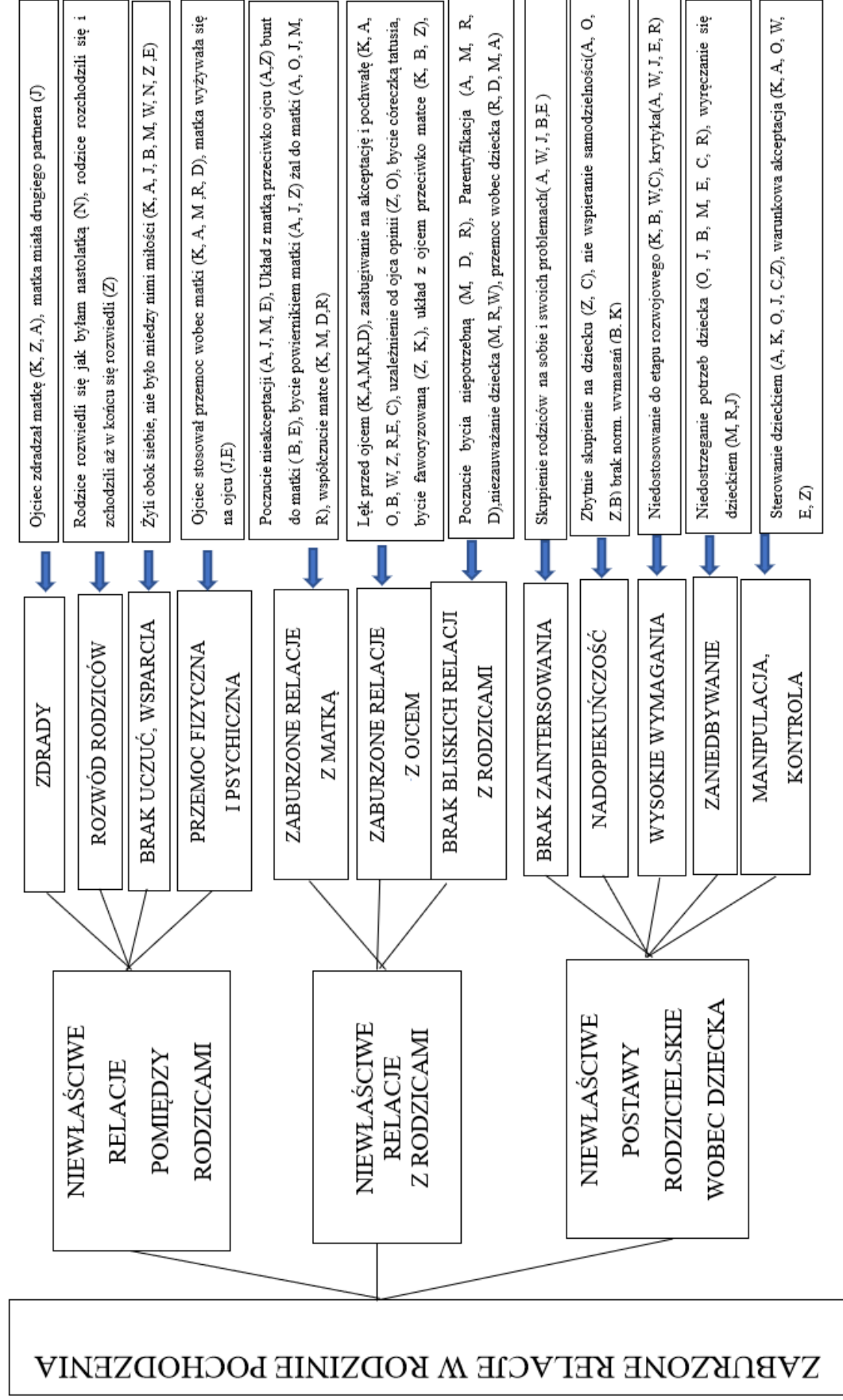
Właśnie ta postawa manipulacji wewnętrznej, której doświadczyły badane kobiety w relacjach z rodzicami, zwłaszcza ojcem, mogła przyczynić się do problemów uzależnionych u tych kobiet w dalszym ich życiu.

Inną postawą obecną w rodzinach Narratorek była postawa bardzo wysokich wymagań i oczekiwań wobec dziecka i bardzo duża dominacja ojca. W tych rodzinach obecne było stosowanie kar fizycznych i sztywny przymus w wypełnianiu obowiązków. Stosowanie dużego rygoru wychowawczego opisuje Agata. *Ojciec stosował kary i inne ostre metody jak bicie, klęczenie w kącie, wymyślał też różne formy w domu na przykład wzajemne karanie się i wymierzanie kar.*

Kluczem rozwoju jest motywacja wewnętrzna, wyrażająca się w formie dążenia do podejmowania aktywności nie ze względu na konkretny cel rozpatrywany np. w kategoriach nagrody czy kary, ale ze względu na doświadczaną przez podmiot działania satysfakcję z samego działania, kompetencję i autonomię w tym działaniu.

Niewłaściwe postawy rodzicielskie występujące w wychowaniu córek były przeciwne wsparciu autonomii. W opisanych narracjach uwidacznia się, że potrzeba autonomii i relacji nie była zaspokojona w dzieciństwie Narratorek przez najbliższe im osoby.

Kontekst zaburzeń w relacjach w rodzinie pochodzenia ukazany jest na Rysunku nr 1.



Rys.1 Kody, subkategorie i kategorie tworzące kontekst zaburzonych relacji w rodzinie pochodzenia u Narratorak. *Źródło:* opracowanie własne.

5.2. Kontekst braku wsparcia autonomii w rodzinie

Wsparcie autonomii wskazywane się jako istotny czynnik optymalnego i integralnego rozwoju (Jahoda 1958, Piaget 1971, Sokol, Grouzet, Muller 2013, Ryan Deci 2000).

Zdolność do autonomii i zintegrowanej regulacji zachowania wskazuje się jako ważny czynnik rozwojowy a wsparcie dziecka w tym obszarze jawi się jako centralny aspekt optymalnego rodzicielstwa (Grolnick 2002, Hmel, Pincus 2002). Bycie rodzicem wspierającym autonomię oznacza, że rodzice wspierają samostanowienie i samokontrolę dziecka (Ryan, Deci 2000).

W analizie procesów biograficznych w obszarze rodziny pochodzenia uwidoczniła się w biografiami uzależnionych kobiet brak wsparcia autonomii dziecka przez rodziców.

W postawach rodzicielskich wspierających autonomię niezbędne jest zaangażowanie. Odnosi się ono do poświęcenia przez rodzica uwagi i troski dziecku, co buduje relacje i więź zwłaszcza w momentach gdy dziecko staje przed wyzwaniami rozwojowymi (Grolnick, Ryan 1989). W rodzinach Narratorek brak było świadomego zaangażowania rodziców w proces wspierania autonomii dziecka.

Różne były przyczyny tego braku zaangażowania we wsparcie autonomii dziecka, o których mówią Narratorki w swoich narracjach.

Najczęściej pojawia się problem uzależnienia od alkoholu jednego z rodziców. Nadużywanie alkoholu przez rodzica wywoływało negatywne skutki w funkcjonowaniu wszystkich członków rodziny. W niektórych narracjach kobiety przedstawiły agresywne zachowania ojca. W relacjach z ojcem przeważał lęk, obawa, niepewność co do reakcji ojca. *Trudno było mieć dobrą relację w tej sytuacji, raczej było to unikanie kontaktu* (Agata). W skrajnych przypadkach Narratorki były świadkami a także ofiarami agresji pijanego ojca co było negatywnym doświadczeniem krzywdy od osoby, która powinna troszczyć się o dziecko. Innym rodzajem problemu uzależnienie rodzica było jego izolowanie się we własnym świecie oraz brak zaangażowania w życie rodzinne oraz wychowanie dziecka. W tych przypadkach całkowitą kontrolą obowiązków przejmowała matka. W relacjach Narratorek, które doświadczyły takiej sytuacji uwidaczniają się trudności w relacji z tak funkcjonującą matką i traktowanie jej często jako wroga.

Rodzice zajęci byli w opisanych wyżej sytuacjach minimalizowaniem wpływu uzależnienia ojca na funkcjonowanie własne, jako żony i rodziny. Rodzina z problemem alkoholowym funkcjonuje w sposób taki, że potrzeby dzieci nie są zaspokajane i zauważane a wszystko podporządkowane jest rozwiązywaniu bieżących problemów i przetrwanie jako rodziny. Więzy dzieci, w rodzinach uwikłanych w problem alkoholowy są podsycane poczuciem

wewnętrznego konfliktu i lojalności powodując w ten sposób zwiększoną emocjonalność i zaabsorbowanie sobą, co może zakłócić ich zdolność do empatycznego reagowania na innych w dalszym życiu (Kanat-Maymon, Assor 2010).

Ryan i Connell (1989) sugerują, że osobowość antyspołeczna, zorientowana na czynności służące samemu sobie, manipulowaniu i hedonizm, ma swoje korzenie, po części w zimnym, niespójnym i kontrolującym środowisku rodzinnym.

Wsparcie autonomii, według badaczy polega na minimalnej kontroli w celu wspierania odpowiednich zachowań i wymagań, zamiast nadmiernej presji. Ważne jest dostarczanie znaczącego uzasadnienia dla zasad i ograniczeń, aby tam gdzie jest to możliwe zakotwiczyć zinternalizowaną motywację (Ryan, Deci, 2005).

Ważnym w zaspokojeniu potrzeby autonomii jest odpowiednie wyważenie kontroli w wychowaniu dziecka. W historiach biografii badanych kobiet pojawił się problem stosowania przez rodziców obu lub jednego z nich wysokiego poziomu kontroli poprzez stosowanie kar, wymuszanie posłuszeństwa oraz groźby. W wielu sytuacjach rodzinnych postawiony był bardzo silny nacisk na posłuszeństwo a Narratorki doświadczały presji i przymusu ze strony jednego rodzica lub obu. Brak było poszanowania tempa rozwoju dziecka, nie dawano prawa do własnych decyzji oraz błędów.

Innym problemem występujących w rodzinach była manipulacyjna postawa w stosunku do dziecka, która oparta również była na wysokiej kontroli oraz oczekiwaniach i sterowaniu dzieckiem. Było to jednak prowadzone w sposób bardziej wewnętrzny, mniej dostrzegalny na zewnątrz i przybierało postać warunkowej akceptacji dziecka. Wydaje się, że poczucie bliskości z bardzo kontrolującymi rodzicami może być szkodliwe dla osobistego i społecznego dobrostanu rozwijającego się dziecka. Wynika to z braku zaspokojenie psychologicznych potrzeb tych dzieci w zakresie autonomii i bliskości. Dzieci czują się tak jakby nie miały innego wyboru jak tylko połączyć się z rodzicami spełniając ich żądania.

Dodatkową trudnością występującą w relacjach rodzinnych u Narratorek był system wartości przedstawiony przez rodziców a bazujący na wartościach materialnych dotyczących prestiżu społecznego i gromadzenia pieniędzy. Wartości te przekazywane były jako dające szczęścia i zadowolenie w życiu i przekazywane były często w sposób manipulujący. W takich sytuacjach pojawiał się bunt wobec postaw rodzicielskich i ich ambicji. Te postawy, w zależności od narracji kobiety odrzucały już w nastoletnim życiu. W innym przypadku, w części swojego życia były temu posłuszne jednak później odczuwały gniew i niezadowolenie, że rodzice narzucali im zdanie i decydowali o ich życiu, co spowodowało ich życiowe zagubienie

i niedojrzałość do podejmowanie odpowiedzialności za własne działania. *Teraz to powoduje również to nie wiem kim jestem i czym w życiu się kierować (Blanka).*

Rodzice Narratorek biorących udział w badaniu bardzo często stosowali kontrolę jako metodę wychowawczą. Pierwszy typem tych oddziaływań było stosowanie kontroli za pomocą zewnętrznych metod to znaczy nagród i kar. Takie działania podejmowali ojcowie Narratorek Agaty, Ruty czy Danuty. Drugim rodzajem kontrolujących praktyk rodzicielskich są praktyki kontroli wewnętrznej, psychologicznej (Steinberg 2005). To częsty typ kontroli opisywanej przez Narratorki polegający na presji i manipulacji w celu wywołania u dziecka pozytywnych lub negatywnych uczuć związanych z samym sobą a uzależnionych od zgodności z celami i oczekiwaniami rodziców. Negatywny wpływ na rozwój autonomii dziecka w tym przypadku związany jest z warunkową akceptacją i uznaniem. Ten typ kontrolowania jest bardziej subtelny ale w efekcie ma szkodliwy wpływ na funkcjonowanie dziecka w przyszłości w aspekcie autonomii. Narratorki doświadczały w swoich rodzinach pochodzenia sztywno wymuszonej samokontroli.

Niewłaściwa kontrola stosowana przez rodziców zaburzyła rozwój motywacji wewnętrznej u uzależnionych kobiet. *Sama nie umiem podjąć żadnej decyzji, wszystkich się 50 razy pytam. Nie wiem czy zrobię dobrze a chciałabym (Zofia).*

Wsparcie autonomii wymaga poszanowania tempa rozwoju dzieci nie wywieraniem presji dawanie możliwości wyboru i głosu kiedy to tylko jest możliwe. Jest przeciwieństwem stosowania gróźb i kar które zaburzają relację i rozwój autonomii (Grolnick 2002).

W rodzinach Narratorek stosowane były groźby i kary w celu wymuszenia posłuszeństwa.

Wspomina o tym Agata. *Kary były u nas normalnością, ojciec często je stosował.*

Rodzice Narratorek, którzy wyrażali warunkowy szacunek i uznanie przeciwstawiali sobie potrzeby dzieci w zakresie relacji bliskości i autonomii. Dawali oni do zrozumienia, że żeby zdobyć uznanie i miłość Narratorki muszą zrezygnować ze swojej autonomii. Aby utrzymać pozytywną więź dzieci muszą się podporządkować rodzicielskim wymaganiom niezależnie od rozwijających się własnych zainteresowań lub wartości. *Zawsze wiedziałam, że muszę jakaś być żeby zasłużyć na miłość ojca (Zofia). Czulałam, że matka nie będzie mnie akceptować, gdy będę myśleć po swojemu (Justyna).*

Narratorki doświadczają też braku akceptacji nawet podporządkowując się wymaganiom. Nie czują się akceptowane za to kim są i jakie są ale za to czy spełniają wymagania rodziców. *Co bym nie robiła, to matka i tak nie była ze mnie zadowolona (Agata).*

Wsparcie autonomii nie oznacza promowania niezależności (Soens i in. 2007). Badania wykazały że nastolatki, które postrzegały rodziców jako pozwalających na dobrowolną

zależność lepiej funkcjonowały psychospołecznie niż te które odczuwały presję rodziców w kierunku niezależności lub zależności (Soenes, Vansteenkiste, Sierens 2009). W niektórych opowieściach biograficznych pojawiają się opisy ojców, którzy promowali niezależność córek. Było to jednak zachowania pozornie wspierające autonomię. Wynikające z niewłaściwego rozumienia relacji z córką i braku rozumienia roli ojca jako autorytetu. Wyrażają to słowa Blanki. *Mój ojciec chciał być kumplem moim, że się zna na wszystkim i też miał problemy. Długo bagatelizował mój problem brania i towarzystwa. Mówił, że sam kupi mi dragi jak zdam.*

Kontrolujący rodzice zamiast przyjąć perspektywę córek rzutowali własne życzenia i standardy na dzieci, popychając je na siłę w pożądanym przez siebie kierunku.

Innym elementem, który miał związek z brakiem zaspokojenia potrzeby autonomii w rodzinie była niestabilna struktura rodziny, która wynikała z niewłaściwych relacji między rodzicami.

Narratorki wskazywały w narracjach, że nie rozumiejąc tego co dzieje się w rodzinie przyjmowały na siebie odpowiedzialność za naprawę rodziny. Było to w przypadku Agaty, która stwierdza, że *nigdy nie umiała nazwać tego, co dzieje się w jej rodzinie, zawsze czułam się winna*. Narratorki wskazywały w swojej biografii, iż *starły się nie sprawić problemów rodzicom którzy i tak mieli ich dużo i wykonywać wszystkie oczekiwania, jak najlepiej się uczyć jednak nie udało im się uzyskać poprawy funkcjonowania rodziny* (Zofia).

Stabilna struktura rodzinna jest swoistym rusztowaniem na których mogą wspinać się dzieci i rozwijać się samostanowienie. Ważne jest tutaj przekazywanie spójnych i jasnych oczekiwań, udzielanie wskazówek i informacji zwrotnych gdy dzieci angażują się w działania. Struktura rodzicielska wpływa na rozumienie przez dzieci źródeł oddziaływań rodzicielskich w ich życiu zwiększając poczucie przewidywalności, kompetencji i skuteczności.

Jak twierdzą teoretycy teorii samostanowienia, aby zaspokojona została potrzeba autonomii potrzebna jest bezwarunkowa akceptacja i szacunek do wartości dziecka takiego jakie jest. Istotne jest także wsparcie i empatia oraz dowartościowanie i dostrzeganie tych elementów wewnętrznych i zasobów jakie dziecko posiada. Taka postawa rodziców wobec dziecka nie uwidoczniła się w żadnej biograficznej narracji kobiet uzależnionych od alkoholu biorących udział w badaniu. Ta warunkowa akceptacja z skierowana była na spełnianie wymagań i oczekiwań rodziców i realizowanie ich planów i wartości.

Narratorki w badaniu opisywały, że doświadczyły braku bezwarunkowej akceptacji i szacunku. Wyraziła to Małgorzata w słowach: *zawsze czułam się nieważna*.

Jak widać w narracjach, w dalszym życiu badanych kobiet nie rozwinęła się u nich dojrzała regulacja emocjonalna. Już w dzieciństwie jak zaznaczają kobiety nie radziły sobie

one emocjonalnie z sytuacją w domu rodzinnym oraz z postawami, które wobec nich wyrażali rodzice.

W rodzinach Narratorek nie dawano też przestrzeni na wyrażanie siebie, brak było rozmów i odpowiedniej komunikacji. Zwłaszcza nieobecne były rozmowy dotyczące uczuć i przeżyć a także brak było mówienia o trudnych emocjach, jak je rozumieć i jak sobie z nimi radzić. Brakowało też głębszych rozmów o tym co przeżywa dziecko. W niektórych rodzinach występowała obojętność i zaniechywanie potrzeb dziecka. Dotyczyło to zarówno potrzeb podstawowych, bytowych ale również wyższych, emocjonalnych i psychicznych. Narratorki wspominają, że rodzice nie okazywali im ani sobie nawzajem uczuć. Kobiety nie nauczyły się rozumienia tego co przeżywają, co się z nimi dzieje kiedy doświadczają problemów. Ze strony rodziców brak było modelowania i dobrego przykładu dojrzałości emocjonalnej.

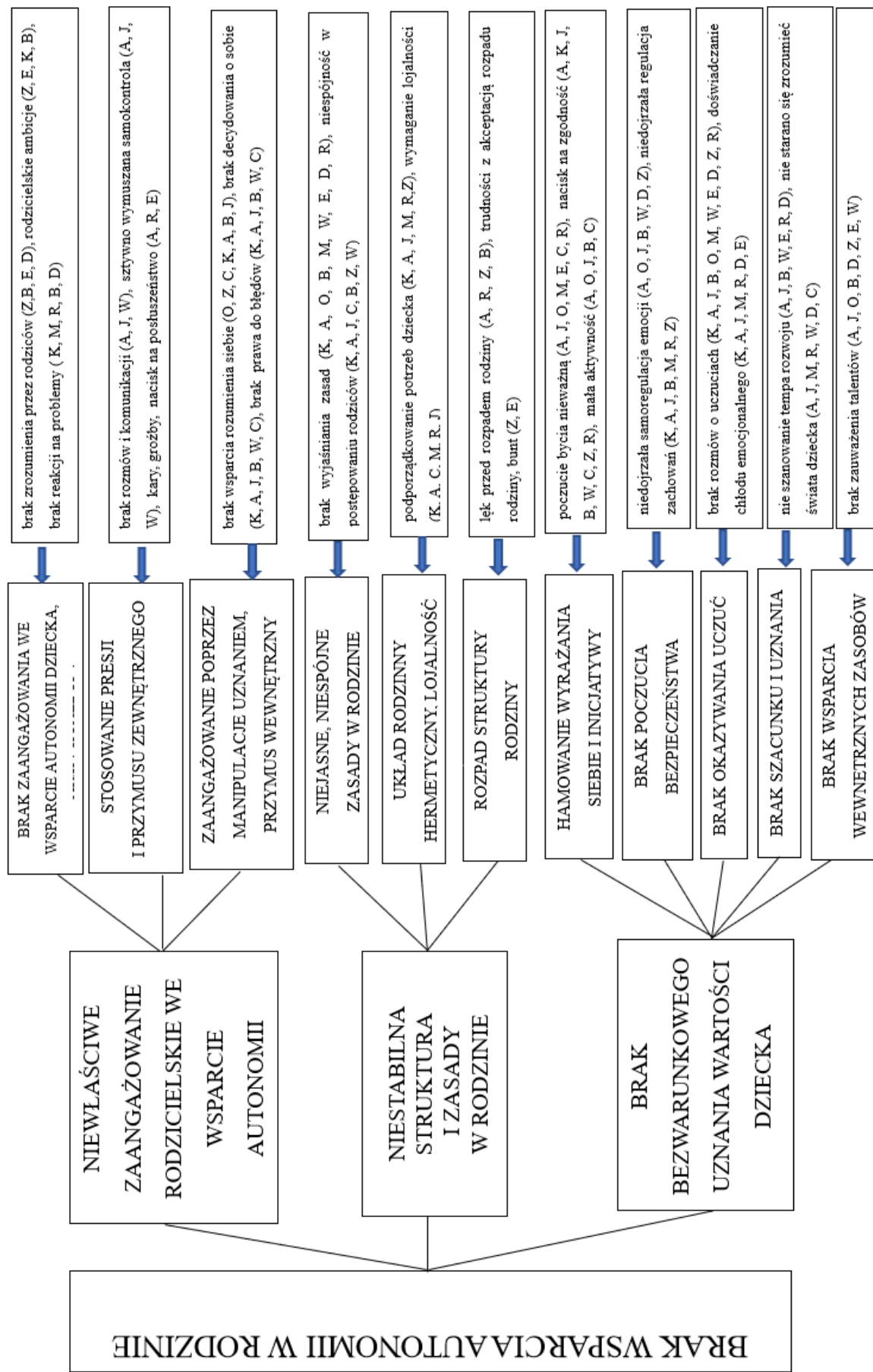
Rodzice wspierający rozwój dziecka stosują szereg elementów w relacjach interpersonalnych, które zwiększają doświadczenie autonomii u dziecka. To wsparcie autonomii opiera się na zaangażowaniu rodziców starających się uznać i zrozumieć perspektywę dziecka. Kluczowe znaczenie ma autentyczna ciekawość ze strony rodzica, który jest szczerze zainteresowany tym, co dzieje się z dzieckiem. Może wtedy reagować na wszelkie istotne kwestie i problemy. W rodzinach Narratorek rodzice nie stosowali takich interakcji.

Problemem przedstawionym w narracjach a związanym z brakiem wsparcia autonomii był brak poczucia bezpieczeństwa, który przeżywały Narratorki. Z powodu licznych problemów dzieci były na dalszym planie a w domu rodzice nie zważali na to, aby przekazywane problemy dostosować do rozumienia dziecka. Nie chroniono dzieci przed konsekwencjami kłótni i awantur oraz negatywnych emocji w domu.

Relacje wspierające autonomię wspierają integracyjne funkcje Ja, które pozwalają na większą wewnętrzną spójność psychiczną i skuteczniejszą regulację zachowań. Jak wskazuje teoria autodeterminacji bardzo ważne jest wsparcie autonomii dziecka wyrażone przez rodziców. Rodzicielskie wsparcie autonomii przygotowuje grunt pod rozwój dojrzałej samoregulacji. Zdolność regulacji emocjonalnej i regulacji zachowania. W postawach wychowawczych rodziców Narratorek brak było aktywnego wsparcia autonomii i zaangażowania aby zaspokoić potrzebę autonomii u dziecka.

Występowały postawy, które charakteryzowały się brakiem zrozumienia dziecka i jego świata a także odpowiedniego pochylenia się nad tym co dziecko przeżywa. W przedstawionych narracjach brak było stymulowania inicjatywy dziecka a zastąpione ono było własnymi oczekiwaniami co do jego funkcjonowania.

Kontekst braku wsparcia autonomii w rodzinie ukazany jest na Rysunku nr 2.



Rys. 2. Kody, subkategorie i kategorie tworzące kontekst braku wsparcia autonomii w rodzinie Narratorek. Źródło: opracowanie własne.

5.3. Kontekst poczucia własnej wartości

Autonomia jako autodeterminacja jest rozpatrywana w dwóch wymiarach. Jednym z nich jest wymiar samoświadomości a drugim postrzeganie wyboru. Te dwa wymiary odzwierciedlają to, co autorzy teorii autodeterminacji podają jako rdzeń ich konstruktów: znajomość i akceptację siebie, swojego Ja. Samoświadomość przejawia się w akceptacji swojego ciała, emocji, bycia taką, a nie inną osobą oraz postrzeganie podejmowanych decyzji jako własnych, chcianych postanowień. Takie rozumienie autonomii odnosi się do procesów wolicjonalnych, poglądów i odczuć (Ryan, Deci, 2000).

Dzięki zaangażowaniu i towarzyszącemu wsparciu autonomii dzieci nabywają większego poczucia kompetencji i lepiej funkcjonują emocjonalnie a także społecznie. Rodzice mogą uzależnić swoje zaangażowanie i poświęcenie czasu dla dziecka od posłusznego zachowania ale takie warunkowe traktowanie i manipulowania zaangażowaniem wiąże się z negatywnymi skutkami dla poczucia siły samoakceptacji u dziecka.

Analizując narracje biograficzne badanych kobiet pojawia się obraz problemów Narratorek w obszarze jakim poczucie własnej wartości. Kobiety przedstawiają to zarówno w swoich narracjach jak i w odpowiedzi na pytanie zadane wprost dotyczące ich oceny tego jak widzą akceptację siebie. Kobiety uzależnione odpowiadając na pytanie wszystkie stwierdziły, że mają niskie poczucie własnej wartości. W jednej narracji Katarzyny pojawiła się inna odpowiedź. *Ja z jednej strony mam wysokie mniemanie o sobie ale z drugiej widzę, że nie jest ze mną dobrze.* Narratorka bardzo wini siebie, za to co zniszczyła w sobie pić. Przykładem charakterystycznym myślenia o sobie jest wypowiedź Wioli. *Nawet nie wiem co to znaczy mieć poczucie wartości na zajęciach jak trzeba było wymienić jakąś dobrą cechę to nie umiałam wymienić żadnej.* Wypowiedź Agaty wskazuje na ten sam problem. *Staram się nie myśleć o sobie źle ale na pewno poczucia wartości nie mam, na to też wpłynęła moja rodzina.*

W wielu wypowiedziach widać niepewność Narratorek co do oceny samej siebie i swojej wartości. W narracjach dominuje poczucie wstydu i niezadowolenia z siebie. Jest to również związane z uświadomieniem sobie na terapii wszystkich konsekwencji swoich czynów dokonywanych pod wpływem alkoholu. Uświadomienie ich sobie na trzeźwo bardzo mocno obniża poczucie własnej wartości u Narratorek.

Negatywne myślenie o sobie potęgowane jest w niektórych narracjach faktem bardzo poważnych i trudnych wydarzeń związanych ze skrzywdzeniem innych najczęściej najbliższych osób. Takimi faktami obecnymi w narracjach jest jazda samochodem pod wpływem alkoholu i spowodowanie wypadku napad na aptekę i wyrok z odsunięciem z pracy pedagogicznej,

pobytem w szpitalu psychiatrycznym po utracie kontroli nad sobą w pracy, zrobienie krzywdy pacjentowi poprzez złą diagnozę, krzyżowaniem na dzieci czy też uderzeniem dziecka pod wpływem alkoholu, kradzież wina przeznaczonego do obrzędów liturgicznych.

Te wydarzenia, których doświadczyło większość z badanych kobiet oceniane są przez nie bardzo negatywnie, przynosząc poczucie wstydu i piętnowanie przez innych. Kobiety stając twarzą w twarz z wydarzeniami ze swojej przeszłości mają trudność w przebaczeniu sobie i zbudowaniu dobrego obrazu samej siebie. Do tego, że myślą o sobie w sposób negatywny przyczyniło się na pewno rozwój uzależnienia oraz uświadomienie sobie podczas pobytu w ośrodku tego jak alkohol wpłynął na nich, jak je niekorzystnie zmienił oraz jakie ich picie spowodowało szkody i straty w ich życiu. Negatywna ocena siebie związana jest u niektórych Narratorek z pobytem w ośrodku terapii uzależnień, za co często kobiety obwiniają siebie stwierdzając, że już sam fakt że muszą się leczyć nie jest powodem do dumy. *To że piłam bardzo mnie zmieniło kiedyś miałam jakieś dobre cechy dobrze się uczyłam czy coś takiego ale obecnie to myślę że naprawdę jestem słaba i nic nie warta (Wiola).*

Widać jednak w relacjach biograficznych, że starają się pracować nad odbudową poczucia własnej wartości w oparciu o głębsze fundamenty jakimi są wartości duchowe. Fundamentalną sprawą jest przyjęcie faktu, iż alkoholizm jest chorobą, która zmienia człowieka i wpływa negatywnie niszcząc kobietę w każdej sferze zarówno fizycznej, psychicznej jak i duchowej. Przyjęcie tej prawdy daje uzależnionym kobietom szansę na rozliczenie się z własnymi błędami przeszłości i odbudowania pozytywnej samooceny. Nadzieją, której doświadczyły niektóre z respondentek jest droga duchowa. *Przyjęcia przebaczenia od Boga i odnalezienia poczucia własnej wartości jako jego umiłowane dziecko (Małgorzata).*

Na niskie poczucie własnej wartości i pewności siebie wpłynęły jak twierdzą Narratorki doświadczenia z dzieciństwa. Należą do nich brak akceptacji i docenienia ze strony rodziców, brak zainteresowania, brak zaangażowania wychowawczego, brak empatii ze strony rodziców oraz warunkowa akceptacja. O takich sytuacjach wspomina kilka Narratorek. *Ojciec mnie wyzywał mówił że jestem głupia do niczego się nie nadaje nic w życiu nie osiągnę (Danuta).*

Kolejną sytuacją osłabiającą kobiety, jak wynika z ich narracji, w budowaniu pozytywnego obrazu samej siebie były nadużycia seksualna oraz przemoc, której doświadczyły w stosunku do siebie. Analiza skutków tych traum zostanie szerzej przedstawiona w dalszej części rozprawy gdyż wydaje się na tyle ważnym uwarunkowaniem autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych, że zostanie poświęcona temu większa część rozważań. W tym miejscu należy jednak stwierdzić, że te doświadczenia miały niszczący wpływ na obraz siebie oraz poczucie własnej wartości u Narratorek, w których biografiami wystąpiły takie wydarzenia. Już w

dzieciństwie zostały skrzywdzona przez bliskie osoby, co spowodowało złe myślenie o sobie i poczucie winy. Kobiety te wchodziły w dorosłość z przeświadczeniem że są winne, złe i bezwartościowe.

W narracjach uzależnionych kobiet uwidoczni się związek problemu nieakceptacji siebie i trudności w adekwatnej samoocenie z wystąpieniem u niektórych Narratorek już u początku wieku dorastania zaburzeń odżywiania. Występuje u nich zarówno bulimia czyli jak i anoreksja. Narratorki te wspominają w swojej opowieści o tym, że nie akceptowały i do dzisiaj nie akceptują swojego ciała, swojego wyglądu próbując od młodości zmieniać się, odchudzać i być inna niż są w sferze fizycznej. Obecnie u tych Narratorek występuje utrwalony nawyk radzenia sobie z trudnymi emocjami poprzez regulacje jedzeniem czy też karanie i nagradzanie siebie poprzez jedzenie. Wspomina o tym Blanka. *Nie mogłam na siebie patrzeć jak zaczęłam dorastać, to całkowicie zmienił mi się obraz siebie nic mi się nie podobało.* Trudności te rozwijały się w dalszym życiu Narratorek mimo podejmowania wspartego przez rodziców spotkań z psychologami i różnego rodzaju terapii. *Od młodości chodziłam do psychologów rodzice mnie tam prowadzili ale nie chciałam przestać się odchudzać było to dla mnie ważne i dawało mi bardzo dużo ulgi i poczucia kontroli (Zofia).*

Innym przejawem nieakceptacji siebie było też samookaleczanie się, o którym wspominają Narratorki Małgorzata i Blanka. *To z jednej strony przynosiło ulgę ale z drugiej bardzo siebie nienawidziłam.* Narratorki w swoich opowiadaniach wskazują, że ich obraz siebie zmieniał się po okresie dorastania ale ich poczucie własnej wartości nie było nadal ugruntowane. Często szukały akceptacji i dowartościowania w relacjach z mężczyznami, zwłaszcza kiedy dostrzegły że robią na nich wrażenie jako kobiety i że dawało im takie zachowanie poczucie wartości przynajmniej w sferze seksualnej. Oparty na wyglądzie i dbaniu o siebie model idealnej kobiety wyniosły one często z domu rodzinnego, patrząc na swoje matki.

W narracjach uwidoczni się niskie poczucie sprawstwa oraz poczucia braku wpływu na własne życie i działanie. Ten odczucie osłabienia wywołany jest głównie rozwiniętym uzależnieniem od alkoholu. *Poprzez pobyt w Ośrodku dotarło do mnie jak bardzo życie wymknęło mi się spod kontroli a alkohol przejął całkowicie kierownictwo w życiu.* Wspomina o tym Ruta.

Trudności w dostrzeżeniu własnej wartości związane są u badanych kobiet z informacjami, które otrzymywały od bliskich na swój temat. Były to często bolesne informacje mające sprawić aby zobaczyły swój problem i rozpoczęły leczenie. Zdarzało się w życiu kobiet uzależnionych że dorosłe dzieci czy też mąż przekazywały im bardzo negatywne informacje na temat ich postępowania. *To jest dla mnie bardzo bolesne i trudna do zrozumienia jak wspomnę*

sobie jak mój mąż przy dzieciach poniżał mnie jak byłem pijana mówił im zobaczcie jaką macie matkę jaka jest beznadziejna i jak was krzywdzi. Wiem że mówił to bo był bezradny i zły na mnie i chciał abym coś zmieniła ale straszne to jest dla mnie wspomnienie (Wiola).

W narracjach przedstawionych przez uzależnione kobiety charakterystyczny jest obraz niestabilnej samooceny u respondentek. Jest to związane z niestałą i warunkową akceptacją, której doświadczały w relacji z bliskimi. Kobiety te otrzymywały pochwały i nagrody a często były zauważane tylko wtedy gdy spełniły wymagania dorosłych i osiągnęły sukces w obszarach, które dla bliskich były ważne. Również kobiety te starały się osiągnąć cele i wartości na które ukierunkowywania ich rodzice i które zdaniem rodziców gwarantowały dobre życie i zadowolenie z siebie. Jednak takie podstawy poczucia własnej wartości okazały się w życiu Narratorek nietrwałe. Poza tym, w ich obecnym życiu dotkniętym uzależnieniem i jego destrukcyjnymi skutkami, bardzo trudno im dostrzec te sukcesy a w realizacji celów mają doświadczenie, że odniosły porażkę.

Niektóre z kobiet, tak jak Katarzyna próbują dalej utrzymać swój pozytywny obraz siebie oparty na sukcesie zawodowym nie dostrzegając strat w swoim obecnym życiu. Występuje tutaj trudność uznania swojej choroby jaką jest uzależnienie, aby nie stracić resztek dobrego myślenia o sobie. Wskazuje to jednak na niskie poczucie własnej wartości i brak oparcia o głębsze, wewnętrzne czynniki ją kształtujące. Opisywana niestabilna samoocena często jest również ma również wymiar nieadekwatnego i życzeniowego myślenia o sobie.

Innym problemem, który przedstawiają kobiety w swoich opowieściach biograficznych jest szukanie akceptacji i poczucia własnej wartości u innych osób zwłaszcza bliskich i uzależnianie od ich opinii w myśleniu o sobie. Taką opinię wyraża Zofia. *Teraz widzę jak jestem i że całe życie byłem uzależniona od opinii innych i w nich szukałam za wszelką cenę uznania.*

Osobą z której zdaniem na swój temat narratorki bardzo się liczą jest często ojciec. Niestety w wielu przypadkach ojcowie uzależnionych kobiet nie wyrażali w stosunku do nich bezwarunkowej akceptacji i uznania. Podczas rozwoju uzależnienia ojcowie przekazywali Narratorkom pod wpływem bólu i emocji bardzo zła przekazy słowne, próbując niejako wycofać swoją miłość i zaangażowanie aby zmusić je do zmiany. Ojcowie również bardzo mieli duże trudności z akceptacją choroby jaką jest uzależnienie u swoich córek. Wyrażają to Narratorki w swoich opowieściach. *Jak ojciec dowiedział się co robię o mężczyznach jak zarabiam ile piję, stwierdził jedno nie mam już córki to jest jego postawa do dzisiaj mimo, że próbuję się zmienić (Ola); Mój ojciec najpierw nie chciał przyjechać na spotkanie rodzin do Ośrodka potem przyjechał ale w ogóle ze mną nie rozmawiał, dał mi do zrozumienia że nie chce mnie widzieć ani znać (Ewelina).*

W życiu niektórych kobiet biorących udział w badaniu pojawiły się inne osoby znaczące takie jak mąż, partner, którym dawały bardzo duże miejsca w swoim życiu i z którymi opiniami o samych sobie bardzo się liczyły. Były to niestety najczęściej negatywne informacje otrzymywane na swój temat od tych osób, co było związane z pićciem i rozwojem uzależnienia. Bliskie osoby chciały często swoim negatywnym podejściem wstrząsnąć przez te negatywne słowa pijącymi kobietami. Wyjątkiem jest tutaj sytuacja Małgorzaty, gdzie osoby z pracy a zwłaszcza szefowa udzieliły jej bardzo dużej pomocy w wyjściu z problemów nałogowego picia. *Szefowa poprzez rozmowę pokazała mi jak duże mam problemy z alkoholem, zainteresowała się tym co przeżywam i co się ze mną dzieje i ukierunkowała na potrzebę leczenia.*(Małgorzata). Dla Małgorzaty, która nie doświadczyła zainteresowania ze strony bliskich postawa szefowej była bardzo znacząca dla odbudowania swojej wartości, podjęcia trudu przemiany swojego życia i wejścia na drogę trzeźwienia.

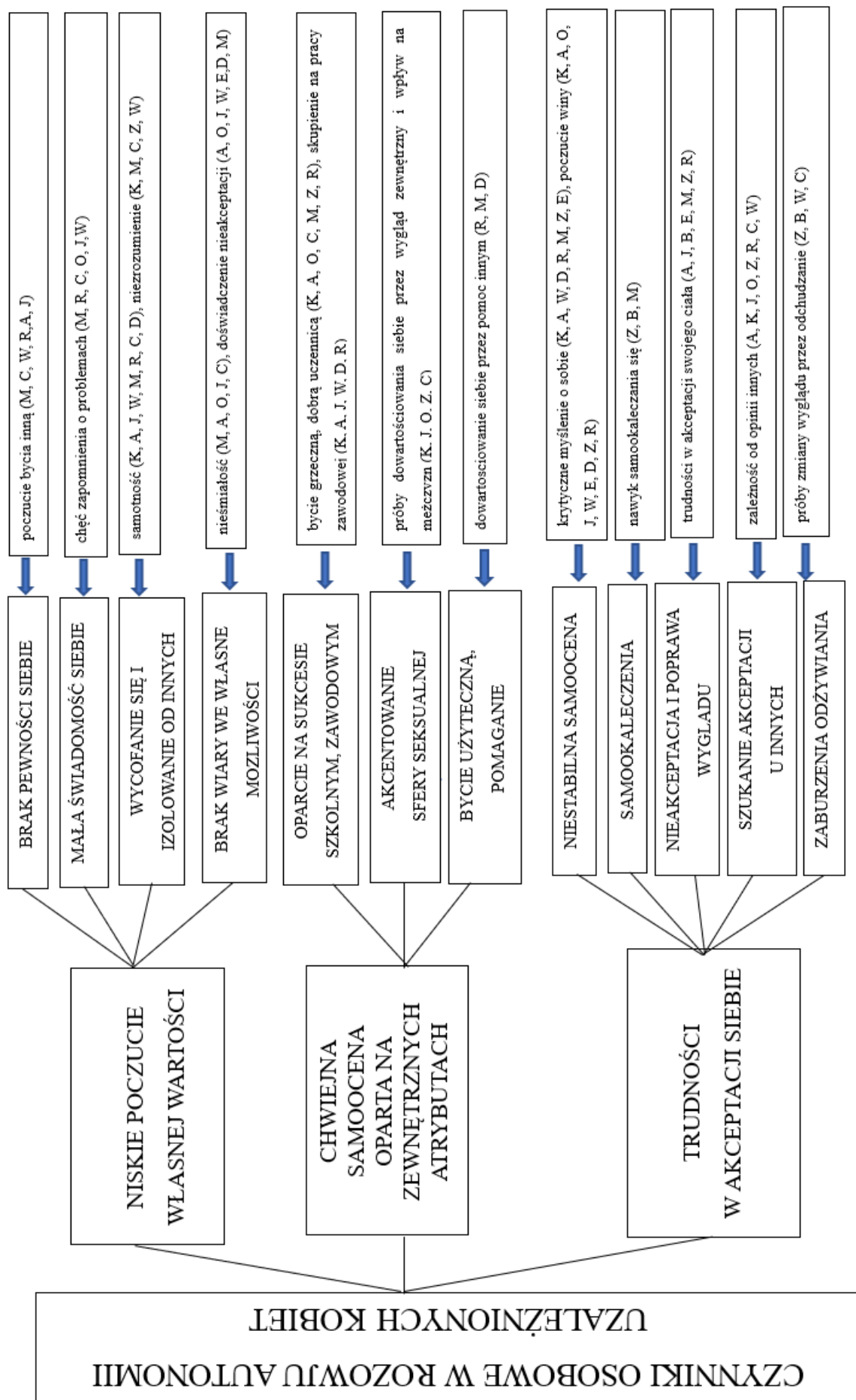
Obszarem budowania pozytywnego obrazu samej siebie i poczucia własnej wartości było dla niektórych Narratorek pomaganie i poświęcenie się dla innych oraz bycia dobrym. Miało to miejsce zarówno w przypadku Ruty, która wybrała drogę życia zakonnego a także Katarzyny i Justyny, które podjęły drogę bycia lekarzem i pomagania innym. Daje to Narratorkom podstawy do dobrego myślenia o osobie, poczucie wartości, że coś znaczą przez to, że pomagają innym. Jednak nie jest to też stabilna podstawa na co wskazują w swojej narracji. *Alkohol zniszczyły te dobre cechy a rozwój picia spowodował że nie byłam w stanie wykonywać dobrze swojej pracy (Justyna); Ja przekonałam się, że alkoholizm jako alkoholiczka jestem kompletną egoistką, myślę tylko o picciu a inni nie obchodzą mnie, nawet zła rzeczy byłam w stanie zrobić dzieciom, jak byłam na kacu, żeby były cicho (Ruta).*

Wszystkie obszary poczucia wartości i pewności siebie zostały obecnie zdaniem Narratorek bardzo nadszarpnięte lub zniszczone przez to nałóg alkoholowy. Dlatego też przeżywają kryzys w myśleniu o swojej wartości doświadczając załamania, poczucie wstydu i winy. *To stanowi też bardzo ważny element wiru w jaki wciągał mnie alkohol, uzależnienie, żeby zapomnieć i nie myśleć o tym jak jestem beznadziejna (Zofia).*

Teoretycy badań nad autonomią opisują, co się dzieje, gdy potrzeba autonomii jest niezaspokojona. Wskazują na brak zintegrowanego pozytywnego obrazu siebie, brak pozytywnej i adekwatnej samooceny oraz brak samostanowienia w oparciu o wewnętrzne czynniki.

Wymiary osobowe powiązane z autonomią dotyczą przede wszystkim tego jak kobiety uzależnione myślą o sobie, w jaki sposób siebie oceniają oraz jak wygląda ich obraz siebie oraz trudności w tym obszarze.

Kontekst czynników osobowych w rozwoju autonomii uzależnionych kobiet przedstawia Rysunek nr 3.



Rys. 3 Kody, subkategorie i kategorie tworzące kontekst czynników osobowych w rozwoju autonomii Narraterek. *Źródło:* opracowanie własne.

5.4. Kontekst systemu wartości

Autonomiczne funkcjonowania to takie, które jest zgodne z własnym wewnętrznym systemem wartości. Teoria autodeterminacji przedstawia człowieka jako jednostkę ukierunkowaną na rozwój, mającą naturalną tendencję do integracji procesów psychicznych w jednorodną tożsamość, w którą stopniowo włączane są wykonywane przez nią zadania oraz sposoby motywowania się do ich wykonywania. Innymi słowy, zgodnie z teorią autodeterminacji, zarówno rozwój motywacji wewnętrznej, jak i procesu internalizacji czyli przechodzenie od regulacji zewnętrznej w kierunku integracji są naturalnymi procesami rozwojowymi (Ryan, Deci, 2000).

U kobiet uzależnionych od alkoholu biorących udział w badaniach proces przechodzenia regulacji zewnętrznej w kierunku integracji wewnętrznej nie okazał się skuteczny. Kobiety w swoich narracjach przedstawiają siebie jako osoby zagubione w świecie wartości i mające trudność z określeniem czym mają kierować się w życiu.

U Narratorek, biorących udział w badaniu podczas wywiadu narracyjnego nie pojawiała się bezpośrednio refleksja dotycząca systemu wartości. Bardziej ten aspekt wyrażony został w piciorysach i dotyczył potrzeby zmiany, postawienia trzeźwienia i życia wolnego od nałogu jako najwyższą wartość. W przebiegu narracji oraz w opowiadanych wydarzeniach ujawniały się wartości które, przyświecały Narratorkom. Wszystkie kobiety biorące udział w badaniu miały jednak spore trudności z określeniem swojego systemu wartości. Wyraża to jedna z Narratorek. *Moje cele życiowe były nie jasne, często podejmowałam decyzje impulsywnie, poszukując chwilowej ulgi (Agata)*. Trudno im było w sposób świadomy i przemyślany określić wartości, którymi kierują się w życiu. *Mi jakoś trudno powiedzieć jaki miałam system wartości... na pewno jakiś miałam ale nie zastanawiałam się nad tym, nie myślałam że to ważne (Małgorzata)*.

W opowieściach biograficznych zaznacza się mała świadomość potrzeby wybranego i realizowanego przez siebie systemu wartości. Kobiety stwierdzały, że w tym obszarze panował w ich życiu chaos i miały trudność z przemyśleniami istotnych wartości w związku z nieustannymi trudnościami pojawiającymi się w ich życiu. Trudności te dotyczyły problemowych relacji z bliskimi oraz nieradzenia sobie z wyzwaniem dnia codziennego i rozwojem uzależnienia, a co za tym idzie, coraz częstszego sięgania po alkohol. *Nie myślałam zbyt często co jest w życiu ważne, o wartościach, które wybieram, tyle miałam problemów w domu i ze sobą no i z piciem że nie było jak zastanawiać się nad systemem wartości (Ola)*.

Trudności z wypracowaniem spójnego systemu wartości u Narratorek mogły być związane z niewłaściwym przykładem niespójnego systemu wartości przekazanego im przez rodziców w domu rodzinnym. Ta niespójność była związana z obserwowanymi w domu różnicami pomiędzy deklarowanymi przez dorosłych wartościami a ich realizacją. Miało to miejsce w rodzinach, w których bliscy byli uzależnieni od alkoholu i całkowicie inaczej zachowywali się w momentach trzeźwości a inaczej, gdy byli pijani. Podkreśla to jedna z badanych. *Tata jak nie pił nawet był mi bliski, nawet go lubiłam, gorzej jak był pijany... mówił wtedy przykre rzeczy (Justyna).*

Innym przykładem niespójności w wartościach przekazanych przez rodziców były zdrady małżeńskie w rodzinach respondentek. Trudnością było również niezrozumienie zasad i wartości panujących w rodzinie a co za tym idzie nieumiejętność zastosowania tych zasad w swoim życiu. Mówi o tym Zofia, w kontekście wartości wyższych i widać że przez zamęt panujący w tej sferze w domu rodzinnym miała trudności z wiarą i odniesieniem do Boga w dorosłym życiu. *Moi rodzice Odkąd pamiętam nie dogadywali się, praktycznie nie było między nimi żadnej relacji. jak rozmawiali, to jedynie o pieniądzach i nie były to przyjemne rozmowy. Niby jeździliśmy na wczasy, chodziliśmy razem do kościoła, na pozór byliśmy normalną rodziną, niczego nam nie brakowało, tata dużo pracował, praktycznie od rana do nocy. mama prowadziła swój biznes. ale w domu był syf, taka Moralność pani Dulskiej. Kiedy miałam 13 lat, odkryłam iż tata ma romans, wychodziły na jaw inne romanse taty, wiele spraw nie układało się po mojej myśli, doszłam do wniosku, że Boga nie ma. Od tamtej pory zaczęłam żyć wbrew każdemu z przykazań (Zofia).*

Występująca trauma relacyjna i krzywdy, których doznały narratorki całkowicie zaburzyły ich obraz bliskich osób i przekazywanych przez nich wartości. Ta sytuacja zachwiały internalizację wartości czyli uwewnętrznienie i zbudowanie na tej podbudowie swego systemu wartości. Spowodowane było to chaosem i dezorientacją, który przeżywały w świecie wartości oraz niespójnym przekazem otrzymanym od swoich bliskich. Fakt, że ci bliscy byli krzywdzicielami był istotny w nieprzyjmowaniu systemu wartości rodziców za własne. Wydarzenia traumatyczne, które występowały wywoływały załamanie dotychczasowego świata wartości, który dla dziecka był ważny. Samotność, brak wsparcia wywoływały z jednej strony bunt z drugiej strony obojętność a najbardziej chęć oderwania się od domu i bliskich i poszukiwania życia według własnych zasad jednak bliżej nieokreślonych. *Brak akceptacji ze strony rodziny pogłębił moje wątpliwości co do siebie samej, co sprawiło, że zaczęłam wybierać wartości zewnętrzne, próbując dostosować się do oczekiwań innych, a w efekcie traciłam autonomię i niezależność (Agata).*

Brak norm i zasad oraz spójnego systemu wartości przekazanego z domu powodował u Narratorek kierowanie się zasadami, które ich zdaniem były ogólnie przyjętymi w społeczeństwie. Miały one im przynieść szczęście i samorealizację. *Rodzice zawsze zwracali uwagę na wykształcenie, dobre stopnie, wzorowe zachowanie. W czasach podstawówki i gimnazjum, robiłam wszystko, by być najlepsza w klasie, a gdy nie byłam, moje poczucie wartości spadało, a ja czułam, że zawiodłam zarówno rodziców, jak i samą siebie. W liceum, gdy zaczęłam pić i ćpać, kompletnie przestało mieć to dla mnie znaczenie.*

Rodzice przedstawiali wyznawane przez siebie wartości wymagając od córek starania się o zdobycie tych celów. Na pierwszym miejscu w wielu rodzinach Narratorek była wartość wykształcenia i zdobycia wysoko cenionego społecznie zawodu, który dawałby wysoki status materialny. Ta wartość jest związana zapewne z tym, że wiele rodziców kobiet uzależnionych biorących udział w badaniu jest wykształconych o wysokim statusie materialnym. Choć w rodzinach biednych, z których pochodzi Narratorka Katarzyna też główną wartością, w której była wychowywana było zdobycie wysokiego wykształcenia i zostanie lekarzem. *W naszym przypadku było to związane z chęcią wyrwania się z biedy, co mocno motywowane było przez ojca oraz oczekiwania ode mnie, i że dziecko które się wykształci i zdobędzie coś w życiu będzie powodem dumy i zadowolenia i pochwalenia się w swoim środowisku (Katarzyna).*

Narratorki w wielu przypadkach przyjęły wartość wykształcenia i prestiżowego zawodu jako bardzo ważną w ich życiu i starały się realizować plany rodziców i oczekiwania. W niektórych przypadkach, tak jak u Blanki było to jedynie deklarowane wobec rodziców. *Rodzicom chyba najbardziej zależało na moim wykształceniu, wiedziałam o tym i trochę robiłam w tą stronę ale przez ćpanie niczego nie mogłam skończyć jak mówiłam że wrócę na studia to rodzice wszystko wybaczyli płacili długi akceptowali ćpunów partnerów byleby tylko były studia (Blanka).*

Kolejną wartością, która była bardzo istotna w rodzinach Narratorek, jak wynika z ich narracji, to pieniądze i związane z tym wartości materialne. Dotyczyło to zarówno rodzin zamożnych takich jak rodzina Agaty czy Wioli ale również rodzin ubogich z problemem uzależnienia takich jak rodzina Małgorzaty oraz Ruty. Wartości materialne w tych problemowych rodzinach były na tyle ważne dla pijących rodziców, że podporządkowali swoje dzieci tym celom, aby jak najszybciej zarabiały i przynosiły pieniądze do domu. Narratorki, które miały taką sytuację i taki przekaz częściowo tylko wybrały wartości materialne jako konstytuujące ich życie. Jeśli realizowały ten nakaz zarabiania i usamodzielniania się to zazwyczaj w kontekście pomocy swoim rodzicom. Natomiast same próbowały w swoim dorosłym życiu oprzeć się na wartościach głębszych, pozamaterialnych. W przypadku Ruty

było to szukanie służby Bogu i innym ludziom, w przypadku Małgorzaty ukończenie wieczorowo szkoły średniej aby móc pracować przy zwierzętach i realizować swoją pasję.

W systemie wartości, który próbowały realizowały kobiety po wyjściu z domu rodzinnego nie dominowały wartości materialne. W narracjach nie pojawia się obraz kobiet uzależnionych jako materialistek, skupionych tylko i wyłącznie na pieniądzu. Można stwierdzić, że kobiety poszukiwały wartości głębszych, jednak rozwój uzależnienia od alkoholu zniszczył w nich pragnienia zbudowania życia na głębszych fundamentach.

Bardzo istotną wartością dla wielu Narratorek były związki z mężczyznami a także w wielu przypadkach założenie rodziny i posiadanie dzieci. *Szukałam ciągle stabilności i akceptacji w relacjach z mężczyznami, często wpadając w toksyczne związki, gdzie był alkohol (Blanka).*

Wartość jaką wskazują Narratorki w odpowiedzi na pytania po wywiadzie narracyjnym to na pierwszym miejscu rodzina i dzieci. Mówienie o tej sferze jest dla kobiet uzależnionych bolesne, gdyż doświadczają najczęściej poczucia winy z powodu złego nie realizowania się w roli matki i żony oraz poczucie, że skrzywdziły bliskich poprzez swoje picie.

W swoich piciorysach wskazują jednak, że od pewnego momentu wartość rodziny została zastąpiona alkoholem, któremu podporządkowane były ich działania. Narratorki wskazują bardzo wyraźnie, że ta wartość rodziny i dzieci w ich życiu była bardziej deklaracyjna niż realna. Obecnie chciałyby odbudować relacje rodzinne a także pokazać i udowodnić dzieciom że, są dla nich ważne. Jednak jak wspomina w narracji i w piciorysie *Wiola, alkoholizm to jest choroba egoizmu kiedy myśli się już tylko o sobie o swoim picciu jak się napić kiedy jak innych oszukać okłamać i tak robiłam wiele razy dzieci nie były w ogóle ważne mężowi sama szukałam pretekstu żeby się klócić a potem napić (Wiola).*

Ważną wartością dla Narratorek jest praca zawodowa i bardzo dużą wagę przywiązują w swoim życiu do dobrego wypełniania tej roli. Na byciu dobrą lekarką, nauczycielką czy urzędnikiem opierały swoje dobre myślenie o sobie i swoją wartość. Była to najczęściej myślenie ukształtowane w domu rodzinnym. Przekaz, że praca zawodowa i wykazywanie się w niej, jest najważniejszą wartością został im przekazany przez matki, które w wielu sytuacjach rodzinnych dźwigały na sobie utrzymanie rodziny i wychowanie dzieci. Taki obraz kobiety, która radzi sobie zawodowo, mimo wszystko jest silna i umie dobrze pracować został Narratorkom przekazany w domu rodzinnym.

Inną wartością prezentowaną jako ważna, z którą wiązały poczucie swojej wartości jako kobiety był wygląd i podobanie się mężczyźnie. Było to w kilku przypadkach związane z chęcią znalezienia odpowiedniego partnera czy męża. W domach Narratorek bardzo często matki były

bardzo krytyczne w stosunku do córek, po to aby córki widziały większą wartość w tym jak wyglądają i jaki mają wpływ na mężczyzn. *Taki obraz kobiety której największą wartością jest to co widać na zewnątrz, bycie seksy laską wyniosłam z domu, matka mówiła, że tylko to się liczy dla mężczyzn (Agata).* Te wartości przekazywane były przez matki w kontekście ich problemów w relacjach ze swoim mężem i czy partnerami. Matki te od najmłodszych lat zwierzały się swoim córkom ze swoich problemów, przekazując informacje które utrwały się w myśleniu kobiet uzależnionych. Przykładem jest tutaj Katarzyna, która obecne problemy w relacji z mężem wiąże bardziej ze spadkiem swojej atrakcyjności seksualnej niż z pićm alkoholu. Podobnie jest u Justyny oraz Wioli, one również mówią o tym w narracji. *To żeby być atrakcyjną to najbardziej potrzebuję odzyskać to jest wszystko co mam a właściwie miałam ale staram się jakoś dobrze trzymać i wyglądać, cieszę się że tak dużo nie straciłam (Wiola).*

Opisywane przez Narratorki wartości bardzo często związane są z rodziną pochodzenia, z dzieciństwem i dorastaniem. W swoim dorosłym życiu poprzedzającym przyjazd do Ośrodka kobietom biorącym udział w badaniu trudno jest określić system wartości jakim się kierują i najczęściej wskazują na to że tego systemu nie mają.

Przyczyną takiego oglądu własnego świata wartości przez Narratorki może być fakt, że w życiu dorosłym u tych kobiet rozwijające się uzależnienie od alkoholu i innych środków psychoaktywnych zaburzyło niejako ich wybory i wartości, którymi się kierują i na pierwsze miejsce wysunęło się skupienie na alkoholu. Chaos związany z rozwijającym się uzależnieniem oraz próby opanowania negatywnych skutków picia zdominował na pewnym etapie ich myślenie. Dlatego też w narracjach uzależnionych kobiet wyraźnie rozdzielone są okres dzieciństwa i młodości, kiedy jeszcze nie weszły w trajektorię uzależnienia a okres dorosłości, który z tym uzależnieniem jest najczęściej związany.

W refleksji nad wartościami, które posiadają i kierują się nimi w życiu pojawia się też bardzo wyraźnie trzeci okres ważny dla Narratorek, którym jest etap refleksji nad sobą i określenie na nowo ważnych wartości w życiu. Tym okresem jest uczestnictwo w terapii uzależnień w ośrodku OTUK. Obecnie pod wpływem terapii kobiety bardzo jasno uświadomiły sobie potrzebę wyborów i oparcia się na głęboko przemyślanych i wewnętrznie ugruntowanych wartościach. Narratorki widzą potrzebę zmiany zarówno swojego myślenia w tym obszarze jak i działania zgodnego z wybranymi wartościami. W związku z pobytem w Ośrodku pracując również w obszarze duchowym, kobiety uzależnione poczyniły refleksje nad obecnością Boga w swoim życiu i innymi duchowymi wartościami. W związku z realizacją 12 kroków drogi AA refleksja nad znaczeniem Siły Wyższej w wychodzeniu z nałogu stała się dla nich bardzo istotna. Wiele kobiet w swoich narracjach mówiło o zbliżeniu się do Boga w związku z pobytem

na terapii. Inne wskazywały na wartość odnowienia wewnętrznego, którego doświadczyły podczas leczenia. *Ja wcześniej modliłam się chodziłam do kościoła z babcią, miałam odczucie Boga ale potem podczas picia oddaliłam się od Niego... tutaj znowu odnalazłam nadzieję i wiarę. Ważne jest dla mnie teraz to, że Bóg mnie kocha (Ewelina).*

Na spotkaniach AA wśród alkoholików odnalazłam znowu Boga, miałam doświadczenie spotkania i wiary czego dawno nie miałam w zakonie (Ruta).

Wartości, które przedstawiają kobiety w narracjach na obecnym etapie życia skupione są wokół rodziny pochodzenia i problemów występujących w rodzinach narratorek.

Wśród kobiet wywodzących się z rodzin w których obecna była przemoc czy też zaniedbania dziecka, brak zainteresowania dzieckiem, jego potrzebami oraz uzależnienia członków rodziny wartością którą jako ważną wskazują kobiety było przetrwanie i samodzielne poradzenie sobie z trudnościami. Przykładem jest tutaj Małgorzata, która w swojej narracji stwierdziła *w ogóle nie zastanawiałam się nad jakimiś większymi wartościami czym w życiu się kierować co będzie dalej kim będę, dla mnie najważniejsze było przetrwać a potem się usamodzielnąć (Małgorzata).*

Kolejną wartością, którą wskazały kobiety doświadczające trudności w rodzinie pochodzenia i niestabilnej sytuacji między rodzicami było utrzymanie stabilności rodziny pochodzenia. Na tym koncentrowały się wysiłki narratorek, które miały utrzymać rodzinę w całości. Wyraźnie mówi o tym Zofia, stwierdzając *od tej pory było to moim celem żeby zrobić wszystko żeby tata nie odszedł (Zofia).*

Bardzo związaną z tym obszarem wartością wskazywaną przez Narratorki była również chęć naprawy rodziny pochodzenia. Narratorki wskazywały że kierowały się wartością tą jaką jest naprawa rodziny również w związku z problemami których doświadczały jaką dzieci w swoich rodzinach pochodzenia. Obecne jest to w narracji Agaty, Wioli i Ruty.

Cały czas robiłam wszystko żeby spełnić oczekiwania rodziców dobrze się uczyć nie sprawiać problemów ale też pomagać, żeby jakoś się dogadali (Agata).

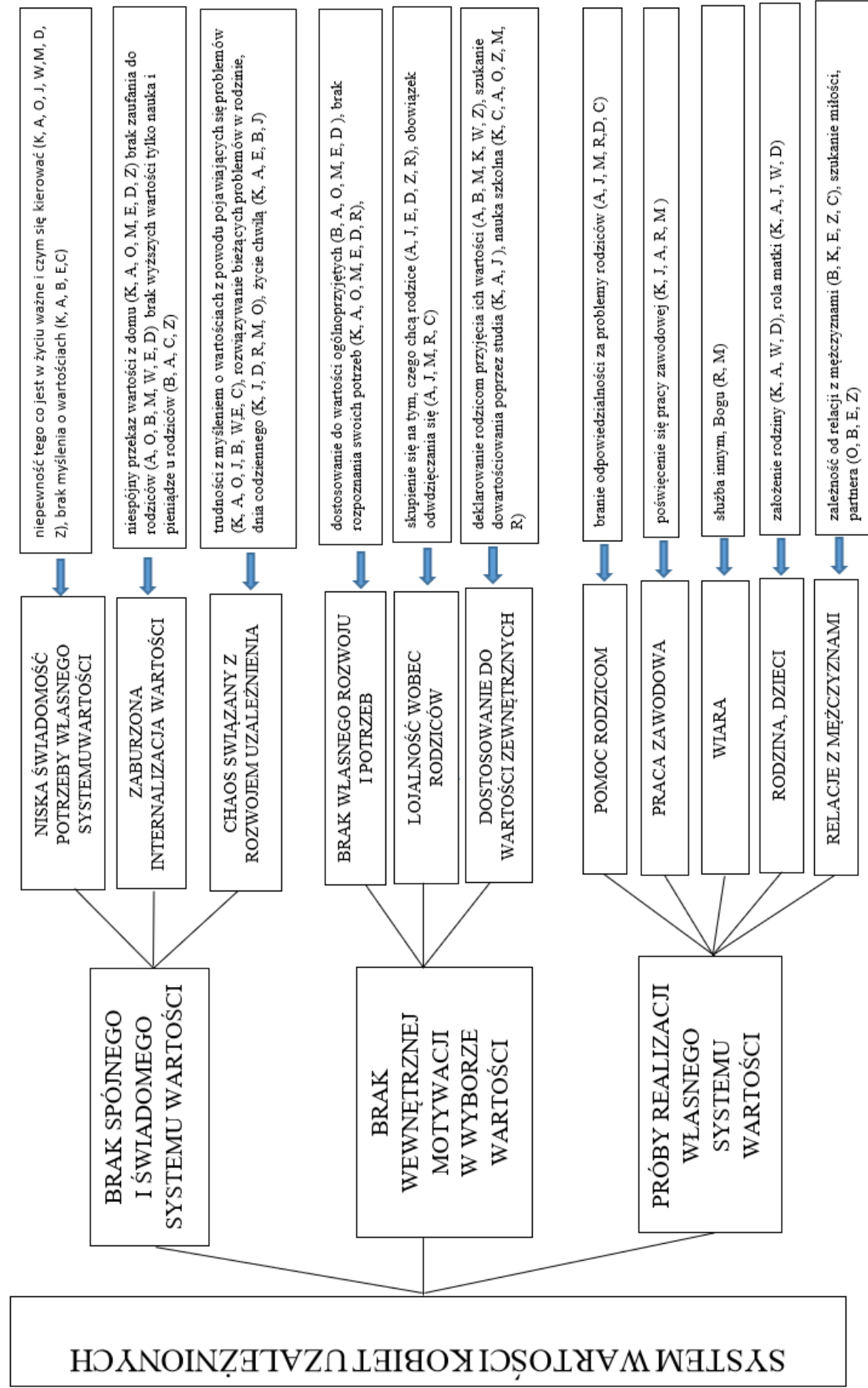
Jak byłam w zakonie cały czas miałam kontakt z rodziną bo ciągle coś tam się działo ojciec pił potem szwagier siostra też miała problemy starałam się im pomóc ale później to stwierdziłam i przemyślałam, że muszę się odciąć od problemów mojej rodziny bo przez to sama z sobą nie daje sobie rady (Ruta).

Ta chęć naprawy rodziny związana jest z inną obecną w narracjach kobiet wartością jaką określają jako pomoc rodzicom. Wartość ta jest bardzo istotna u wielu Narratorek. Towarzyszy ona uzależnionym kobietom od dzieciństwa lub też pojawia się w dorosłym życiu jako pewne zobowiązanie wobec rodziny pochodzenia w momencie kiedy któryś z rodziców

choruje, ma problemy finansowe czy występują dalsze problemy w relacji pomiędzy rodzicami będącymi już w starszym wieku. W tych sytuacjach zarówno Justyna jak i Ola wskazują, że starają się pomoc rodzicom stawiać jako bardzo ważny cel i wartość. *Jak ojciec zachorował to cały czas się nim zajmowałam i bratem, aż do śmierci ojca było to normalne dla mnie że tak trzeba (Ola).*

Opisane wartości takie jak pomoc rodzicom, zobowiązania do zajmowania się problemami rodziny pochodzenia, naprawianie sytuacji pomiędzy rodzicami pojawia się postawa charakterystyczna w analizach teorii i problemów Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA). W analizach funkcjonowania takich osób podejmowanych w nurcie wspomnianej teorii akcentuje się fakt, że dorosłe dzieci alkoholików dalej niejako są w sposób współzależniony związane ze swoimi rodzinami i poprzez doświadczenia dzieciństwa, w których starały się mieć wpływ na problemy rodzinne i chaos występujący ich rodzinach pochodzenia te postawy dalej utrwaliły się w wieku dorosłym i powodują trudności z autonomią i określeniem własnych potrzeb i wartości. Dorosłe dzieci alkoholików bardziej skupione są na rodzinie pochodzenia i życie tymi problemami niż swoich obecnych rodzinach, które założyły. W kontekście wartości przyjętych przez Narratorki dawałoby to pewne wyjaśnienie braku własnego na systemu wartości i tego czym w życiu dorosłym chciałyby się kierować.

Kobiety uzależnione mają wyraźny problem z wykształceniem własnego, autonomicznego systemu wartości opartego o na własnych, wewnętrznych przekonaniach. Kontekst systemu wartości uzależnionych kobiet przedstawia Rysunek nr 4.



Rys. 4. Kody, subkategorie i kategorie tworzące kontekst systemu wartości Narratorek. *Źródło:* opracowanie własne.

5.5. Kontekst decyzji

Autonomiczne funkcjonowania to takie, które jest zgodne z własnym wewnętrznym systemem wartości. Teoria autodeterminacji przedstawia człowieka jako jednostkę ukierunkowaną na rozwój, mającą naturalną tendencję do integracji procesów psychicznych w jednorodną tożsamość, w którą stopniowo włączane są wykonywane przez nią zadania oraz sposoby motywowania się do ich wykonywania. Innymi słowy, zgodnie z teorią autodeterminacji, zarówno rozwój motywacji wewnętrznej, jak i procesu internalizacji czyli przechodzenie od regulacji zewnętrznej w kierunku integracji są naturalnymi procesami rozwojowymi (Ryan, Deci, 2000).

U kobiet uzależnionych od alkoholu biorących udział w badaniach proces przechodzenia regulacji zewnętrznej w kierunku integracji wewnętrznej nie okazał się skuteczny. Kobiety w swoich narracjach przedstawiają siebie jako osoby zagubione w świecie wartości i mające trudność z określeniem czym mają kierować się w życiu.

U Narratorek, biorących udział w badaniu podczas wywiadu narracyjnego nie pojawiała się bezpośrednio refleksja dotycząca systemu wartości. Bardziej ten aspekt wyrażony został w piciorysach i dotyczył potrzeby zmiany, postawienia trzeźwienia i życia wolnego od nałogu jako najwyższą wartość. W przebiegu narracji oraz w opowiadanych wydarzeniach ujawniały się wartości które, przyświecały Narratorkom. Wszystkie kobiety biorące udział w badaniu miały jednak spore trudności z określeniem swojego systemu wartości. Wyraża to jedna z Narratorek. *Moje cele życiowe były nie jasne, często podejmowałam decyzje impulsywnie, poszukując chwilowej ulgi (Agata)*. Trudno im było w sposób świadomy i przemyślany określić wartości, którymi kierują się w życiu. *Mi jakoś trudno powiedzieć jaki miałam system wartości... na pewno jakiś miałam ale nie zastanawiałam się nad tym, nie myślałam że to ważne (Małgorzata)*.

W opowieściach biograficznych zaznacza się mała świadomość potrzeby wybranego i realizowanego przez siebie systemu wartości. Kobiety stwierdzały, że w tym obszarze panował w ich życiu chaos i miały trudność z przemyśleniami istotnych wartości w związku z nieustannymi trudnościami pojawiającymi się w ich życiu. Trudności te dotyczyły problemowych relacji z bliskimi oraz nieradzenia sobie z wyzwaniem dnia codziennego i rozwojem uzależnienia, a co za tym idzie, coraz częstszego sięgania po alkohol. *Nie myślałam zbyt często co jest w życiu ważne, o wartościach, które wybieram, tyle miałam problemów w domu i ze sobą no i z piciem że nie było jak zastanawiać się nad systemem wartości (Ola)*.

Trudności z wypracowaniem spójnego systemu wartości u Narratorek mogły być związane z niewłaściwym przykładem niespójnego systemu wartości przekazanego im przez rodziców w domu rodzinnym. Ta niespójność była związana z obserwowanymi w domu różnicami pomiędzy deklarowanymi przez dorosłych wartościami a ich realizacją. Miało to miejsce w rodzinach, w których bliscy byli uzależnieni od alkoholu i całkowicie inaczej zachowywali się w momentach trzeźwości a inaczej, gdy byli pijani. Podkreśla to jedna z badanych. *Tata jak nie pił nawet był mi bliski, nawet go lubiłam, gorzej jak był pijany... mówił wtedy przykre rzeczy (Justyna).*

Innym przykładem niespójności w wartościach przekazanych przez rodziców były zdrady małżeńskie w rodzinach respondentek. Trudnością było również niezrozumienie zasad i wartości panujących w rodzinie a co za tym idzie nieumiejętność zastosowania tych zasad w swoim życiu. Mówi o tym Zofia, w kontekście wartości wyższych i widać że przez zamęt panujący w tej sferze w domu rodzinnym miała trudności z wiarą i odniesieniem do Boga w dorosłym życiu. *Moi rodzice Odkąd pamiętam nie dogadywali się, praktycznie nie było między nimi żadnej relacji. jak rozmawiali, to jedynie o pieniądzach i nie były to przyjemne rozmowy. Niby jeździliśmy na wczasy, chodziliśmy razem do kościoła, na pozór byliśmy normalną rodziną, niczego nam nie brakowało, tata dużo pracował, praktycznie od rana do nocy. mama prowadziła swój biznes. ale w domu był syf, taka Moralność pani Dulskiej. Kiedy miałam 13 lat, odkryłam iż tata ma romans, wychodziły na jaw inne romanse taty, wiele spraw nie układało się po mojej myśli, doszłam do wniosku, że Boga nie ma. Od tamtej pory zaczęłam żyć wbrew każdemu z przykazań (Zofia).*

Występująca trauma relacyjna i krzywdy, których doznały narratorki całkowicie zaburzyły ich obraz bliskich osób i przekazywanych przez nich wartości. Ta sytuacja zachwiały internalizację wartości czyli uwewnętrznienie i zbudowanie na tej podbudowie swego systemu wartości. Spowodowane było to chaosem i dezorientacją, który przeżywały w świecie wartości oraz niespójnym przekazem otrzymanym od swoich bliskich. Fakt, że ci bliscy byli krzywdzicielami był istotny w nieprzyjmowaniu systemu wartości rodziców za własne. Wydarzenia traumatyczne, które występowały wywoływały załamanie dotychczasowego świata wartości, który dla dziecka był ważny. Samotność, brak wsparcia wywoływały z jednej strony bunt z drugiej strony obojętność a najbardziej chęć oderwania się od domu i bliskich i poszukiwania życia według własnych zasad jednak bliżej nieokreślonych. *Brak akceptacji ze strony rodziny pogłębił moje wątpliwości co do siebie samej, co sprawiło, że zaczęłam wybierać wartości zewnętrzne, próbując dostosować się do oczekiwań innych, a w efekcie traciłam autonomię i niezależność (Agata).*

Brak norm i zasad oraz spójnego systemu wartości przekazanego z domu powodował u Narratorek kierowanie się zasadami, które ich zdaniem były ogólnie przyjętymi w społeczeństwie. Miały one im przynieść szczęście i samorealizację. *Rodzice zawsze zwracali uwagę na wykształcenie, dobre stopnie, wzorowe zachowanie. W czasach podstawówki i gimnazjum, robiłam wszystko, by być najlepsza w klasie, a gdy nie byłam, moje poczucie wartości spadało, a ja czułam, że zawiodłam zarówno rodziców, jak i samą siebie. W liceum, gdy zaczęłam pić i ćpać, kompletnie przestało mieć to dla mnie znaczenie.*

Rodzice przedstawiali wyznawane przez siebie wartości wymagając od córek starania się o zdobycie tych celów. Na pierwszym miejscu w wielu rodzinach Narratorek była wartość wykształcenia i zdobycia wysoko cenionego społecznie zawodu, który dawałby wysoki status materialny. Ta wartość jest związana zapewne z tym, że wiele rodziców kobiet uzależnionych biorących udział w badaniu jest wykształconych o wysokim statusie materialnym. Choć w rodzinach biednych, z których pochodzi Narratorka Katarzyna też główną wartością, w której była wychowywana było zdobycie wysokiego wykształcenia i zostanie lekarzem. *W naszym przypadku było to związane z chęcią wyrwania się z biedy, co mocno motywowane było przez ojca oraz oczekiwania ode mnie, i że dziecko które się wykształci i zdobędzie coś w życiu będzie powodem dumy i zadowolenia i pochwalenia się w swoim środowisku (Katarzyna).*

Narratorki w wielu przypadkach przyjęły wartość wykształcenia i prestiżowego zawodu jako bardzo ważną w ich życiu i starały się realizować plany rodziców i oczekiwania. W niektórych przypadkach, tak jak u Blanki było to jedynie deklarowane wobec rodziców. *Rodzicom chyba najbardziej zależało na moim wykształceniu, wiedziałam o tym i trochę robiłam w tą stronę ale przez ćpanie niczego nie mogłam skończyć jak mówiłam że wrócę na studia to rodzice wszystko wybacжали płacili długi akceptowali ćpunów partnerów byleby tylko były studia (Blanka).*

Kolejną wartością, która była bardzo istotna w rodzinach Narratorek, jak wynika z ich narracji, to pieniądze i związane z tym wartości materialne. Dotyczyło to zarówno rodzin zamożnych takich jak rodzina Agaty czy Wioli ale również rodzin ubogich z problemem uzależnienia takich jak rodzina Małgorzaty oraz Ruty. Wartości materialne w tych problemowych rodzinach były na tyle ważne dla pijących rodziców, że podporządkowali swoje dzieci tym celom, aby jak najszybciej zarabiała i przynosiła pieniądze do domu. Narratorki, które miały taką sytuację i taki przekaz częściowo tylko wybrały wartości materialne jako konstytuujące ich życie. Jeśli realizowały ten nakaz zarabiania i usamodzielniania się to zazwyczaj w kontekście pomocy swoim rodzicom. Natomiast same próbowały w swoim dorosłym życiu oprzeć się na wartościach głębszych, pozamaterialnych. W przypadku Ruty

było to szukanie służby Bogu i innym ludziom, w przypadku Małgorzaty ukończenie wieczorowo szkoły średniej aby móc pracować przy zwierzętach i realizować swoją pasję.

W systemie wartości, który próbowały realizowały kobiety po wyjściu z domu rodzinnego nie dominowały wartości materialne. W narracjach nie pojawia się obraz kobiet uzależnionych jako materialistek, skupionych tylko i wyłącznie na pieniądzu. Można stwierdzić, że kobiety poszukiwały wartości głębszych, jednak rozwój uzależnienia od alkoholu zniszczył w nich pragnienia zbudowania życia na głębszych fundamentach.

Bardzo istotną wartością dla wielu Narratorek były związki z mężczyznami a także w wielu przypadkach założenie rodziny i posiadanie dzieci. *Szukałam ciągle stabilności i akceptacji w relacjach z mężczyznami, często wpadając w toksyczne związki, gdzie był alkohol (Blanka).*

Wartość jaką wskazują Narratorki w odpowiedzi na pytania po wywiadzie narracyjnym to na pierwszym miejscu rodzina i dzieci. Mówienie o tej sferze jest dla kobiet uzależnionych bolesne, gdyż doświadczają najczęściej poczucia winy z powodu złego nie realizowania się w roli matki i żony oraz poczucie, że skrzywdziły bliskich poprzez swoje picie.

W swoich piciorysach wskazują jednak, że od pewnego momentu wartość rodziny została zastąpiona alkoholem, któremu podporządkowane były ich działania. Narratorki wskazują bardzo wyraźnie, że ta wartość rodziny i dzieci w ich życiu była bardziej deklaracyjna niż realna. Obecnie chciałyby odbudować relacje rodzinne a także pokazać i udowodnić dzieciom że, są dla nich ważne. Jednak jak wspomina w narracji i w piciorysie *Wiola, alkoholizm to jest choroba egoizmu kiedy myśli się już tylko o sobie o swoim piciu jak się napić kiedy jak innych oszukać okłamać i tak robiłam wiele razy dzieci nie były w ogóle ważne mężowi sama szukałam pretekstu żeby się kłócić a potem napić (Wiola).*

Ważną wartością dla Narratorek jest praca zawodowa i bardzo dużą wagę przywiązują w swoim życiu do dobrego wypełniania tej roli. Na byciu dobrą lekarką, nauczycielką czy urzędnikiem opierały swoje dobre myślenie o sobie i swoją wartość. Była to najczęściej myślenie ukształtowane w domu rodzinnym. Przekaz, że praca zawodowa i wykazywanie się w niej, jest najważniejszą wartością został im przekazany przez matki, które w wielu sytuacjach rodzinnych dźwigały na sobie utrzymanie rodziny i wychowanie dzieci. Taki obraz kobiety, która radzi sobie zawodowo, mimo wszystko jest silna i umie dobrze pracować został Narratorkom przekazany w domu rodzinnym.

Inną wartością prezentowaną jako ważna, z którą wiązały poczucie swojej wartości jako kobiety był wygląd i podobanie się mężczyźnie. Było to w kilku przypadkach związane z chęcią znalezienia odpowiedniego partnera czy męża. W domach Narratorek bardzo często matki były

bardzo krytyczne w stosunku do córek, po to aby córki widziały większą wartość w tym jak wyglądają i jaki mają wpływ na mężczyzn. *Taki obraz kobiety której największą wartością jest to co widać na zewnątrz, bycie seksy laską wyniosłam z domu, matka mówiła, że tylko to się liczy dla mężczyzn (Agata).* Te wartości przekazywane były przez matki w kontekście ich problemów w relacjach ze swoim mężem i czy partnerami. Matki te od najmłodszych lat zwierzały się swoim córkom ze swoich problemów, przekazując informacje które utrwały się w myśleniu kobiet uzależnionych. Przykładem jest tutaj Katarzyna, która obecne problemy w relacji z mężem wiąże bardziej ze spadkiem swojej atrakcyjności seksualnej niż z pićem alkoholu. Podobnie jest u Justyny oraz Wioli, one również mówią o tym w narracji. *To żeby być atrakcyjną to najbardziej potrzebuję odzyskać to jest wszystko co mam a właściwie miałam ale staram się jakoś dobrze trzymać i wyglądać, cieszę się że tak dużo nie straciłam (Wiola).*

Opisywane przez Narratorki wartości bardzo często związane są z rodziną pochodzenia, z dzieciństwem i dorastaniem. W swoim dorosłym życiu poprzedzającym przyjazd do Ośrodka kobietom biorącym udział w badaniu trudno jest określić system wartości jakim się kierują i najczęściej wskazują na to że tego systemu nie mają.

Przyczyną takiego oglądu własnego świata wartości przez Narratorki może być fakt, że w życiu dorosłym u tych kobiet rozwijające się uzależnienie od alkoholu i innych środków psychoaktywnych zaburzyło niejako ich wybory i wartości, którymi się kierują i na pierwsze miejsce wysunęło się skupienie na alkoholu. Chaos związany z rozwijającym się uzależnieniem oraz próby opanowania negatywnych skutków picia zdominował na pewnym etapie ich myślenie. Dlatego też w narracjach uzależnionych kobiet wyraźnie rozdzielone są okresy dzieciństwa i młodości, kiedy jeszcze nie weszły w trajektorię uzależnienia a okres dorosłości, który z tym uzależnieniem jest najczęściej związany.

W refleksji nad wartościami, które posiadają i kierują się nimi w życiu pojawia się też bardzo wyraźnie trzeci okres ważny dla Narratorek, którym jest etap refleksji nad sobą i określenie na nowo ważnych wartości w życiu. Tym okresem jest uczestnictwo w terapii uzależnień w ośrodku OTUK. Obecnie pod wpływem terapii kobiety bardzo jasno uświadomiły sobie potrzebę wyborów i oparcia się na głęboko przemyślanych i wewnętrznie ugruntowanych wartościach. Narratorki widzą potrzebę zmiany zarówno swojego myślenia w tym obszarze jak i działania zgodnego z wybranymi wartościami. W związku z pobytem w Ośrodku pracując również w obszarze duchowym, kobiety uzależnione poczyniły refleksje nad obecnością Boga w swoim życiu i innymi duchowymi wartościami. W związku z realizacją 12 kroków drogi AA refleksja nad znaczeniem Siły Wyższej w wychodzeniu z nałogu stała się dla nich bardzo istotna. Wiele kobiet w swoich narracjach mówiło o zbliżeniu się do Boga w związku z pobytem

na terapii. Inne wskazywały na wartość odnowienia wewnętrznego, którego doświadczyły podczas leczenia. *Ja wcześniej modliłam się chodziłam do kościoła z babcią, miałam odczucie Boga ale potem podczas picia oddaliłam się od Niego... tutaj znowu odnalazłam nadzieję i wiarę. Ważne jest dla mnie teraz to, że Bóg mnie kocha (Ewelina).*

Na spotkaniach AA wśród alkoholików odnalazłam znowu Boga, miałam doświadczenie spotkania i wiary czego dawno nie miałam w zakonie (Ruta).

Wartości, które przedstawiają kobiety w narracjach na obecnym etapie życia skupione są wokół rodziny pochodzenia i problemów występujących w rodzinach narratorek.

Wśród kobiet wywodzących się z rodzin w których obecna była przemoc czy też zaniedbania dziecka, brak zainteresowania dzieckiem, jego potrzebami oraz uzależnienia członków rodziny wartością którą jako ważną wskazują kobiety było przetrwanie i samodzielne poradzenie sobie z trudnościami. Przykładem jest tutaj Małgorzata, która w swojej narracji stwierdziła *w ogóle nie zastanawiałam się nad jakimiś większymi wartościami czym w życiu się kierować co będzie dalej kim będę, dla mnie najważniejsze było przetrwać a potem się usamodzielnąć (Małgorzata).*

Kolejną wartością, którą wskazały kobiety doświadczające trudności w rodzinie pochodzenia i niestabilnej sytuacji między rodzicami było utrzymanie stabilności rodziny pochodzenia. Na tym koncentrowały się wysiłki narratorek, które miały utrzymać rodzinę w całości. Wyraźnie mówi o tym Zofia, stwierdzając *od tej pory było to moim celem żeby zrobić wszystko żeby tata nie odszedł (Zofia).*

Bardzo związaną z tym obszarem wartością wskazywaną przez Narratorki była również chęć naprawy rodziny pochodzenia. Narratorki wskazywały że kierowały się wartością tą jaką jest naprawa rodziny również w związku z problemami których doświadczały jaką dzieci w swoich rodzinach pochodzenia. Obecne jest to w narracji Agaty, Wioli i Ruty.

Cały czas robiłam wszystko żeby spełnić oczekiwania rodziców dobrze się uczyć nie sprawiać problemów ale też pomagać, żeby jakoś się dogadali (Agata).

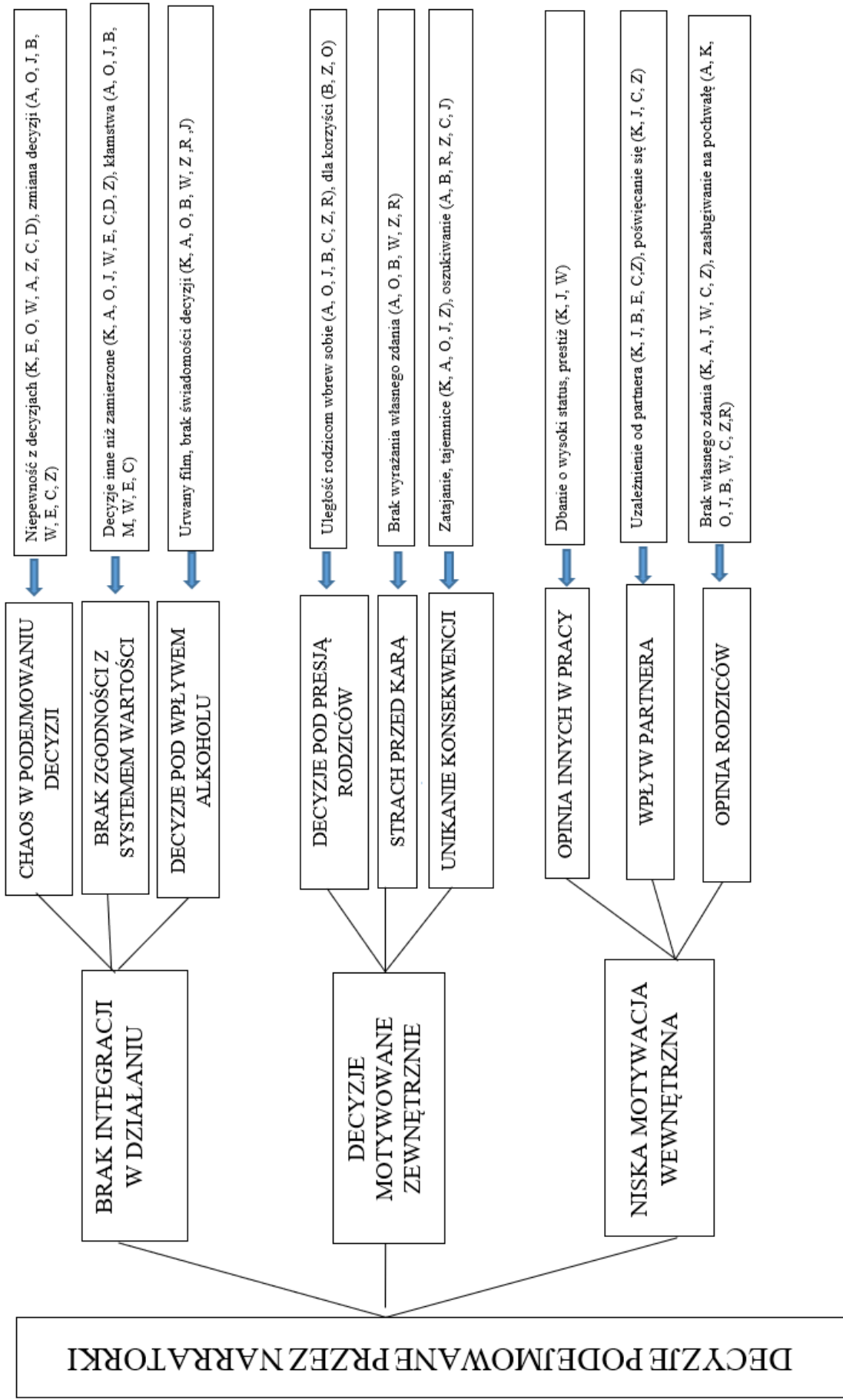
Jak byłam w zakonie cały czas miałam kontakt z rodziną bo ciągle coś tam się działo ojciec pił potem szwagier siostra też miała problemy starałam się im pomóc ale później to stwierdziłam i przemyślałam, że muszę się odciąć od problemów mojej rodziny bo przez to sama z sobą nie daje sobie rady (Ruta).

Ta chęć naprawy rodziny związana jest z inną obecną w narracjach kobiet wartością jaką określają jako pomoc rodzicom. Wartość ta jest bardzo istotna u wielu Narratorek. Towarzyszy ona uzależnionym kobietom od dzieciństwa lub też pojawia się w dorosłym życiu jako pewne zobowiązanie wobec rodziny pochodzenia w momencie kiedy któryś z rodziców

choruje, ma problemy finansowe czy występują dalsze problemy w relacji pomiędzy rodzicami będącymi już w starszym wieku. W tych sytuacjach zarówno Justyna jak i Ola wskazują, że starają się pomoc rodzicom stawiać jako bardzo ważny cel i wartość. *Jak ojciec zachorował to cały czas się nim zajmowałam i bratem, aż do śmierci ojca było to normalne dla mnie że tak trzeba (Ola).*

Opisane wartości takie jak pomoc rodzicom, zobowiązania do zajmowania się problemami rodziny pochodzenia, naprawianie sytuacji pomiędzy rodzicami pojawia się postawa charakterystyczna w analizach teorii i problemów Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA). W analizach funkcjonowania takich osób podejmowanych w nurcie wspomnianej teorii akcentuje się fakt, że dorosłe dzieci alkoholików dalej niejako są w sposób współzależniony związane ze swoimi rodzinami i poprzez doświadczenia dzieciństwa, w których starały się mieć wpływ na problemy rodzinne i chaos występujący ich rodzinach pochodzenia te postawy dalej utrwaliły się w wieku dorosłym i powodują trudności z autonomią i określeniem własnych potrzeb i wartości. Dorosłe dzieci alkoholików bardziej skupione są na rodzinie pochodzenia i życie tymi problemami niż swoich obecnych rodzinach, które założyły. W kontekście wartości przyjętych przez Narratorki dawałoby to pewne wyjaśnienie braku własnego na systemu wartości i tego czym w życiu dorosłym chciałyby się kierować.

Kobiety uzależnione mają wyraźny problem z wykształceniem własnego, autonomicznego systemu wartości opartego o na własnych, wewnętrznych przekonaniach. Kontekst podejmowanych decyzji przez Narratorki przedstawia rysunek nr 5.



Rys. 5. Kody, kategorie i subkategorie tworzące kontekst podejmowania decyzji przez Narratorki. Źródło: opracowanie własne.

5.6. Kontekst traumy relacyjnej

Jak wskazuje Dragan (2008) temat związku pomiędzy doświadczeniami traumatycznymi a uzależnieniem od alkoholu, jako istotny znajduje się w obszarze zainteresowania wielu badaczy i klinicystów. Rozpowszechnienie doświadczeń traumatycznych u osób uzależnionych od alkoholu, zwłaszcza u kobiet jest zagadnieniem podejmowanym na gruncie polskim stosunkowo od niedawna (Dragan, 2008).

Pacjenci z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych spełniają bardzo często kryteria innych zaburzeń osobowości, zwłaszcza osobowości antyspołecznej, zaburzeń afektywnych i lękowych. Jak szacują specjaliści, nawet połowa wszystkich pacjentów leczenia odwykowego może cierpieć równocześnie z powodu co najmniej jednego innego zaburzenia (Woronowicz, 1998; Ziółkowski, 2004).

Stres doświadczany przez jednostkę w sytuacji ekstremalnej jest przyczyną pojawiającego się w jego następstwie zaburzenia definiowanego jako PTSD- zespół stresu pourazowego. Podstawą wyodrębnienia zespołu stresu pourazowego PTSD spośród innych zaburzeń psychicznych jest przeżycie zdarzenia o charakterze urazu psychicznego spowodowanego gwałtownym i przykrym wydarzeniem związanym z zagrożeniem zdrowia lub życia.

Badacze zajmujący się zjawiskiem traumy rozróżniają traumę związaną z pojedynczym wydarzeniem traumatycznym od traumy wynikającej z wczesnodziecięcych doświadczeń urazowych określanych jako trauma rozwojowa (ang. developmental trauma) lub jako trauma relacyjna (relational trauma) (Draczyńska, 2023). Rozumiejąc doznawanie traumy relacyjnej jako złe doświadczenia obiektywnie mniej dojmujące, ale mogące wywoływać poważne skutki, jeśli są powtarzającymi się zdarzeniami (Wilson i in, 2018).

Jedną z analiz traum przeprowadził Izydorczyk (2017) opisując podział na kategorię epizodu, zdarzenia traumatycznego oraz inne sytuacje trudne o cechach zdarzenia traumatycznego tj. sytuacje nieprawidłowej separacji od opiekuna, utraty opiekuna, braku systematycznego zabezpieczania potrzeby poczucia bezpieczeństwa osoby w okresie dzieciństwa przez rodzica. W drugiej kategorii umieszcza długotrwałe w czasie traumy relacyjne, doświadczane w relacji z drugą osobą bądź grupą osób tj. przemoc psychiczna, fizyczna, seksualna, ingerowanie w cielesność drugiej osoby poprzez nadużywanie kar cielesnych w dzieciństwie i dorastaniu.

Osoba, która doświadczyła traumy relacyjnej może odczuwać brak poczucia bezpieczeństwa ontologicznego rozumianego jako poczucie sensu istnienia w konkretnym

miejscu i czasie. W konsekwencji zagłusza ten brak szumem informacyjnym, rozrywką, przeciążającymi aktywnościami zawodowymi czy też używaniem substancji psychoaktywnych. Może doświadczać problemów z asertywnością, stawianiem granic, nadmiarowymi reakcjami. Odtwarza niszczące schematy przyczyniając się do transgeneracyjnej transmisji traumy – przekazywania kolejnym pokoleniom własnych urazów psychicznych (Simon, 2020).

Osoby doświadczające traumy, poza objawami PTSD, doświadczają niemal powszechnie takich problemów psychologicznych, jak labilność afektywna, impulsywność, zachowania agresywne wobec siebie i innych, objawy dysocjacyjne, utrzymujące się przewlekłe poczucie winy lub wstydu, niemożność stworzenia satysfakcjonujących relacji z ludźmi (Van der Kolk, 2000).

W literaturze przedmiotu zwraca się również uwagę na znaczenie traumy relacyjnej dla budowania więzi z innymi ludźmi w dalszym życiu (Fonagy, 2002). Ten rodzaj traum powoduje zaburzenia wczesnej relacji z opiekunem tworzy podstawę kształtowania się trudności w budowaniu więzi i nawiązywaniu w przyszłości relacji z innymi ludźmi (Płopa, 2019). Zaburzenie więzi w dzieciństwie i zamrożenie emocjonalne, które następuje na skutek doświadczanej przemocy i/lub zaniedbania, skutkuje brakiem zdolności do empatii, nawiązywania relacji i budowania więzi (Draczyńska, 2023).

W przeprowadzonych wywiadach narracyjnych ujawnia się występowanie wśród kobiet dotkniętych alkoholizmem doświadczenia cierpienia i krzywdy, którego źródłem byli ich bliscy.

W narracjach uzależnionych kobiet występowały zdarzenia traumatyczne w dotyczące różnych kategorii urazowych doświadczeń, mających charakter traumy relacyjnej.

W biografii kobiet uzależnionych biorących udział w badaniu wystąpiły zarówno wydarzenia traumatyczne jednorazowe jak i trwające w czasie powtarzające się urazowe doświadczenia.

W narracjach uzależnionych kobiet występowały zdarzenia traumatyczne w dotychczasowym życiu badanych, zwłaszcza w dzieciństwie.

W biografii kobiet biorących udział w badaniu wystąpiły zarówno wydarzenia traumatyczne jednorazowe jak i długotrwałe traumy relacyjne. Kilka z Narratorek doświadczyło zaniedbywania potrzeb w domu rodzinnym. Dotyczyło to zarówno potrzeb bytowych jak i psychicznych. W wypowiedziach uzależnionych kobiet na temat relacji w rodzinie pochodzenia ujawniają się traumy związane z przemocą fizyczną i bycie świadkiem przemocy.

Szczególne miejsce wśród traum relacyjnych zajmuje nadużycie seksualne, a zwłaszcza to dokonane ze strony osoby bliskiej. Wykorzystanie seksualne można uznać za jeden z najgorszych rodzajów przemocy wobec człowieka. Niszczy ono bowiem podstawowe zaufanie dotycząc intymności osoby. Pogwałcenie granic prywatności powoduje, że osoba wykorzystana traci w pewnym sensie „grunt pod nogami”, poczucie, że cokolwiek jest przewidywalne. Traci podstawowe poczucie bezpieczeństwa w świecie (Seredyńska, 2021).

Autorzy podają kilka grup objawów charakterystycznych dla tego zaburzenia (Johnson, 2009):

- zaburzenia w regulacji afektu związane z myślami samobójczymi, samouszkodzeniami, napadami lęku, kompulsywnymi zrachowaniami seksualnymi z jednej strony oraz zatamowaniami seksualnymi z drugiej strony;

zaburzenia świadomości związane z amnezją traumy, dysocjacją, derealizacją oraz luminacjami;

- zaburzenia postrzegania siebie związane z paraliżem inicjatywy, poczuciem bycia winnym, poczuciem bycia innym oraz poczuciem bycia naznaczonym;

- zaburzenia w postrzeganiu prześladowcy, na które składają się: zaabsorbowanie relacją z prześladowcą, nierealistyczne postrzeganie jego siły, idealizacja jego osoby, poczucie specjalnej z nim relacji oraz racjonalizacja prześladowania;

- zaburzenia w relacji z innymi związane ze zniszczeniem intymnych relacji, stale powtarzającym się poszukiwaniem zbawcy, upartą nieufnością oraz powtarzającymi się zaniedbaniami w samoopiece;

- zaburzenia w samo uspokajaniu, na które składają się: porzucenie podtrzymywania wiary oraz poczucie beznadziejności i desperacji;

- różnorakie somatyzacje.

Trauma seksualna wystąpiła w doświadczeniach 6 badanych Narratorek. W dwóch przypadków było to doświadczenie wykorzystania seksualnego ze strony ojca w innym przypadku był to bar partner matki. We wszystkich tych narracjach dotyczących wykorzystania seksualnego kobiety niewiele mówiły o tym wydarzeniu wspomniały jedynie że miało ono miejsce i jest dla nich bardzo trudnym wspomnieniem do którego nie chciałyby wracać. Więcej miejsca poświęciły w swoich narracjach mówieniu o tym nie otrzymały wsparcia ze strony matek. Było to dla nich bardzo trudne i bolesne doświadczenie braku zainteresowania ze strony matki oraz poczucia winy że do takiego wydarzenia doszło.

W innym przypadku doświadczając nadużycia seksualnego ze strony partnera matki, Narratorka wspomina w swojej narracji, że bała się powiedzieć matce z powodu obawy, że matka stanie po stronie partnera i byłoby to dla niej szczególnie bolesne doświadczenie braku

miłości z jej strony. Narratorka stwierdza w narracji, że do dzisiaj nie powiedziała matce o tych wydarzeniach.

Brak wsparcia i zrozumienia ze strony matki spotęgował u kobiet doświadczających traumy seksualnej ze strony bliskich problemy szok i dezorientacje, co do tego wydarzenia a także poczucie winy i brak poczucia własnej wartości w dalszym życiu.

Innym rodzajem traumy, której doświadczyły uzależnione kobiety w obszarze seksualnym to była przemoc doświadczona w kontaktach seksualnych podejmowanych przez kobiety uzależnione w trakcie trwania nałogu. Były to kontakty podejmowane przez nie dobrowolnie jednak ich celem było zdobycia substancji psychoaktywnej lub pieniędzy, aby zakupić narkotyki lub alkohol. Były to sytuacja, które miały charakter przemocowy dla Narratorek, doświadczały w nich agresji fizycznej poniżenia i były rodzajem wykorzystania. Również w kontaktach seksualnych podejmowanych dla pieniędzy również pojawiały się elementy agresji czy też gwałtu. Narratorki o tych wydarzeniach wspominają bardzo wycinkowo i uwidacznia się w narracji ogromne poczucie winy i wstydu, że takich czynów dopuściły się i do tego doprowadził ich alkohol i narkotyki.

Traumy seksualne których doświadczyły uzależnione kobiety są dla nich największą trudnością w ich doświadczeniu i wszystkie narratorki wskazują na fakt destrukcyjnego wpływu tych wydarzeń na ich myślenie o sobie i rozwój uzależnienia. *Te doświadczenia powodowały że coraz więcej piłam i nie umiałam przestać (Małgorzata).*

Doświadczenie traumy istotnie wpływa na rozwój autonomii zarówno w sferze wewnętrznej myślenia o sobie poczucia własnej wartości samoświadomości jak i w sferze relacyjnej zaufania do innych więzi z innymi.

Narratorki doświadczyły licznych traum w swoim życiu i mówią o nich w czasie narracji. Jest to wynikiem przejścia długiej drogi przemiany podczas terapii na której istotne było dotknięcie zranień dotyczących przeszłości i przyjrzenie się ich oddziaływaniu na życie pacjentek. Prowadząc badania pod koniec pobytu na terapii kobiet uzależnionych od alkoholu widać było zmianę decyzję o zmianie swojego podejścia do traumy i do trudnych wydarzeń których doświadczyły. Jest to ogromny sukces kobiet terapeutyczny który uwidocznił się w narracjach. Mimo że wspomnienie wydarzeń traumatycznych powoduje często u nich dalej lży czy ból jak twierdzą same Narratorki weszły one już w proces przemiany myślenia na ten temat. Widać w narracjach, że nie powoduje to dysocjacji, rozbicia czy lęku.

Traumy które doświadczyły kobiety dotyczą zazwyczaj bliskich im osób i są traumami relacyjnymi która bardzo mocno wpłynęły na obniżenie poziomu autonomii uzależnionych kobiet w relacjach w dalszym życiu. Traumy mogą wpłynąć zarówno na poprzez bycia w roli

ofiary mogą wpłynąć na dalszą podatność na krzywdzenie poprzez nieradzenie sobie trudnymi zachowaniami ze strony innych oraz niskie poczucie wartości.

Miało to miejsce na przykład u Eweliny, która doświadczyła przemocy seksualnej ze strony partnera matki i w dalszym swoim życiu nie umiała zrezygnować z relacji z partnerami, którzy ją krzywdzili usprawiedliwiała ich twierdząc, że na nic lepszego sobie nie zasłużyła. *Wchodzisz z nadzieją z naiwnością ale liczysz że odczarujesz ten krąg i że nie zostaniesz wykorzystana. Chciałabyś to naprawić, ale dzieje się znowu tak samo(Ewelina).*

Z drugiej strony reakcją na traumę relacyjną może być zamknięcie się na relacje z innymi w swoim świecie aby nie być znowu zranionym i aby chronić siebie przez ograniczenie swoich potrzeb co do więzi. Ta postawa wynika z doświadczenia że więź z drugim człowiekiem jest źródłem bólu i cierpienia. Przykładem tego może być Narratorka Barbara która doświadczyła przemocy seksualnej molestowania w pracy i w dalszym swoim życiu nie tworzyła już związków z żadnymi mężczyznami a nawet ograniczyła relacje z innymi znajomymi wchodząc w jej zdaniem bezpieczną samotność.

W doświadczeniu badanych kobiet występują też traumy związane ze stratą bliskiej relacji. Dotyczy to sytuacji rozwodu rodziców odejścia ojca czy też odkrycia zdrady Dotyczącej jednego z rodziców. Sytuację rozpadu rodziny doświadczają Narratorki jako porzucenia przez ojca. Staje się to źródłem bardzo trudnych doświadczeń bólu, zranienia, rozpadu poczucia bezpieczeństwa i obniżenia własnej wartości. Narratorki próbując radzić sobie z traumą porzucenia przez bliską osobę idealizują ojca i relacje z nim, wprowadzając ją w sferę marzeń, które jednak nie są zgodne z rzeczywistością. Mówią o tym, iż w trakcie terapii zobaczyły, że ta idealizacja ojca była sposobem niedopuszczenia do siebie tego zranienia, jakim było odejście. Również odkrycie zdrady, której dopuszczał się ojciec było dla narratorki orek które doświadczyły takiego wydarzenia bardzo silnym wstrząsem i załamaniem ich świata rodzinnego i osobistego. Spowodowało to zagubienie w świecie wartości, upadek autorytetu jakim był ojciec spowodował trudności w ocenie moralnej tego faktu oraz ambiwalentne uczucia. Jak dużą traumą było to wydarzenie widać w biografii Zofii, która wspominając o tym mówi że z powodowało to chaos w jej myśleniu i uczuciach i wpłynęło na rozwój jej choroby zaburzeń odżywiania jak i sięgania po środki psychoaktywne.

Sięganie po środki psychoaktywne ab aby zagłuszyć trudne i przykre doświadczenia i emocje pokazuje również w swojej narracji Danuta i łączy to z doświadczonymi traumami w dzieciństwie. Jednak w jej przypadku jest to przesunięte w czasie. I jest związane z utrzymywaniem w tajemnicy wydarzenia wykorzystania seksualnego. Danuta mówi o tym w swoim *piciorysie po doświadczeniu traumy starałam sobie radzić i układać życie jakby to się*

nie wydarzyło jakoś udało mi się wyprowadzić się z domu wyszłam za mąż ale cały czas to we mnie było i powodowało problemy w relacji z mężem potem przez to zaczęłam pić.

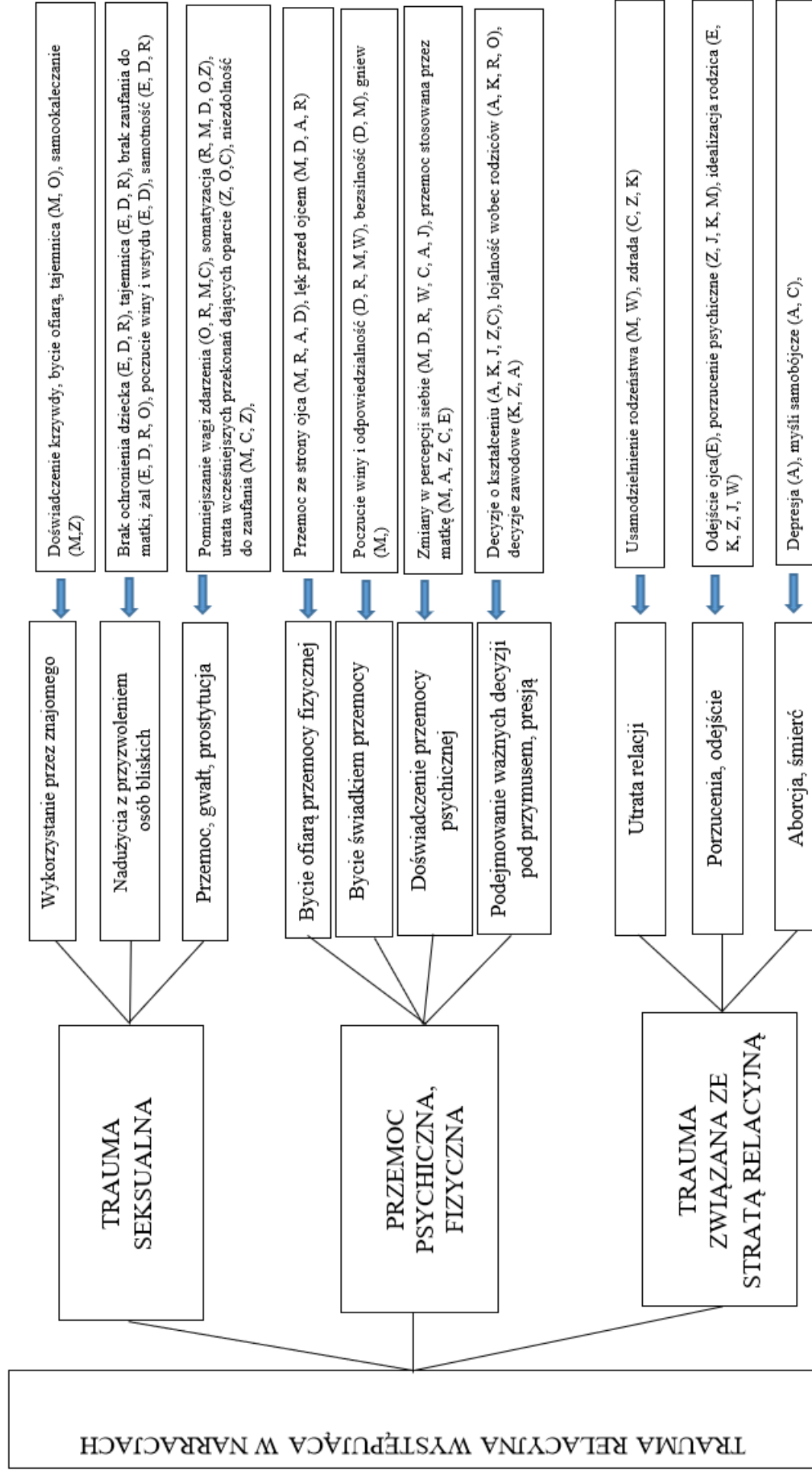
Innym rodzajem traumy doświadczonym przez Narratorkę jest dokonana aborcja. Działania destrukcyjne tej traumy wzmocniony jest zmuszaniem przez rodziców do aborcji oraz nie rozmawianiem nigdy o tym wydarzeniu i zostawieniem całkowicie samej sobie z trudnymi doświadczeniami.

Inne doświadczają zdarzeń, które mają mniej wyraźny i oczywisty obraz w postaci lekceważenia, unieważniania, pomniejszania potrzeb dziecka czy chaotyczności i nieprzewidywalności wydarzeń w codziennym życiu rodziny.

Analizując opowieści biograficzne uzależnionych kobiet zwraca uwagę fakt różnic w sposobie przedstawiania traumatycznych wydarzeń w ich narracji. Niektóre z Narratorek wspominają o wydarzeniu traumatycznym jednak stwierdzają, że nie chcą od tym mówić, gdyż jest to dla nich temat trudny, o którym wołałyby zapomnieć. Inną postawą jest wspomnienie o wydarzeniu traumatycznym i wystąpienie w związku z tym bardzo dużych emocji uwidoczonych podczas opowiadania. Te emocje przejawiały się w płaczu oraz trudnościach w wypowiedzeniu słów dotyczących skrzywdzenia. Niektóre z Narratorek swobodnie i szeroko omówiły występujące w ich życiu wydarzenia traumatyczne oraz wpływ tych wydarzeń na ich dalsze życie. Narratorki te wskazywały w swoich narracjach związek wydarzeń traumatycznych z wystąpieniem oraz pogłębianiem się problemów uzależnienia w ich życiu. Wspomina o tym Agnieszka mówiąc o aborcji której dokonała za namową rodziców. *To było przyczyną że zaczęłam pić i na przemian brać leki nie radziłam sobie i chciałam zapomnieć na alkohol dawał mi to zapomnienie(Agnieszka).*

W biografjach kobiet biorących udział w badaniu wystąpiły zarówno wydarzenia traumatyczne jednorazowe jak i długotrwałe traumy relacyjne. Kilka z Narratorek doświadczyło zaniedbywania potrzeb w domu rodzinnym. Dotyczyło to zarówno potrzeb bytowych jak i psychicznych. W wypowiedziach uzależnionych kobiet na temat relacji w rodzinie pochodzenia ujawniają się traumy związane z przemocą fizyczną i byciem świadkiem przemocy.

Kontekst traumy występujący z biografjach uzależnionych kobiet ukazuje Wykres nr 6.



Rys. 6. Kody, kategorie i subkategorie tworzące kontekst traumy doświadczanej przez Narratorki. *Źródło:* opracowanie własne.

5.7. Kontekst uzależnienia

Uzależnienie u Narratorek będących pacjentkami ośrodka OTUK jest ważnym negatywnym czynnikiem w rozwoju ich autonomii relacyjnej. Występuje ono u wszystkich badanych kobiet i jest ich głównym problemem, z którym zgłosiły się na terapię.

Analiza trajektorii Narratorek ukazuje podobny przebieg i narastanie uzależnienia u wszystkich kobiet, z którymi przeprowadzone zostało wywiady narracyjne. Uzależnienie i jego skutki było szeroko analizowane przez uzależnione kobiety w piciorysach. Pisanie piciorysu i przedstawienie go wobec grupy jest bardzo istotnym elementem terapeutycznej pracy, mającym na celu wsparcie autonomii, naukę brania odpowiedzialności za własne życie i uzależnienie. Ma też na celu wzmacnianie motywacji do zmiany i wejścia na drogę zdrowienia. Narratorki w swoich opisach uzależnienia wskazywały związki rozwoju uzależnienia z faktami z dzieciństwa, życia rodzinnego i ogólnie z faktami z przeszłości. Ukierunkowane było to na zobaczenie mechanizmów trajektorii i uwarunkowań własnych problemów.

Analiza piciorysu jest pomocną metodą w pracy z pacjentkami, jednak nie ma na celu usprawiedliwiania się wydarzeniami z przeszłości czy też minimalizowania strat związanych z alkoholem. Ma ona na celu zobaczenie i dostrzeżenie głębi uwarunkowań swojego problemu, które to dostrzeżenie jest konieczne aby podjąć działania naprawcze. Cały ten proces odbywa się podczas terapii grupowej, w której uczestniczą inne kobiety uzależnione mające również doświadczenie bezsilności wobec alkoholu i jego niszczącego wpływu na ich życie. Działanie grupy polega na tym, aby udzielając informacji zwrotnych osobie przedstawiającej piciorys pomóc jej zobaczyć we właściwym świetle swoje problemy. Ma to ogromną wartość, gdyż niweluje jeden z podstawowych mechanizmów w uzależnieniu od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych jakim jest zaprzeczanie choroby i problemom. Mechanizm ten staje się częścią myślenia osoby uzależnionej i trudno jest jej dostrzec, po dłuższym czasie używania substancji realne problemy i błędy własnego myślenia. Terapeuta ma szczególne zadanie doprowadzić pacjentkę do rozumienia tych zależności, które w jej życiu spowodowały wejście w nałóg. Musi to czynić w sposób nie wzbudzający poczucia winy, użalania się nad sobą czy obwiniania innych, które to są mechanizmami często występują w myśleniu uzależnionych kobiet, będących na początku drogi przemiany. Podstawowym elementem pracy nad piciorysem jest branie odpowiedzialności za własne życie i decyzje oraz akceptacja rzeczywistości i własnych ograniczeń a także własnej historii życia. Istotnym elementem pomagającym uporać się z żalem i traumami przeszłości jest wejście na drogę przebaczenia innym i pojednania się z własną historią i dostrzeżenia jej sensu i znaczenia.

Trajektoria to jedno z kilku zaproponowanych przez Fritza Schützego narzędzi służących do analizy i porządkowania materiału biograficznego. Trajektorie są sposobem wskazania, jak nieoczywisty może być sposób przeżywania trudnych doświadczeń choroby alkoholowej. Dotknięta taką sytuacją osoba porusza się zazwyczaj po tzw. trajektorii cierpienia, której etapy zostały w literaturze wyodrębnione, jednak ich treść jest zawsze kwestią indywidualną, a i samo zakończenie rozumiane jako stopniowe oddalenie się od traumatyzującego przeżycia i powrót do codzienności nierzadko zaskakuje badacza, a bywa, że i samego narratora (Schütze, 1997).

Analiza przebiegu trajektorii u uzależnionych kobiet wskazuje na podobieństwa tych trajektorii u wszystkich badanych. We wszystkich biografjach występuje wstępna faza wejścia w trajektorię nazwana gromadzeniem się potencjału trajektoryjnego. To gromadzenie się negatywnych doświadczeń w relacjach rodzinnych, braku wsparcia autonomii dziecka przez rodziców oraz trudności w radzeniu sobie w rzeczywistości rodzinnej.

W niektórych trajektoriach trudności te nie są tak bardzo widoczne w zewnętrznym odbiorze rodziny gdyż dotyczą rodzin, które dbają o to, aby funkcjonować na zewnątrz w bardzo wysokich standardach. Często też ukrywane są problemy, które dzieją się za zamkniętymi drzwiami takie jak alkoholizm jednego z rodziców, brak więzi pomiędzy członkami rodziny. Dzieci w tych rodzinach mają za zadanie dopasować się do reguł panujących w domu i utrzymywać lojalność i tajemnicę. Ten przekaz powoduje, że Narratorce nie zawsze były świadome problemów występujących w ich rodzinach pochodzenia. Wiele z nich mówi, że dopiero na terapii uświadomiły sobie, że ich rodzina pochodzenia nie funkcjonowała normalnie i przekazała im niewłaściwe wartości dotyczące funkcjonowania rodziny i relacji pomiędzy bliskimi.

Kolejnym wspólnym elementem wszystkich trajektorii jest szukanie w alkoholu i innych substancjach psychoaktywnych ulgi i ucieczki od przeżywanych problemów i trudnych doświadczeń. Analiza trajektorii uzależnionych kobiet uwidocznia też występowanie w procesach biograficznych próby uzyskania stabilizacji, która okazuje się krótkotrwała i chwiejna. Narratorce wskazują bardzo wyraźnie na ten fakt, u niektórych pojawia się wielokrotna próba uzyskania stabilizacji oraz kontroli nad własnym pićciem i nad własnym życiem. Uzależnione kobiety przez długi czas potrafiły wywiązywać się ze swoich obowiązków zawodowych w wielu przypadkach osiągając sukces. Jak mówi o tym Katarzyna: *piłam co prawda każdego wieczoru ale w pracy byłam na 100%, dużo mi się udawało, myślałam jeśli się postaram to osiągnę sukces, w pracy długo nikt nie wiedział co się ze mną dzieje, no może*

tylko tak mi się wydawało, w każdym bądź razie myślałam jak się skupię na pracy to jakoś dam radę z niepicciem.

Kolejnym etapem trajektorii, którego doświadczyły wszystkie badane kobiety było popadnięcie w wir. Tym wirem była utrata kontroli nad piciem i doświadczenie dramatycznych konsekwencji nadużywania alkoholu zarówno w życiu zawodowym jak i rodzinnym a także zdrowotnym.

Wspólnym elementem doświadczenia Narratorek był punkt przełomowy, który każda z nich określiła jako odbycie terapii w Ośrodku Terapii Uzależnień w Międzyrzeczu Górnym. Wszystkie Narratorki twierdziły, że wydarzenie przybycia do Ośrodka pozwoliło im zatrzymać się w owym wirze i podjąć próbę przemiany. Pozwoliło im spojrzeć na swoje dotychczasowe życie i zobaczyć wszystko to, czego wcześniej bały się dostrzec. Pomoc terapeutów i ich osobiste doświadczenia w walce z nałogiem dały Narratorkom nadzieję na zmianę w ich życiu. Wszystkie pacjentki uczestniczące w badaniu weszły na drogę przepracowania trajektorii cierpienia w swoim życiu i intelektualnego rozpoznania wszystkich mechanizmów i uwarunkowań problemów.

W tym przepracowaniu trudnością, która towarzyszyła wszystkim kobietom uzależnionym, o czym mówiły w swoich narracjach i piciorysach, był wstyd i poczucie winy. Ważnym etapem w tym przepracowaniu było uświadomienie sobie tych trudności i wejścia na drogę uczenia się odpowiedzialności za własne życie i wybory a także przebaczenia i pojednania ze swoim bliskimi.

W tym przepracowaniu istotnym elementem było dostrzeżenia negatywnego wpływu przeżytej traumy w dziedzinie seksualnej w dzieciństwie oraz zmierzenie się z nią w dorosłym życiu. Ten proces przebiegał w obszarze przepracowania intelektualnego w sferze poznawczej a także edukacyjnej dotyczącej wszelkich procesów i etapów wychodzenia z traumy. Było to ważnym elementem pracy terapeutycznej i wiele kobiet doświadczyło, pierwszy raz w życiu, uwolnienia od destrukcyjnego oddziaływania tej traumy na ich życie.

Ważny etap wyjścia z trajektorii był najbardziej różnicującym elementem w biograficznych opowieściach Narratorek. U niektórych nastąpiły dodatkowe trudności z przepracowaniem trajektorii w postaci przesłonięcia czyli trudności w dostrzeżeniu wpływu trudnych wydarzeń z przeszłości na ich obecne życia. Ten element powiązany był również z trudnością uznania siebie za osobę uzależnioną wraz z wszelkimi tego konsekwencjami na dalsze życie. Ta decyzja dla niektórych Narratorek była wyjątkowo trudna i wiązała się ze zmianą iluzorycznego i życzeniowego myślenia na swój temat. Doświadczenie braku zaufania oraz braku akceptacji ze strony bliskich powodowało u Narratorek poczucie winy, brak

przebaczenia sobie oraz poczucie wstydu, do którego kobiety nie chciały się w pełni przyznać. Te doświadczenia utrudniły niektórym z nich przepracowanie trajektorii i wyjście z niej. Rodziny kobiet uzależnionych też miały problem z uznaniem ich uzależnienia jako choroby i oczekiwały często, że wrócą po 2 miesiącach zdrowe, naprawione i wszystko dalej będzie toczyło się dobrze. Mimo zaangażowania prowadzących terapeutów ukazujących związek funkcjonowania osoby uzależnionej z funkcjonowaniem innych członków rodziny i rodziny jako całości, występuje często oczekiwanie ze strony rodziny, że pobyt w ośrodku całkowicie naprawi pacjentkę. Rodzinom trudno jest przyjąć, że potrzebna jest zmiana w całej rodzinie, budowaniu relacji, w komunikacji między sobą, aby mogła dokonać się zmiana. Praca z rodziną osoby uzależnionej jest bardzo szerokim tematem ważnym z punktu widzenia również badań naukowych. W niniejszej pracy temat ten jest jedynie zasygnalizowany, jako bardzo istotny dla kobiet uzależnionych w związku z tym, że dotyczy ważnej potrzeby jaką są bliskie więzi w rodzinie.

Uzależnienie jest czynnikiem jawiącym się w narracjach i piciorysach jako element zaburzający relacje z innymi. Narratorki wskazują w swoich opisach, że najczęściej piły w samotności a ukrywanie własnego nałogu i kłamstwa z tym związane nieustannie były obecne w ich życiu. Dotyczy to w mniejszym lub większym zakresie wszystkich kobiet, z którymi przeprowadzone były wywiady. Nawet jeśli początki picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych było związane z towarzystwem to na pewnym etapie rozwoju uzależnienia każda z kobiet piła samotnie i ukrywała lub starała się ukryć ten fakt przed najbliższymi. Wpłynęło to, u niektórych kobiet na pogorszenie się relacji małżeńskich i osłabienie więzi z dziećmi.

Innym czynnikiem charakteryzującym nałóg kobiety było picie alkoholu wraz z mężem czy partnerem. Kobiety, jak twierdzą w narracji nadużywały alkoholu pod wpływem oczekiwań partnera w tym względzie. *Byłam dla męża bardziej atrakcyjna zabawna, w tym wydaniu bardzo mu się podobałam, jak często mówił (Katarzyna).*

Kobiety, które piły alkohol i uzależniły się nadużywając go wraz z mężem lub partnerem poniosły duże szkody zdrowotne w swoim życiu i szybko utraciły kontrolę nad piciem. Przykładem jest tutaj biografia Wioli, która jako młoda dziewczyna miała już epizody padaczki alkoholowej oraz diagnozę choroby wątroby oraz trzustki związanej z nadużywaniem alkoholu. *Lekarze mi i mojej mamie powiedzieli, że nie wiadomo czy warto płacić za terapię w ośrodku bo nie wiadomo ile pożyję (Wiola).*

Pierwszy kontakt z alkoholem następował u Narratorek w różnym momencie ich życia. U kilku kobiet (Blanka, Zofia, Małgorzata, Justyna) nastąpił on w wieku dorastania. Pierwszy

kontakt z alkoholem a następnie używanie go częste było związane u Narratorek z poszukiwaniem akceptacji w grupie rówieśniczej używającej substancji psychoaktywnych. Było też wyrazem pewnego buntu wobec zakazów rodziców. Przykładem jest tutaj wypowiedź Blanki: *wreszcie w grupie narkomanów znalazłam swoje towarzystwo i coś ciekawego zawsze działo się działo. A także Justyny: uciekałam z domu bo miałam dość co tam się działo pilam wtedy towarzystwem i dobrze się tam czułam.*

Kilka respondentek rozpoczęło picie alkoholu jako chęć łagodzenia trudnych stanów emocjonalnych i poradzenia sobie z doświadczoną traumą. Przykładem jest tutaj Agata, która zaczęła upijać się po tym, jak rodzice zmusili ją do aborcji. *Wtedy to wszystko się zaczęło już nie umiałam sobie poradzić.*

Narratorki, które doświadczyły traumy nadużycia seksualnego widzą związek pogłębiających się trudności w ich życiu z używaniem alkoholu, aby złagodzić doświadczenie bólu i krzywdy. Również te kobiety doświadczyły szybkiej utraty kontroli nad używaniem alkoholu. Mówi o tym w swoim piciorysie Małgorzata, która doświadczyła molestowania seksualnego w pracy. *Zamknęłam się w sobie i izolowałam, zaczęłam więcej też pić.*

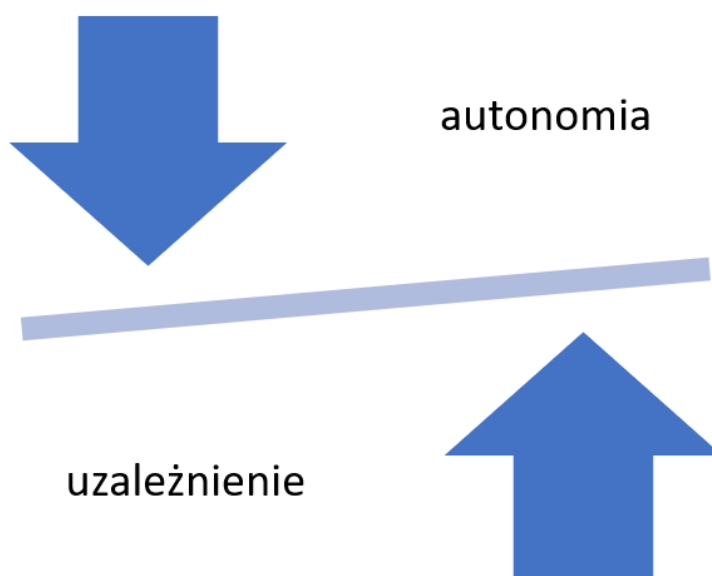
Kobiety uczestniczące w badaniu wskazują na początek swoich problemów z alkoholem z trudnościami w pełnieniu ról w małżeństwie, żony oraz matki. *Do tej pory wszystko jeszcze jakoś ciągnęłam ale problemy w domu wszystkie te obowiązki zaczęły mnie przerastać (Justyna).* Pojawiają się też u Narratorek problemy emocjonalne związane z urodzeniem dziecka, przybierające postać depresji poporodowej. Mówi o tym Agnieszka: *po porodzie źle się czułam, płakałam, nie umiałam się zająć dzieckiem bałam się, że sobie nie poradzę.*

Analiza powiązań rozwoju uzależnienia oraz rozwoju autonomii relacyjnej u Narratorek wskazuje na następujący mechanizm oddziaływania. Im bardziej rozwijał się nałóg tym bardziej zmniejszała się autonomia badanych kobiet. Wyrażało się to zarówno w braku poczucia sprawstwa jak i w braku kontroli nad własnym życiem, mimo podejmowanych prób stabilizacji. Alkohol, który zaczął dominować w życiu Narratorek zmniejszył zarówno samoświadomość jak i poczucie własnej wartości. Również w obszarze relacji, zwłaszcza z bliskimi osobami, rozwój uzależnienia zwiększył problemy w budowaniu tych relacji. Kłamstwa i manipulacje, które służyły uzależnionym kobietom do kontynuowania własnego nałogu wprowadzały chaos w relacje rodzinne zarówno z mężem jak i dziećmi.

Nadużywanie alkoholu przez Narratorki jak wskazuje analiza przebiegu trajektorii spowodowało problemy z samoregulacją emocjonalną, brak panowania nad sobą i rozumienia siebie. Kobiety uzależnione przedstawiając swoje piciorysy zauważają, że w trakcie picia rozwinęły się u nich mechanizmy uzależnienia takie jak: zaprzeczanie, rozdwojone ja oraz

nałogowa regulacja uczuć. Zwiększanie się oddziaływania tych mechanizmów zmniejszało autonomiczne działanie kobiet uzależnionych.

Kontekst uzależnienia i jego oddziaływania na kształtowanie autonomii relacyjnej uzależnionych kobiet przedstawia Rysunek nr 7.



Rys. 7. Uzależnienie a autonomia. *Źródło:* opracowanie własne.

5.8. Kontekst rozwoju

Omawiając wyniki badań przeprowadzonych wywiadów narracyjnych i analizy linii uzależnienia w piciorysie, jako rodzaju tematycznej opowieści biograficznej w bardzo wyraźny sposób uwidaczniają się elementy rozwojowe autonomii relacyjnej u kobiet uzależnionych od alkoholu. Charakter rozwojowy wykazywany jest w narracjach w aspekcie zmian dotyczących obecnego etapu biografii kobiet biorących udział w badaniu. Opisy wskazują, że ich autonomia relacyjna nie jest jakąś stałą funkcją czy też niezaspokojoną potrzebą uwarunkowaną w dzieciństwie lecz posiada także charakter rozwojowy, dynamiczny i zmienny.

Uwidacznia się to szczególnie obszarze wewnętrznym, w poczuciu autonomii w odniesieniu do osobowych cech jakimi są akceptacja siebie, poczucia własnej wartości, pewności siebie a także w doświadczaniu autonomii w relacjach budowanych z osobami bliskimi w obecnym życiu.

U kobiet uzależnionych od alkoholu biorących udział w badaniach widoczna jest zmiana w postrzeganiu siebie, swojej wartości. Proces ten jest związany z prowadzoną terapią, podczas której kobiety przepracowują własne problemy i poznają bardziej siebie, swoje potrzeby,

pragnienia i emocje. *Poprzez zajęcia dowiedziałam się dużo o sobie, jaka jestem, com jest w tym sercu naprawdę (Wiola).*

Analizując swoje życie i decyzje Narratorki starały się dostrzec istotę własnych błędów i dokonać zmianę w swoim życiu w oparciu o świadomie kształtowany system wartości.

Teraz to sobie bardziej przemyślałam, wiem jakie robiłam błędy i chcę żyć inaczej (Agata).

Do podjętych analiz wiele istotnych elementów wnosi analiza punktów zwrotnych w biografii dotycząca dynamiki zmian w obszarze autonomii kobiet uzależnionych od alkoholu.

Punktem zwrotnym jest dla wszystkich kobiet biorących udział w badaniu znalezienie się w ośrodku OTUK w Międzyrzeczu Górnym.

Kierunek zmian ukazanych w Narracjach w obszarze autonomii uzależnionych kobiet nie jest rodzajem wznoszącej się lub opadającej linii która byłaby wynikiem zmian i trudnych doświadczeń w dzieciństwie. Niezaspokojenie w pełni potrzeby i wsparcia autonomii w dzieciństwie osłabiło ten rozwój u samego początku, dając słabe podstawy do autonomicznego myślenia i działania. Problem ten pogłębiony został przez rozwój uzależnienia. Jednak analizując linie biograficzne w narracjach zauważyć można punkty zwrotne w życiu Narratorek. Był to kryzys, który ukierunkował Narratorki na pozytywną w efekcie zmianę w życiu. Zmiana ta dokonuje się obecnie, podczas pobytu w ośrodku OTUK. *To co się tu w ośrodku wydarzyło, ta zmiana, to traktuję w kategorii cudu (Agata).*

Badacze z nurtu badań biograficznych również wskazują na złożone procesy zmiany występujące w biografiach a mające swe źródło w występującym kryzysie. Percepcja przez osobę wydarzenia jako punktu zwrotnego w jej życiu wiąże je niekiedy z pozostawaniem przez nią w stanie kryzysu, rozumianym za Lee Ann Hoff (autorką modelu kryzysu i interwencji zwanego paradygmatem kryzysu) jako ostry rozstrój emocjonalny, wpływający na zdolność emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego posługiwania się dotychczas stosowanymi sposobami rozwiązywania problemów (Hoff, 1995, za: Kubacka-Jasiecka, 2004, s. 149).

W opowieściach wielu respondentek pojawiało się wspomnienie ich ówczesnej sytuacji i kondycji psychicznej wskazujących na pozostawanie przez nie w takim stanie kryzysu. Jednak to rozbicie, ten ostry rozstrój emocjonalny jest elementem procesu, który jak wskazują badania może być źródłem zmiany i budowy na nowo zintegrowanej osoby.

Dobrze opisuje ten proces Kazimierz Dabrowski w stworzonej przez siebie teorii dezintegracji pozytywnej. Teoria ta pokazuje, że aby osiągnąć oczekiwane efekty w zakresie własnego rozwoju najpierw musi zostać rozbita pewna zastana całość. A wszystko po to, by można było następnie ułożyć nowy obraz, który odśloni nowy poziom rozwoju osoby. Podkreśla więc szczególną wartość rozwojową kryzysu. Proces dezintegracji może odbywać

się spontanicznie i chaotycznie, ale z czasem stajemy się coraz bardziej świadomi zachodzącego procesu zmian (Dąbrowski, 2021).

Człowiek może odrodzić się na nowo – jak feniks z popiołów – oraz zacząć nowe życie z nowymi siłami i możliwościami (Pilecka, 2004, s. 202). Sposób rozumienia i doświadczania sytuacji kryzysowej ma także wymiar egzystencjalny i społeczny.

Punktem zwrotnym w tym kryzysie dla Narratorek, jak wskazywały w swoich narracjach było przybycie do ośrodka OTUK w Międzyrzeczu Górnym. Wszystkie Narratorki wskazywały w swoich piciorysach, że ten moment był ważnym i decydującym elementem zwrotnym w ich życiu w kierunku dostrzeżenia własnych problemów jak i podjęcia decyzji o zmianach w ich dotychczasowym funkcjonowaniu. *Zobaczyłam, że dla mnie to jest ostatnia szansa, nie chcę tak dalej żyć, zresztą lekarz mi powiedział, że mój stan jest ciężki (Ewelina).*

Pojęcie punktu zwrotnego przywołuje inny termin – epifania (epiphany), która jest definiowana przez Gibbsa (2011) jako epizod w biografii danej osoby, mający charakter punktu zwrotnego, rozdzielającego biografię na kontrastujące ze sobą okresy – przed epifanią i po niej, z towarzyszącą mu przemianą (Gibbs, 2011). Jest to odsłonięcie i uzmysłowienie czegoś, co w konsekwencji wpłynęło na historię życia, na nowo formułując jego kształt, sens i podbudowę aksjologiczną. Takie rozumienie epifanii jest bliskie jego ujmowaniu przez Normana K. Denzina (1989), według którego w swej istocie są one egzystencjalnymi kryzysami, pojawiającymi się w tych szczególnych momentach życia, gdy jednostka konfrontuje się z poważnymi trudnościami i doświadcza ich skutków.

Analiza uzyskanych narracji ujawnia, że duża część Narratorek doświadczyła różnych rodzajów epifanii.

Denzin wyróżnił cztery rodzaje epifanii:

- 1) epifanie główne (major) – doświadczenia kruszące (wręcz druzgoczące) dotychczasowe życie jednostki, które już nigdy nie będzie takie samo;
- 2) epifanie skumulowane (cumulative) – objawiają się jako rezultat serii różnych wydarzeń, które budowały dotychczasowe życie jednostki;
- 3) epifanie podrzędne lub iluminacyjne (minor or illuminative) – ujawniają się w nich napięcia i problemy w sytuacjach codziennego życia i kontaktach z innymi;
- 4) epifanie wspomnieniowe (relived) – w nich jednostka powraca wspomnieniami i przeżywa jakby na nowo kluczowe momenty swojego życia (Denzin, 1989).

Epifania główna czyli całościowa zmiana myślenia o własnym życiu w świetle przyjęcia prawdy o uzależnieniu jako chorobie występuje jako doświadczenie wszystkich respondentów biorących udział w badaniu. Doświadczenie tej epifanii wzmocnione zostało przez

oddziaływania terapeutyczne oraz świadectwo przemiany życia przekazywane przez terapeutów z własnym doświadczeniem druzgocących skutków uzależnienia wyjścia na drogę trzeźwego życia. *Moje myślenie całkiem się zmieniło, wiem teraz, że alkoholizm jest chorobą, że trzeba to leczyć a nie czuć się wiecznie winna, i że jest nadzieja (Danuta).*

Również epifanie skumulowane wystąpiły u kobiet uzależnionych będących Narratorkami. Epifania iluminacja dotyczące poszczególnych sytuacji życia codziennego zwłaszcza w kontaktach z innymi również występują w narracjach uzależnionych kobiet. Przykładem jest tutaj Agata, która do tej pory nie doceniała starań męża prób pomocy jej w wyjściu z uzależnienia a jego zachowania odbierała jako a tak na własną wolność źle rozumiano i reagowała agresywnie na próby uświadomienia jej problemów. Jak wskazuje Narratorka, w zupełnie innym świat widzi teraz swojego męża i swoją odpowiedzialność za trudności w ich relacji. *Już podczas pobytu w ośrodku pojednałam się z mężem i próbuję budować z nim relacje opartą na szczerości uczciwości. Widzę jak bardzo mnie kocha i jak dużo ja zawiniłam w tym jak się zachowywałam i jak go traktowałam (Agata).*

Innym przykładem doświadczenia iluminacji podrzędnej w dziedzinie relacji z innymi w tym wypadku z rodzicami jest Ruta. Narratorka również przeżyła zmianę myślenia dotyczącą relacji z innymi w kontaktach z siostrami w zakonie. *Wszystko co robiły odbierałam źle nie widziałam swojej winy myślałam chcą mnie skrzywdzić nie rozumieją bardzo źle o nich myślałam, że to ja miałam problem byłam w całkowitym zaprzeczaniu chciałam tylko utrzymać swój komfort picia a inni mi w tym przeszkadzali. Będę musiała przeprosić za to wszystko i cieszyć się że mam wsparcie że mogłam dzięki pomocy przełożonej czuć się w tym ośrodku (Ruta).*

Również epifanie wspomnieniowe były doświadczeniem Narratorek. Dotyczyło to wielu kobiet uzależnionych od alkoholu występujących w badaniach. Epifanie te dotyczyły zwłaszcza traum i negatywnych doświadczeń z dzieciństwa, której doświadczyły kobiety. W narracjach pojawia się wskazanie na przemianę myślenia o własnej przeszłości i o wydarzeniach która doświadczyły kobiety. Wskazują, że zaakceptowały dzięki terapii to trudne wydarzenia jako fakty z przeszłości ale oddziałujące na ich życie i myślenia w sposób negatywny. Dostrzeżenie tego pomogło na terapii uporać się z problemami wynikającymi z myślenia o sobie w kategoriach ofiary oraz podjąć decyzję o zmianie myślenia na ten temat. *Dla mnie zdjęło to jakiś ciężki kamień, który mnie przygniatał (Danuta).*

Niektóre z pacjentach szukały również wsparcia tych procesów w obszarze duchowym u kierunku wywołując się na budowanie relacji z Bogiem odnalezieniem boga oraz przebaczeniem swoim krzywdzicielom. Ukierunkowanie na obszar duchowy wsparło proces doświadczania epifanii wspomnieniowej dotyczącej trudnych i druzgocących wydarzeń w

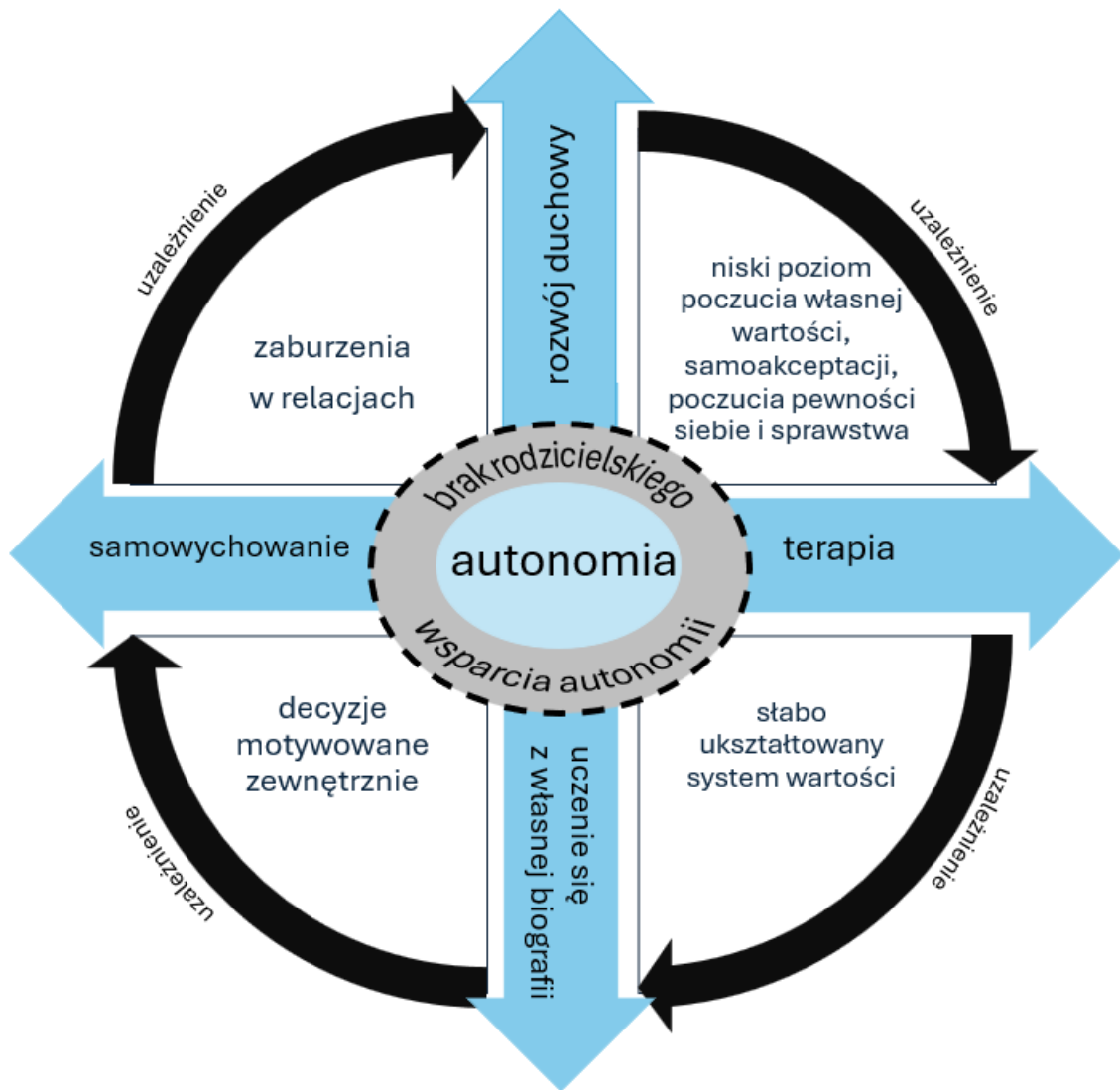
życiu Narratorek. Przemiana myślenia ukierunkowana była na odbudowę siebie i zrozumienie sensu i znaczenia trudnych wydarzeń.

Rozdział VI. Podsumowanie wyników badań – refleksja teoretyczna

Koncepcja autodeterminacji Ryana i Deciego (Self-Determination Theory– SDT) można uznać również za istotną w kontekście badań z dziedziny psychopatologii (2000; por. Deci, Ryan, 1985). Daje ona ważne ukierunkowanie w zrozumieniu uwarunkowań rozwoju uzależnienia od alkoholu u kobiet. Teoria autodeterminacji to teoria ugruntowana empirycznie, oparta na filozoficznych, klinicznych i międzykulturowych analizach. Autorzy tej koncepcji, szeroko zbadanej i wnikliwie opracowanej teoretycznie ujmują człowieka jako osobę nastawioną na rozwój, mającą naturalną tendencję do integracji procesów psychicznych w jednorodną tożsamość.

Opisane i przeanalizowane główne w niniejszych badaniach znaczenia nadawane przez kobiety wydarzeniom swojej biografii oraz analiza trajektorii cierpienia i uzależnienia ukazały przebieg procesów kształtowania się autonomii relacyjnej u badanych kobiet. Analiza narracji pozwoliła ukazać to zjawisko w pewnych objawiających się kontekstach, które poszerzyły rozumienie procesów, które zachodziły w obszarze autonomii na przestrzeni biografii Narratorek.

Podążanie drogą badawczych analiz pozwoliło na podjęcie próby zbudowania modelu doświadczania autonomii przez kobiety uzależnione od alkoholu. Przedstawienie modelu obrazuje Rysunek 8.



Rys. 8. Model uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu. Źródło: opracowanie własne

Teorię autodeterminacji Ryana i Deciego (Self-Determination Theory– SDT) można uznać również za istotną w kontekście badań z dziedziny psychopatologii (2000; por. Deci, Ryan, 1985). Daje ona ważne ukierunkowanie w zrozumieniu uwarunkowań rozwoju uzależnienia od alkoholu u kobiet. Teoria autodeterminacji to teoria ugruntowana empirycznie, oparta na filozoficznych, klinicznych i międzykulturowych analizach. Autorzy tej koncepcji, szeroko zbadanej i wnikliwie opracowanej teoretycznie ujmują człowieka jako osobę nastawioną na rozwój, mającą naturalną tendencję do integracji procesów psychicznych w jednorodną tożsamość.

Szczególne miejsce w omawianej teorii zajmuje autonomia w ujęciu relacyjnym, która jest ważnym czynnikiem odporności. Pojęcie autonomii nie jest tu rozumiane w znaczeniu indywidualistycznym, akcentującym niezależność i brak polegania na innych. Potrzeba autonomii i przynależności (relacji) są wzajemnie powiązane, integralne ze sobą. Dzieje się tak od najwcześniejszych faz życia, w których siła i bezpieczeństwo przywiązania jest w dużej mierze funkcją wsparcia autonomii zapewnianego przez opiekunów.

Doświadczenie kształtowania autonomii relacyjnej u badanych charakteryzuje się zaburzeniami z relacjach z innymi. Daje to odpowiedź na postawiony problem szczegółowy jak przejawia się autonomia relacyjna w relacjach interpersonalnych badanych kobiet uzależnionych od alkoholu. Zaburzenia te dotyczą początków kształtowania się autonomii kobiet, które przebiegało w środowisku rodziny. Kobiety uzależnione nie doświadczały rodzicielskiego wsparcia autonomii. Postawy wychowawcze nacechowane były niewłaściwymi oddziaływaniami dotyczącymi kontroli rodzicielskiej. Kontrola ta była nakierowana na budowanie zależności od rodziców zamiast wspierania rozwoju samodzielnego decydowania. Doświadczały też stosowania przemocy oraz braku szacunku i zaniedbywania podstawowych potrzeb biologicznych i psychicznych. W tym typie postaw rodzicielskich dominowało stosowanie presji i kontroli rodzicielskiej poprzez zewnętrzne formy presji w postaci nagród i kar. W doświadczeniach kobiet uwidacznia się również drugi typ niewłaściwego stosowania kontroli poprzez presję psychiczną, wewnętrzną. Występowała w nim manipulacja uznaniem i pochwałą oraz brak doświadczenia bezwarunkowej miłości i akceptacji. Zadowolenie i akceptacja były okazywane Narratorkom dzieciństwie kiedy spełniały oczekiwania i pragnienia rodziców. Brak wsparcia autonomii dziecka przez rodziców oraz niewłaściwe postawy rodzicielskie co do kontroli przyczyniły się do braku rozwoju motywacji wewnętrznej w rozwoju myślenia i działania uzależnionych kobiet.

Do zaburzenia rozwoju autonomii jako samostanowienia przyczyniły się doświadczone przez uzależnione kobiety traumy relacyjne. Były to niszczące psychicznie doświadczenia przemocy wobec siebie i bliskich, bezradność związana z byciem świadkiem przemocy, zmuszenie do aborcji oraz doświadczenie straty ważnej i bliskiej relacji poprzez rozpad rodziny. Bardzo duże skutki negatywne w rozwoju autonomii relacyjnej miało doświadczenie traumy seksualnej, wykorzystania ze strony bliskich osób, rodzica. Trauma ta oddziaływała na sferę osobowościowych atrybutów obniżając poczucie własnej wartości, samooceny i poczucia wpływu na rzeczywistość. Przyniosła też kobietom skutki w postaci cech zespołu stresu pourazowego, rozpad poczucia bezpieczeństwa, zaburzenia dysocjacyjne i emocjonalne.

W obszarze relacyjnym ukazanym na modelu występuje problem braku dobrych relacji z rodzicami występujący u kobiet uzależnionych. Jest to zarówno brak bliskiej, bezpiecznej relacji przywiązania w stosunku do ojca jak i matki. W relacji z ojcem kobiety doświadczały warunkowej miłości, wysokich wymagań niedostosowanych do etapu rozwojowego dziecka oraz dominacji ojca. Były też doświadczenia braku kontaktu i zainteresowania ze strony ojca związane z nadużywaniem alkoholu. Doświadczenie złej, nieprawidłowej relacji z matką jest bardzo wyraźne w przebiegu biografii badanych kobiet. Matka opisywana ona jest przez kobiety jako chłodna, nie okazująca miłości i akceptacji, wymagająca lub też zajęta swoimi problemami, obciążająca nimi dziecko, mająca problemy emocjonalne, niedojrzała do ról rodzicielskich. Jest to znaczący element charakterystyki zaburzonych relacji z matką. Przedstawiona we wstępie teoria przywiązania Bowllego wskazuje, że relacja z matką jest bardzo istotną w budowaniu wczesnodziecięcego przywiązania. Matka poprzez zauważanie i odpowiadanie na potrzeby dziecka buduje z nim bezpieczną relację, która jest podstawą zdrowego rozwoju dziecka. Gdy ta relacja jest zaburzona tworzą się pozabezpieczne rodzaje przywiązania, które skutkować mogą rozwojem psychopatologii w dalszym życiu.

Ważnym problemem występującym w rodzinach kobiet jest uzależnienie od alkoholu jednego lub obu rodziców. Ma on związek z zaburzeniami rozwoju autonomii relacyjnej u badanych kobiet. Żyjąc w tych rodzinach doświadczały one braku stabilności rodziny chaosu, napięć, agresji i samotności. Życie w tych rodzinach nastawione było na przetrwanie zamiast na rozwój, w sensie psychicznych ale również fizycznych. Brak było zaspokojenia podstawowych potrzeb dziecka w zakresie potrzeby autonomii, bliskości i kompetencji. Jest to istotna konkluzja ponieważ jak wskazuje teoria autodeterminacji potrzeby te są uznane za niezbędne do optymalnego rozwoju i dobrostanu.

W badaniach szukano odpowiedzi na pytanie jakie czynniki osobowe wspierały rozwój autonomii relacyjnej badanych kobiet. Wyniki badań wskazują na brak rozwinięcia i wzmocnienia czynników osobowych tj. poczucie własnej wartości, samoświadomości, akceptacji siebie i poczucia sprawstwa. W przedstawionym modelu zaakcentowany został niski poziom autonomii w obszarze cech osobowych związanych z doświadczaną autonomią tj. poczucie własnej wartości, samoakceptacja, poczucie pewności siebie i sprawstwa. W badaniach wykazano, na podstawie wypowiedzi biograficznych, że kobiety uzależnione mają bardzo niski poziom samoakceptacji. Kobiety badane nie potrafią dostrzec u siebie żadnych dobrych cech, mają trudności w przebaczeniu sobie własnych błędów i złych decyzji. Bardzo źle myślą o sobie, często nie widząc dla siebie nadziei. Kobiety mają też niskie poczucie własnej wartości. Dominuje u nich poczucie wstydu w związku z historią swojego życia i

uzależnienia oraz poczucie winy odczuwane wobec bliskich. Występuje u kobiet również niskie poczucie wpływu na rzeczywistość, niskie poczucie sprawstwa. Jest ono związane z doświadczanymi problemami w rodzinie pochodzenia, które to problemy mimo starań, ze strony kobiet często ich przerastały. Kobiety przedstawiały w narracjach doświadczenie cierpienia z powodu braku wpływu na rzeczywistość narastających problemów w rodzinie, relacji pomiędzy rodzicami. Poczucie sprawstwa zmniejszone jest u badanych kobiet również przez doświadczenie rozwoju uzależnienia w ich życiu i utraty kontroli nad pićciem i własnym życiem.

Na przedstawionym modelu ukazany jest też aspekt problemów w obszarze systemu wartości u kobiet uzależnionych od alkoholu. Daje to odpowiedź na kolejny problem badawczy dotyczący tego, jak przejawia się autonomia relacyjna w wyborze wartości przez badane kobiety. Kobiety biorące udział w badaniu przedstawiały brak świadomie przemyślanego i wybranego systemu wartości. W przebiegu ich rozwoju nastąpiły trudności z uwewnętrznieniem wartości i przemyślenia tego, czym w swoim w życiu chcą się kierować. Na zaburzony proces internalizacji wartości miało wpływ, jak wynika z biograficznych opowieści wiele czynników związanych z oddziaływaniem środowiska rodzinnego. Najważniejszym wydaje się być niewłaściwy przekaz zasad i wartości w rodzinie, związanego z kolei z problemami w systemie rodzinnym. Na niewłaściwy system wartości w rodzinie składało się stosowanie metod wymuszanie sztywnego posłuszeństwa, brak pochylenia się nad światem dziecka i tłumaczenia zasad i wymagań. W innych przypadkach występował brak zasad przekazywanych dzieciom i niestosowanie żadnych wymagań, zostawianie dziecku pełnej swobody, która często była pozorna i wyrażała brak zainteresowania potrzebami dziecka. W innych sytuacjach ojciec stawał się kumplem córki, chcąc zbudować kontakt nie wchodząc w rolę osoby dorosłej, przewodnika czy autorytetu, którego bardzo kobiety potrzebowały. Następowala też zamiana ról w rodzinie, parentyfikacja wyrażające się w poszukiwaniu przez rodzica u dziecka wsparcia w rozwiązywaniu własnych problemów życiowych.

Aby zwiększyć autonomiczną integrację i wewnętrzną wartość określonego działania istotna jest internalizacja wartości. Internalizacja czyli uwewnętrznianie – mechanizm polegający na przyjmowaniu za własne przekazywanych z zewnątrz postaw, poglądów, norm i wartości. U podstaw zaś wspomnianego uwewnętrznienia wartości leży zaspokojenie podstawowych potrzeb psychicznych dotyczących autonomii, relacyjności i kompetencji (Ryan, Deci, 2000).

Innym problemem było obserwowanie przez dzieci złych relacji pomiędzy rodzicami, wzajemne oszukiwanie, zdrady i brak szacunku. Również bolesne doświadczenia podwójnego

życia, posiadanie kochanka a następnie odejście od rodziny. Te doświadczenia zburzyły u Narratorek zaufanie do rodziców, obserwując ich postępowanie odrzuciły one wartości, które przekazywali im rodzice, uznając że mają znamiona hipokryzji. Kobiety widziały, że rodzice nie realizują wartości, o których mówią oraz te, które wybierają nie przynoszą im szczęścia. Skutkiem tego był chaos w myśleniu Narratorek oraz brak uświadomienia potrzeby własnego systemu wartości. Wartości, które zdaniem kobiet były im przekazywane przez rodziców dotyczyły przede wszystkim wartości materialnych, prestiżu zawodowego poprzez dobrze płatną pracę, założenia rodziny i zdobycie męża o wysokim statusie materialnym oraz społecznych. W wielu przypadkach rodzice wymagali, aby dobrze się uczyć i mieć sukces szkolny i na tym najbardziej skupiali się w oczekiwaniach wobec dziecka. Brakowało w rodzinach wsparcia dla rozwoju wewnętrznych atrybutów dziecka, jego talentów i zainteresowań. Kobiety uzależnione miały trudność ze wyborem wartości dla nich ważnych, wybierały je jak twierdzą w narracjach zgodnie z oczekiwaniami innych, najpierw rodziców potem partnerów. System wartości u uzależnionych kobiet nie miał charakteru autonomicznego.

Kolejnym pytaniem postawionym przez badaczkę było: jak przejawia się autonomia relacyjna w podejmowaniu decyzji przez uzależnione kobiety. W obszarze podejmowania decyzji uwidacznia się brak rozwoju motywacji wewnętrznej. Decyzje u kobiet często były chaotyczne, nieprzemyślane. W sytuacjach znacznych dysfunkcji systemu rodzinnego skierowane na usamodzielnienie się i wyprowadzenie się domu. Nie było to jednak rozwojowe działanie ale nie radzenia sobie z patologiami rodzinnymi i chęć oderwania się od problemów rodziny pochodzenia. W niektórych przypadkach następował bardziej świadomy wybór swojej drogi życiowej i powołania. Nacechowane było to chęcią zmiany, innego zżycia niż doświadczały kobiety w swoich rodzinach oraz osiągnięcia własnych celów. Były to ważne elementy decydowania o swoim losie, wyboru swojej drogi. Mają one charakter autonomiczny. Jednak dalsza historia tych kobiet pokazuje, że autonomia ma bardziej swoje źródła wewnątrz osoby i jest to głębiej uwarunkowane. Kobiety te bowiem nie potrafiły zrealizować swoich planów na samodzielne, satysfakcjonujące życie. Z powodu trudności, które napotkały w realizacji życiowych ról weszły na drogę używania od alkoholu jako próba radzenia sobie z negatywnymi uczuciami względem swojej wartości, nastąpił też kryzys w rozwoju zawodowym a także niespełnianie się w roli matki, żony czy siostry zakonnej. Zabrakło fundamentów i komponentów wewnętrznych na których mogłyby się oprzeć. Decyzje co do swojego usamodzielnienia się okazały się nietrwałe. Kobiety dalej emocjonalnie były związane z domem rodzinnym, starały się pomagać, rozwiązywać problemy. Okazały się niejako

uzależnione od swoich rodzin pochodzenia. Ta postawa wpływała negatywnie na ich funkcjonowanie w swoich rolach życiowych, pogłębiając ich problemy.

Bardzo istotnym elementem umieszczonym na prezentowanym modelu jest znaczenie uzależnienia w rozwoju autonomii u badanych kobiet. Wskazuje to odpowiedź na pytanie badawcze: jak uzależnienie zaburzyło przebieg procesu rozwoju autonomii relacyjnej u badanych kobiet. Rozwijający się nałóg oddziałuje destrukcyjnie na wszystkie wyróżnione obszary związane z autonomią. Przeanalizowane trajektorie cierpienia i uzależnienia kobiet biorących udział w badaniu dobitnie to pokazują. Linie analizy zaburzeń autonomii i uzależnienia wzajemnie się przenikają ukazując obraz zmniejszania i tak słabo ukształtowanej autonomii relacyjnej u badanych kobiet.

Badane kobiety wskazywały na brak bliskich relacji, okazywania uczuć w rodzinie pochodzenia i poczucie niezrozumienia i samotności. Badania potwierdziły założenia wynikające z teorii autodeterminacji, ukazując związek niezaspokojenia potrzeby autonomii i przynależności z rozwojem uzależnienia od alkoholu u badanych kobiet. Poziom autonomii uzależnionych kobiet okazał się niski. Zarówno w wymiarze niskiego poczucia wartości, jak i braku pozytywnej samooceny. Potrzeba autonomii nie była wspierana przez osoby znaczące w dzieciństwie badanych kobiet. W życiu dorosłym kobiety budowały relacje z mężczyznami niedojrzałe, wchodząc z zależności, często z pijącym partnerem, stosującym agresję.

Na przedstawionym modelu wyróżniony został aspekt rozwojowy autonomii relacyjnej u badanych kobiet. Autonomia bowiem mimo że przynależy wszystkim ludziom, nie jest dana w każdej sytuacji społecznej. Należy ją jednak świadomie rozwijać i budować (Ryan, Deci, 2000). Woydyło (2004) stwierdza, że choć w przypadku kobiet wychodzenie z nałogu nie jest łatwe, warto wytrzeźwieć. Kobietom w jednej sprawie jest łatwo. Cudownie łatwo stać się znowu piękną. Kobiety szybciej niż mężczyźni odradzają się duchowo, znajdują drogę do wiary, do nowych przeżyć. Aby zwiększyć wytrwałość w określonych działaniach, istotne jest aby miejsce przyczynowości i kontroli przesunęło się z zewnętrznego do wewnątrz. Innymi słowy, motywacje powinny być bardziej zintegrowana i wewnętrzna aby działania miały charakter autonomiczny (Patrick, Williams 2012).

Teoria autodeterminacji wskazuje, że niezaspokojenie potrzeby autonomii relacyjnej w dzieciństwie nie determinuje zaburzeń w dalszym życiu. Ten aspekt jest widoczny w przebiegu biografii badanych kobiet w elemencie przemiany, która dokonała się w ich życiu. Podczas przeprowadzania wywiadów kobiety prezentowały się jako posiadające, dzięki terapii bardzo duży poziom samoświadomości i refleksyjności, potrafiły dostrzec i przeanalizować źródła swoich problemów i wyciągnąć wnioski.

Wnioski z przeprowadzonych narracji składają się u Narratorek również na realizację założeń biograficznego uczenia się. Stanięcie twarzą w twarz ze swoją przeszłością, dokonanie oceny swojego życia i postępowania, wyciągnięcie wniosków na przyszłość odbudowuje i wzmacnia poczucie autonomii zwłaszcza w jej wymiarach osobowych, budowania systemu wartości oraz świadomych i dojrzałych decyzji.

Droga praktycznego przepracowania trajektorii to nic innego jak podjęcie procesu samowychowania przez uzależnione kobiety. Jest to droga pracy nad sobą.

Niektórych podejściach terapeutycznych wsparcie dla autonomii jest postrzegane jako ważne samo w sobie dla budowania podstawowych zasobów wewnętrznych które mogą buforować słabości i poprawiać dostosowania (Ryan, Deci 2008). Wsparcie autonomii staje się ważnym a nawet krytycznym elementem skutecznego leczenia psychopatologii (Mansour i in. 2012, Zuroff i in. 2007).

Ważnym elementem, który ma znaczenie dla odbudowy autonomii uzależnionych kobiet, w jej wymiarze relacyjnym jest udział w terapii. Człowiek, wg relacyjnych koncepcji autonomii nie może sam budować swojej autonomii potrzebni są do tego inni ludzie okazujący szacunek i uznanie, kochający i akceptujący drugą osobą w jej słabościach i problemach. Tą rolę mogą i powinni pełnić też terapeuci. W tym przypadku terapeuci którzy pomagają odbudować autonomię relacyjną uzależnionych kobiet poprzez kontakt terapeutyczny wspierający, uczący dobrych relacji międzyludzkich opartych na szacunku i akceptacji drugiego człowieka. Jest to szczególnie istotne gdy kobiety doświadczyły wcześniej traum relacyjnych, które przyczyniły się znacząco do ich problemów w dziedzinie autonomii i braku zaufania do innych. Relacje wspierające autonomię wspierają integracyjne funkcje Ja, które pozwalają na większą wewnętrzną spójność psychologiczną i skuteczniejszą regulację zachowań.

Istotnym jest tutaj rozwój duchowy, gdzie w spotkaniu z Ja można określić siebie jako Ty (Buber, 1992). Spotkanie z wymiarem osobowym Miłości, Siłą Wyższą, w której jest źródło odnalezienia swojej tożsamości i sensu swojego życia i cierpienia a także przełamanie dojmującej samotności, na którą cierpią kobiety uzależnione.

Zaprezentowany model zawiera element rozwojowy, element zmiany. Bardzo wyraźnie jest to zobrazowane w opowieściach biograficznych Narratorek.

Autonomia w teorii autodeterminacji ma charakter rozwojowy. Spojrzenie na autonomię w nurcie relacyjnym ukazuje związek jej rozwoju ze środowiskiem społecznym. Dotyczy to zarówno procesu kształtowania autonomii w rodzinie przy pomocy rodzicielskiego wsparcia

autonomii dziecka ale również w dalszym życiu człowieka dokonują się zmiany w poziomie i rozwoju autonomii.

Spojrzenie w świetle teorii samostanowienia jest bardziej integralne i wskazujące pozytywne możliwości rozwoju, w porównaniu z teorią więzi, gdzie wczesnodziecięce przywiązanie wyznacza sposoby reagowania dotyczące autonomii i relacji w późniejszym życiu.

Przedstawione analizy doświadczeń badanych kobiet wskazują, że procesy kształtowania autonomii kobiet uzależnionych od alkoholu będących pacjentkami ośrodka OTUK są zgodne z teoretycznym rozumieniem jakie daje koncepcja autodeterminacji Ryana i Deciego.

Obraz rozwoju uzależnienia badanych kobiet przedstawiony w niniejszych badaniach oświetlony tym, co wnosi teoria autonomii w wymiarze relacyjnym, wydaje się bardziej wyjaśniony i pełniejszy.

Zakończenie

Podjęte w rozprawie rozważania teoretyczne oraz przedstawione badania własne miały prowadzić do poznania i rozumienia uwarunkowań rozwoju autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu. W tym celu posłużono się metodą biograficzną, którą uznano za adekwatną w badaniu doświadczeń uzależnionych kobiet. Wnioski z badań opracowane zostały na podstawie przeprowadzonych wywiadów narracyjnych i analizy piciorysów prowadzonych wśród kobiet uzależnionych od alkoholu w Ośrodku Terapii Uzależnień Kobiet im. Matki Teresy z Kalkuty w Międzyrzeczu Górnym. Główny problem badawczy został zawarty w pytaniu: jakie są uwarunkowania autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu?

W wyniku przeprowadzonych przez autorkę pracy badań własnych oraz analizy i interpretacji otrzymanych wyników, uzyskano odpowiedź na przedstawiony problem główny, co znalazło swoje odzwierciedlenie w scharakteryzowanych kontekstach doświadczeń autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu a także opracowanym modelem uwarunkowań autonomii relacyjnej uzależnionych kobiet.

W toku podjętych analiz otrzymano odpowiedź na każdy z postawionych problemów szczegółowych. Uzyskana wiedza poszerza w znacznym stopniu poznanie i rozumienie kształtowania autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu.

Uzyskana odpowiedź adekwatna do sześciu wyznaczonych problemów szczegółowych zawierała następujące elementy: poznanie i przeanalizowanie jak przejawia się autonomia

relacyjna w relacjach interpersonalnych badanych kobiet. Badania wskazują, że w przebiegu biografii kobiet uzależnionych od alkoholu wystąpiły zaburzenia w relacjach, zwłaszcza z bliskimi w rodzinie pochodzenia. Dodatkowo stwierdzono występowanie w doświadczeniach badanych kobiet traum relacyjnych, które zaburzyły więzi interpersonalne. Wskazano, iż kobiety uzależnione od alkoholu nie doświadczyły rodzicielskiego wsparcia autonomii. W dziedzinie osobowych czynników związanych z autonomią tj. poczucie własnej wartości, poczucie sprawstwa, samoświadomości i akceptacji siebie nie zostało wsparte i zbudowane. Badania wskazały, iż kobiety mają słabo wykształcony system wartości a decyzje podejmowane są głównie z motywacji zewnętrznej, pod wpływem innych osób. Wyniki wskazują, że rozwijające się uzależnienie od alkoholu zaburzyło rozwój autonomii relacyjnej u badanych kobiet we wszystkich jej przejawach.

Osiągnięto zatem główny cel poznawczy postawiony na początku drogi badawczej, którym było poznanie i rozumienie na sposób wieloaspektowy uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu. W toku analizy i interpretacji wyników badań został zrealizowany także cel teoretyczny, jakim było opracowanie teoretycznego modelu wielowymiarowego doświadczania kształtowania autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu.

Odnosząc się do celu praktycznego – uzyskane wyniki badań pozwoliły na wysunięcie implikacji pedagogicznych dotyczących zastosowania wyników badań.

Badania wskazują na trudności i zaburzenia kobiet uzależnionych od alkoholu w rozwoju autonomii relacyjnej. Badania ukazują większą możliwość pracy terapeutycznej nad własną chorobą w gronie samych kobiet. Jak wynika z badań, kobiety doświadczyły traum relacyjnych w sferze seksualnej, intymnej. Osobami krzywdzącymi byli mężczyźni, zazwyczaj będący bliskimi osobami dla kobiet. Dostrzeżenie tych problemów w terapii jest bardzo istotne, kobiety same wspominają o tym w narracjach. Już samo ujawnienie tego skrzywdzenia jest bardzo pomocne w poradzeniu sobie z trudnymi emocjami, potem potrzebne jest zrozumienie i akceptacja bez oceniania, aby zraniona kobieta mogła na terapii przepracować przeszłość, wyjść z roli ofiary i odzyskać wewnętrzną siłę. Temu procesowi sprzyja grupa rozumiejących się kobiet. Byłoby trudne a niekiedy wręcz niemożliwe przepracowanie tych traum grupie mieszanej, gdzie uczestnikami są również mężczyźni. Pacjentki wyrażają często wdzięczność za to, że mogły się otworzyć i było to dla nich wielkim krokiem naprzód w walce z uzależnieniem w ośrodku dla kobiet. Wspominają też swoje wcześniejsze pobyty w ośrodkach leczenia uzależnień koedukacyjnych stwierdzając, że nie były w stanie dotknąć tej sfery swojego życia i było to przyczynom, ich zdaniem nawrotów choroby. Zastosowaniem wyników

badania byłyby tworzenie ośrodków i grup terapeutycznych tylko dla kobiet, sprzyjałoby to lepszym wyjściu uzależnionych kobiet na drogę trzeźwienia.

Bardzo ważnym zastosowaniem wyników badań jest zwrócenie uwagi na potrzebę wsparcia i odbudowania autonomii uzależnionych kobiet podczas terapii. Istotne jest aby relacja terapeutyczna była oparta o wsparcia samostanowienia pacjentek. Innym wskazaniem jest potrzeba modelowania relacji przez terapeutę ze świadomością braków i zranień w obszarze relacji interpersonalnych uzależnionych kobiet i ich tendencji do wchodzenia w zależności relacyjne.

Kolejnym zastosowaniem wyników badań jest wskazanie pacjentkom uzależnionym od alkoholu ich trudności w budowaniu autonomii relacyjnej i ukazanie kierunków do pracy nad sobą w procesie samowychowania oraz rozwoju duchowego. Analizy i opracowania znaczenia rozwoju autonomii relacyjnej zawarte w projekcie badawczych mogą się stać podstawą opracowania scenariuszy zajęć edukacyjnych w pracy w grupie kobiet uzależnionych od alkoholu. Zwłaszcza analiza procesów trajektoryjnych daje możliwość zwiększenia samoświadomości źródeł uzależnienia i cierpienia w swoim życiu a także pomaga odnaleźć drogi wyjścia z trajektorii poprzez teoretyczne i praktyczne ich przepracowanie.

W odniesieniu do przeprowadzonych badań własnych zauważa się pewne ograniczenia.

Pierwszym z nich jest mała próba badawcza, która ujęta została w badanych. Podyktowane było to próbą dogłębnego zrozumienia z zjawiska oraz wybraną perspektywą badań jakościowych, która daje ten wnikliwy, w całej złożoności i podmiotowości ogłęd. Jednak to strategię jest też pewnym ograniczeniem, rzeczywistość wyrażana w narracjach jest bardzo subiektywna, uwarunkowana wieloma czynnikami emocjonalnymi.

Warto byłoby poszerzyć wiedzę na temat autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu metodą badań ilościowych. Opisane w niniejszej rozprawie badania i analizy mogłyby służyć stworzeniu narzędzi badawczych do badania poziomu i procesu rozwoju autonomii relacyjnej kobiet. Dałoby to interesujące możliwości uchwycenia zjawiska w większej grupie badanych kobiet.

Inną możliwością badań byłoby prowadzenie badań porównawczych dotyczących autonomii relacyjnej kobiet w grupach kobiet zdrowych oraz dotkniętych chorobą alkoholową. Dałoby to ważne informacje o naturze uzależnienia i jego oddziaływania na dynamikę rozwoju autonomii.

Kolejnym ograniczeniem badań, które należy wskazać jest wiek badanych kobiet. Badania dotyczą kobiet w wieku średnim, co było związane z wielością czynników i złożonością problematyki w innych grupach wiekowych. Badania powinny stać się inspiracją

do prowadzenia analiz w innych grupach wiekowych. Istotne byłoby zbadanie zjawiska autonomii relacyjnej w grupie młodych kobiet oraz kobiet w wieku starszym. Uzależnienia, jak wskazują statystyki dotyczy osób z tych grup w bardzo dużym stopniu, brakuje jednak badań dotyczących rozwoju autonomii młodych kobiet uzależnionych od alkoholu oraz osób starszych z tym problemem.

Innym ograniczeniem badań jest miejsce prowadzenia badań w jednym tylko ośrodku, w Międzyrzeczu Górnym. Dobór próby związany był z faktem, że nie ma w Polsce innego takiego ośrodka prowadzącego terapię dostosowaną do potrzeb kobiet w grupie całkowicie jednorodnej pod względem płci. Warto byłoby przeprowadzić badania dotyczące omawianej problematyki w innym ośrodku terapeutycznym, a z racji braku takowych w Polsce byłoby to możliwe obecnie tylko w badaniach międzynarodowych. Wyniki takich badań miałyby bardzo duże implikacje praktyczne i byłyby bardzo istotne dla rozwoju programów terapeutycznych w Polsce. Stworzyłyby możliwość lepszego dostosowania wsparcia terapeutycznego do potrzeb kobiet i większej skuteczności działań pomocowych. Jest to pragnieniem i długofalowym celem dalszej drogi naukowej badaczki.

Mimo licznych obszarów kobiecego uzależnienia, wymagających jeszcze naukowej analizy, uzyskane w badaniach własnych wyniki wydają się interesujące i ważne poznawczo, zarówno dla teorii jak i praktyki pedagogicznej, ale także dla specjalistów innych dziedzin.

Wnikliwa analiza biografii wzbudziła emocje i nie zawsze były to łatwe emocje. Historie uzależnionych kobiet zawierają elementy bardzo bolesne, dramatyczne. Często są to bardzo głębokie traumy, krzywdy, wykorzystania seksualne. Analizując biografie kobiet na podstawie przeprowadzonych wywiadów narracyjnych znany mi był dalszy los opisywanych kobiet. W zdecydowanej większości udało się Narratorkom kontynuować drogę trzeźwienia i realizować ją w swoim życiu po ośrodku. Pięć z badanych kobiet jest w stałym kontakcie z ośrodkiem. Dwie z nich podjęły drogę kształcenia w stronę zostania terapeutą uzależnień. Trzy kobiety bardzo mocno zaangażowały się w pracę i działalność we wspólnotach AA i zrealizowały już wraz z osobą pomagającą im, mającą doświadczenie w wyjściu z uzależnienia 12 kroków drogi AA. Mają one kontakt z ośrodkiem OTUK, gdzie przyjeżdżają dzielić się swoją historią zdrowienia. Jedna z badanych kobiet jest wolontariuszką w ośrodku. Pozostałe pacjentki mieszkając w dużym oddaleniu od ośrodka mają z nim kontakt bardziej sporadyczny, przesyłają życzenia z okazji świąt czy zdjęcia ze swoich wydarzeń rodzinnych. Udaje im się żyć w trzeźwości i wolności od uzależnienia. Jedna z pacjentek ponownie przybyła do ośrodka aby podjąć kolejną terapię, ponieważ po krótkim czasie trzeźwienia nie udało jej się zachować abstynencji i bardzo szybko utraciła kontrolę nad spożywanym alkoholem co

spowodowało lawinowy ciąg problemów w jej życiu. Dwie z spośród pacjentek opisanych w badaniu już nie żyją. Ich życie zakończyło się z powodu skutków picia alkoholu. Zastanawiając się nad tym czy można było lepiej pomóc tym kobietom, coś więcej zrobić, aby uratować ich życie? Pojawiają jednak się wspomnienia wdzięczności za leczenie przekazywanej przez rodziny nieżyjących już pacjentek. Wszystkie te rodziny są wdzięczne za to, że dostały pomoc i nadzieję. Mimo, iż życia tych kobiet nie udało się uratować jednak jest przekonanie, że zrobiło się wszystko aby pomóc. Kobiety te, pod koniec swojego życia jak się okazało, uzyskały wiarę i mogły zobaczyć sens i wartość własnego życia niezależne od występujących w nim błędnych decyzji i problemów. Może przez to odbyte leczenie ich życia nabrało na koniec jakiegoś większego sensu i znaczenia. Jednak są to sytuacje, które powodują z jednej strony trudne emocje przy pisaniu niniejsze rozprawy a z drugiej strony są motywacją do tego, aby prowadzić badania dotyczące problemów kobiet uzależnionych od alkoholu by móc skuteczniej pomagać w wychodzeniu z uzależnienia.

Bibliografia

- Ainsworth, M. (1978). *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Benton S.A.,(2015). *Alkoholicy wysoko funkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej*. Łódź: Wydawnictwo Feeria.
- Birkeland M.S., Skar A.M., Jensen T.K. (2021). Do Different Traumatic Events Invoke Different Kinds of Post-traumatic Stress?, *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1866399.
- Bołoz, L. (1997). *Życie w ludzkich rękach*. Warszawa: Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej.
- Bomba, J. (2004). Przywiązanie a rozwój mózgu. *Przegląd Lekarski*, 11, 1272–1274.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: PWN.
- Briere, J. (2010). Podstawy terapii traumy. *Diagnoza i metody terapeutyczne*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Brodniak,W.(1991). Psychologiczny i socjomedyczny profil dwóch grup kobiet: pacjentek poradni odwykowych i pacjentek przychodni rejonowych. *Alkoholizm i Narkomania*.1, 121-133.
- Buber, M. (1992). *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*. Warszawa: Wydawnictwo PAX.

- Buber, M. (1993). *Problem człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Burgkart, P. L., Vuzic, X., Fuchshuber, J., Unterrainer, H. F. (2022). Attachment styles, personality organization, and substance use as predictors of emotion regulation strategies “Suppression” and “Reappraisal” in Young Adults. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 259.
- Cameron, J. (2001). Negative effects of reward on intrinsic motivation—A limited phenomenon: Comment on Deci, Koestner, and Ryan (2001). *Review of educational research*, 71(1), 29-42.
- Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Langbehn, D., Yucuis, R., & Troutman, B. (2015). Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 30(5), 1007-1011.
- Chodkiewicz, J. (2005). Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 14(1), 39-45.
- Chodkiewicz, J. (2010). Nadużywanie alkoholu przez młodych mężczyzn i młode kobiety : znaczenie czynników temperamentnych i charakterologicznych. *Czasopismo Psychologiczne*, 16, 2 (2010), 181-188.
- Chodkiewicz, J., Juczyński, Z. (2002). Problem używania środków psychoaktywnych przez młodzież. *Alkoholizm i Narkomania*.15(4), 409–420.
- Cierpiąłkowska L., (2001). *Alkoholizm. Przyczyny – leczenie – profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiąłkowska L., Ziarko M., (2010). *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Cierpiąłkowska, L. (2007b). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Cierpiąłkowska, L. (2016). *Psychologia uzależnień*. W: L., Cierpiąłkowska, H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna* (s. 383-406). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Bohman, M. (2000). Typ I i typ II alkoholizmu – uaktualnienie badań. W: R. Durda (red.), *Alkohol a zdrowie. Typologia alkoholizmu*, 24 (s. 50-64). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.). (2006). *Developmental psychopathology: Theory and method* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Inc..
- Cloitre M, Hyland P, Prins A, Shevlin M. (2021). The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *Europ. J. Psychotrauma*. 2021; (12).
- Cobb, R., Davila, J. (2009). *Internal working models and change*. W: J. H. Obegi, E. Berant (red.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: Guilford Press.

- Collins, N. L., Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Covington, S. S. (2002). Helping women recover: Creating gender-responsive treatment. W: S. L. A. Straussner, S. Brown (red), *The handbook of addiction treatment for women* (s. 52–72). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cyr, M.G., McGarry, K.A., (2003). Zaburzenia związane z piciem alkoholu u kobiet. *Medycyna po dyplomie*.12(6).
- Czub, M. (2019). Ukryta trauma- zaniedbywanie i krzywdzenie dzieci. *Dziecko krzywdzone*.18, 2, 33-38.
- Dąbrowski, K., (2021). *Dezintegracja pozytywna*.Warszawa: PWN.
- Danielsson, A., Romelsjoo, A., Tengstrom, A., (2011). Heavy episodic drinking in early adolescence: gender-specific risk and protective factors. *Substance Use and Misuse*, 46(5), 633–643.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2009). 25 Self-determination theory: a consideration of human motivational universals. *The Cambridge handbook of personality psychology*, 441.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 4, 227-268.
- Dragan, M. (2016), Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji, SCHOLAR, Warszawa.
- De Rick, A., Vanheule, S., Verhaeghe, P. (2009). Alcohol addiction and the attachment system: An empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use & Misuse*, 44(1), 99-114.
- Dodziuk A., (2006). *Trzeźwienie jako droga życiowa*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Draczyńska, D., (2023), Trauma relacyjna. *Psychiatria Polska*, ONLINE FIRST Nr 307: 1–11.
- Dragan, M., (2016). *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*. Warszawa: Scholar.
- Dudek, K., (2011). Specyfika kobiecego uzależnienia od alkoholu. Instytut Psychologii Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. *Kwartalnik Naukowy*. 4(8), 14-28.
- Dunin M., (2014). *Alkoholiczka*. Warszawa: WAM.
- Dworkin, G., (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Dwyer, D., (2006). *Bliskie relacje interpersonalne*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Dykcik, W. (2006). *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań.
- Dziedzic J., Klimek J., (2017). *Wspomóc uzależnionych od alkoholu. Refleksja psychologiczno-teologiczna*. Kraków: WAM.
- Dziewiecki, M. (2006). *Kochać i wymagać*. Kraków: eSPe.
- Ehrlich, K. B., Cassidy, J. (2019). Attachment and physical health: Introduction to the special issue. *Attachment & Human Development*, 21(1), 1–4.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Hallgren, K. A., Cook, S., Jensen, N. K., Hildebrandt, T. (2018). A randomized trial of female-specific cognitive behavior therapy for alcohol dependent women. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 32(1), 1–15.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Hallgren, K. A., Gaba, A., Cook, S., Jensen, N., Hildebrandt, T., Holzhauer, C. G., Litt, M. D. (2018). Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat*, 2018 May; 88: 27-43.
- Erikson E., (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Rebis.
- Faden, R., Beauchamp, T. L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press, New York.
- Fairbairn, C., Briley, DA., Kang D., Fraley, RC., Hankin BL, Ariss T.(2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychology Bull (2018) 144(5):532–55*.
- Flores, P. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. New York: Jason Aronson.
- Flores, P. (2007). *Group psychotherapy with addicted populations. An integration of Twelve Step and psychodynamic theory*. New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Fokas, K., Robinson, C.S.H., Witkiewitz, K., McCrady, B.S., Yeater, EA. (2020). The Indirect Relationship Between Interpersonal Trauma History and Alcohol Use via Negative Cognitions in a Multisite Alcohol Treatment Sample. *Alcohol Treat Q.* 38(3),290-305.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. et al (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Friedman, M. (2000). *Autonomy, Social Disruption, and Women*, W: Mackenzie C., Stoljar N. (eds.): *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford University Press, New York.

- Frieske, K., (1998). Alkoholizm. W: Z. Bokszański (red.), *Encyklopedia socjologii*(21). Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M. , Kresse, A. , Kapfhammer, HP. , Unterrainer, HF. (2019). The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. *Front Psychiatry*. 10:643.
- Fudała, J. (2007). *Kobiety i alkohol*. Warszawa: PARPAMEDIA.
- Fudała, J. (2012). Kobiety i alkohol : jak piją kobiety? / Jadwiga Fudała // *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 2012, 6, 27-30.
- Fudała, J.(2012). Kobiety i alkohol: jak piją kobiety? *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 6, 27-30.
- Gaś, Z. B. (2010). Rozwój profesjonalny wychowawców: teoria a praktyka. W: Z. Bartkiewicz, A. Węgliński, A. Lewicka (red.), *Powinności i kompetencje w wychowaniu osób niedostosowanych społecznie* (s.13–24). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gąsior, K. (2005). Typy alkoholizmu u kobiet. *Alkoholizm i Narkomania*.18 (1-2), 39-56.
- Gąsior, K. (2014). Kobiety, alkohol i środki odurzające : pomoc i terapia. *Świat Problemów*, 2014, nr 5, 33-36.
- Gjestad, R., Franck, J., Lindberg, S., & Haver, B. (2011). Early Treatment for Women with Alcohol Addiction (EWA) reduces mortality: a randomized controlled trial with long-term register follow-up. *Alcohol and alcoholism*, 46(2), 170–176.
- Gjestad, R., Franck, J., Lindberg, S., & Haver, B. (2011). Early Treatment for Women with Alcohol Addiction (EWA) reduces mortality: a randomized controlled trial with long-term register follow-up. *Alcohol and alcoholism. Oxford, Oxfordshire*. 46(2), 170–176.
- Goldstein, E.G. (2003). *Zaburzenia z pogranicza*. Gdańsk:Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gołębiowski, A., (2010). Problem osamotnienia i opuszczenia dziecka w rodzinie wyzwaniem dla współczesnej praktyki edukacyjnej. Perspektywa humanistyczna. W: J. Cichła, J. Herberger, B. Skwarek (red.), *Kultura pedagogiczna współczesnej rodziny* (223). Głogów: Druk- Ar.
- Golińska, L. (2008).Kobiece pułapki alkoholizmu. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*.1.
- Gomberg E.S.L., (1997). *Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety. Alkohol a zdrowie*. Warszawa: PARPA.
- Gräb-Schmidt, E. (2015). Autonomie. *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 59(2), 133-137.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment in adolescence. W: J. Cassidy, Ph. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment. Theory, reaserch and clinical applications*. New York – London: The Guilford Press.

- Grolnick, W. S., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1997). Internalization within the family: The self-determination theory perspective. *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory*, 44, 135-161.
- Hałas E.,(2006). *Interakcjonizm symboliczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Harbat B., (1994). *Organizm w niebezpieczeństwie: zasady postępowania u osób z problemami alkoholowymi*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Hazan, C., Shaver, P.R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1–22.
- Held, V. (2006). *The ethics of care: personal, political, and global*. New York: Oxford University Press.
- Hiebler-Ragger, M., Unterrainer, H.(2019). The role of attachment in poly-drug use disorder: an overview of the literature, recent findings and clinical implications. *Front Psychiatry*. 12. 24-30.
- Höfler, D., Kooyman, M. (1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding: An integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(6), 511-519.
- Hołyń, B. (2009). *Małżeństwo i wsparcie*, Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Horowski, J. (2015). *Wychowanie moralne według pedagogiki neotomistycznej*, Wyd. Naukowe UK, 89.
- Iniewicz, G. (2008). Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania. *Psychiatria Polska*, 27(5), 671–682.
- Izydorzycyk, B. (2017). Trauma a wzorzec objawów impulsywnych u kobiet chorujących na bulimię psychiczną i kompulsywne objadanie się. *Psychologiczne Zeszyty Naukowe*, (2), 37-54.
- Jakubiak, M. (2015). Poza zasadę demokracji, czyli o pracy z kobietami uzależnionymi od alkoholu. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*. 2015, 5, 4-7.
- Jakubiak-Głowacka, M. (2015). Alkohol a seksualność kobiet i mężczyzn. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*.100 (2).
- Jankowiak, B., Wojtynkiewicz, E. (2018). Kształtowanie się tożsamości w okresie adolescencji a podejmowanie zachowań ryzykownych w obszarze używania alkoholu przez młodzież. *Studia Edukacyjne*, 48, 169-185.
- Jarosz M.,(1987). *Dezorganizacja w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.

- Jędrzejko, M., Neroj, A., Wojcieszek, K., Kowalewska, A., (2009). Teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych. W: M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, (s. 79- 90). Pułtusk: Akademia Humanistyczna.
- Jezierska, B. (2003). Autonomia. W: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 1 (s. 244–246). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Johnson, S.I. (2009). *Therapist's Guide to Posttraumatic Stress Disorder Intervention*. Amsterdam: Elsevier.
- Józefik, B. (2008). Koncepcja przywiązania a zaburzenia odżywiania się : teoria i empiria. *Psychiatria Polska*, 42(2), 157–166.
- Juczyński, A. (2013). Zmiany w trakcie terapii wyznacznikiem utrzymywania abstynencji Badania kobiet uzależnionych od alkoholu. W: K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu*. (s. 93- 113) Warszawa: Difin.
- Juroszek, W., (2012). Seksualność a przywiązanie. *Family Forum*, 2, 121-132.
- Kacprzak, A. (2011). Międzypokoleniowa transmisja alkoholizmu na podstawie narracji trzeźwiejących alkoholików. *Acta Universitatis Lodziensis is Folia Sociologica*. 38, 73-89.
- Kamkar, K., Doyle, A., Markiewicz, D. (2012). Insecure attachment to parents and depressive symptoms in early adolescence: mediating roles of attributions and self-esteem. *Psychology Studies*, 4 (2), 3–18.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Kazlauskas, E., (2022). Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *Eur. J. Psychotraumatol*. 2022; 13(1):
- Kaźmierska, K. (2004). Wywiad narracyjny jako jedna z metod w badaniach biograficznych, *Przegląd Socjologiczny*, 53 (1), 71–96.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, I.A. (1997). Lifetime cooccurrence of DSM- III- R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 54, 313–321.
- Khantzian, E.J (1997). The Self-Medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 5, 231–244.
- Kinney, J., Leaton, G. (1996). *Zrozumieć alkohol*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Klingemann, H.(2017). Sukcesy i porażki leczenia uzależnień: podsumowanie doświadczeń europejskich. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*.4.
- Kmieciak-Jusięga, K., Laurman-Jarząbek, E. (2016). *Profilaktyka społeczna*. Kraków: WAM.

- Kocur, J., Krysztofiak R. (1991) Psychozy alkoholowe u kobiet z zespołem zależności alkoholowej. *Problemy Alkoholizmu*, 2(419), 9-10.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development, t. 1: The Philosophy of Moral Development: Moral Stages and Idea of Justice*. New York: Harper and Row.
- Kohlberg, L., Mayer, R. (2000). Rozwój jako cel wychowania, tłum. P. Kwieciński, A. Nalaskowski. W: Z. Kwieciński (red.), *Alternatywy myślenia o/dla edukacji* (s. 75-79). Warszawa: IBE.
- Konieczny, P., Cierpiałkowska, L. (2022). Positive and negative life experiences and changes in internal working models of attachment - a comparative study. *Psychiatria Polska*, 30, 56(3), 551-570.
- Korzon, A. (2005). Autonomia niepełnosprawnych warunkiem ich pełnej rehabilitacji, w: A. Kilnik, J. Rottermund, Z. Gajdzica (red.) *Edukacja –socjalizacja –autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej*. Kraków: Wyd. Impuls.
- Kosowska, M., Wojtynkiewicz, E. (2021). Organizacja osobowości u osób uzależnionych od alkoholu w początkowym i końcowym okresie terapii odwykowej. W: E. Wojtynkiewicz, K. Szatkowska, A. Borzyszkowska (red.), *Psyche-Ciało-(Nie)Stabilność*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Kowalczak, M. (2009). Specyfika uzależnienia kobiet. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*. 5.
- Krawczyk-Bocian, A. (2013). *Doświadczenia zdarzeń krytycznych. Narracje biograficzne dorosłych dzieci alkoholików*. Bydgoszcz Wydawnictwo
- Kreis, M. K., Gillings, K., Svanberg, J., Schwannauer, M. (2016). Relational pathways to substance misuse and drug-related offending in women: The role of trauma, insecure attachment, and shame. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 35-47.
- Każmierczak, P. (2003). *Personalistyczna koncepcja wychowania w nauczaniu Jana Pawła II*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Kukołowicz T. (1978), *Pomagamy w samowychowaniu*, Wydawnictwo Nasza Księgarnia: Warszawa.
- Kumar, M., Jauhari, H. (2016). Employee participation and turnover intention: Exploring the explanatory roles of organizational justice and learning goal satisfaction. *Journal of Workplace Learning*, 28 (8), 23-40.
- Lato, A. (2016). Przywrócić kobietom godność. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*. 1, 1-9.
- Lester L. (1982). The special needs of the female alcoholic. *Social Casework*. 63(8), 451–456.

- Levin, J. (1991). *Treatment of alcoholism and other addictions. A self-psychology approach*. Northvale/New Jersey/London: Jason Aronson.
- Levitan, R. D., Atkinson, L., Pedersen, R., Buis, T., Kennedy, S. H., Chopra, K., ... & Segal, Z. V. (2009). A novel examination of atypical major depressive disorder based on attachment theory. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(6), 879.
- Logan, R. (1986). Rekonceptualizacja teorii Eriksona: powtórzenia wątków egzystencjalnych i instrumentalnych. *Human Development*, 29, 125–136.
- Ludwikowska-Świeboda, K. (2022). Adult Attachment Styles and Psychosocial Health. *Journal of Education, Health and Sport*, 12(8), 36-51.
- Maciek-Haściło, B. (2015). Siła więzi – wykorzystanie teorii relacji z obiektem i teorii więzi w grupowej terapii uzależnień. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4, 2015.
- Main, M., Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? W: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (red.), *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (s. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.
- Majka, A. (2012). Lęk w chorobie alkoholowej kobiet. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2012, 2, 12-14.
- Manning, R. C. (1998). A Care Approach, [in:] Kuhse H., Singer P. (eds.): *A Companion to Bioethics*. Blackwell, Oxford.
- Marchwicki, P. (2012). Patologia rodzinna a zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży w kontekście teorii przywiązania. *Homines Hominibus*, 8: 161–172.
- McCaul, M. E., Roach, D., Hasin, D. S., Weisner, C., Chang, G., & Sinha, R. (2019). Alcohol and Women: A Brief Overview. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 43(5), 774–779.
- McCrary, B. S., Epstein, E. E. (2015). Couple therapy and Alcohol Problems. W: A. S. Gurman, J. L. Lebow, D. K. Snyder (red.), *Clinical handbook of couple therapy* (s. 555–584). New York: The Guilford Press.
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., & Fokas, K. F. (2020). Treatment Interventions for Women With Alcohol Use Disorder. *Alcohol research : current reviews*. 40(2), 08.
- Meininger, H. P. (2001). Autonomy and professional responsibility in care for persons with intellectual disabilities. *Nursing Philosophy*. 2(3).
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka. Warszawa. PWN.

- Mesman, J., Van Ijzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A. (2016). Cross-cultural patterns of attachment. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 852-877.
- Meyers, D. T. (1987). Personal autonomy and the paradox of feminine socialization. *The Journal of Philosophy*, 84(11).
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. London: The Guilford Press.
- Morel, K., Papouchis, N. (2015). The Role of Attachment and Reflective Functioning in Emotion Regulation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(4), 15-20.
- Myers, D. G. (1999). Close relationships and quality of life, W: Kahneman, D., Diener, E., Schwarz N. (red.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (s. 374-391), Russel Sage Foundation, New York.
- Najavits, L.M., Weiss, R.D., Shaw, S.R., Muenz, L. (1998). Seeking safety: Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*. 11,437–456.
- Nawrat, D. (2002). Idee podmiotowości w praktyce edukacyjnej. W: J. Piekarski, E. Cyrańska, D. Urbaniak-Zajac (red.), *Granice autonomii teorii i praktyki edukacyjnej T. 1*. Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Niemiec, C., Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2010). The development of the five mini-theories of self-determination theory: An historical overview, emerging trends, and future directions. *The decade ahead: Theoretical perspectives on motivation and achievement*, 16, 105-165.
- Niemirowski, T. (2015). Pojęcie rozwoju w psychologii rozwojowej. *Horyzonty Psychologii*, 5(1), 13-28.
- Nikodemska, S. (2002). Z badań nad uzależnieniem kobiet i jego następstwami zdrowotnymi. *Świat Problemów*.10, 18-21.
- Obuchowska, I. (1996). O autonomii w wychowaniu niepełnosprawnych dzieci i młodzieży, W: W. Dykcik (red.): *Spoleczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. Poznań. Eruditus.
- Ochmański W., (2001). *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2011). Prężność u dzieci i młodzieży :charakterystyka i pomiar–polska skala SPP–18. *Polskie Forum Psychologiczne*, 16(1), 7–28.
- Opora, R. (2012). Charakterystyka zjawiska uzależnienia i nadużywania alkoholu przez kobiety. *Resocjalizacja Polska*, 3 (2012), 317-326.

- Panksepp, J. (2010). Evolutionary substrates of addiction: The neurochemistries of pleasure seeking and social bonding in the mammalian brain. W: J. D. Kassel, J. D. Kassel (red.), *Substance abuse and emotion* (s. 137-167). Washington: American Psychological Association.
- Pawelczyk, T. (2021). Neurobiologia uzależnień z perspektywy psychodynamicznej i teorii więzi. *Terapia Osób Uzależnionych i Ich Bliskich*, 8–10.
- Pietkiewicz, J, Tomalski, R., (2018). Zaburzenia związane z traumą– perspektywa teoretyczna. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(2): 261–268.
- Pilarska A., (2012). *Ja i tożsamość a dobrostan psychiczny*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Pilch T. (red.), (2004). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pilecka, W., Pilecki, A. (1996) Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo, W: W. Dykcik (red.), *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych (5-12)*.Poznań: Wyd. Eruditus.
- Pilecki, M. (2008). Teoria więzi–zarysowanie kontekstu W: B. Józefik, G. Iniewicz (red.). *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej. Kraków* (s. 13-23). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Piper, M. (2009) Autonomy: Normative, W: *Internet Encyclopedia of Philosophy*. <http://www.iep.utm.edu/aut-norm/>, 2009.
- Plopa M.,(2005). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Plopa, M. (2003). Rozwój i znaczenie bliskich więzi w życiu człowieka, W: B. Wojciszke, M. Plopa (red.), *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie* (s. 49-79). Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Plopa, M. (2005). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Plopa, M. (2011). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Plopa, M., Lorecka, K. (2019). Attachment styles and the quality of close relationships. *Przeгляд psychologiczny 2019*, 62(4), 567-581.
- Podgórska-Jachnik, D. (1995). Nowe tendencje w pedagogice specjalnej wobec emancypacji środowisk niepełnosprawnych. W: B. Śliwerski (red.), *Pedagogika alternatywna. T. I. Dylematy teorii* (s. 369-378). Łódź-Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Prawda, M. (1989). Biograficzne odtwarzanie rzeczywistości. O koncepcji badań biograficznych Fritza Schütze. *Studia Socjologiczne*, (4), 81–98.

- Priddis, L. E., Wallace, M. (2011). Exploration of intergenerational aspects of affect regulation in the context of substance abuse. *The Family Journal*, 19(2), 147-153.
- Prokopiak, A. (2020). *Autonomia osób ze spektrum autyzmu. Predyktory psychospołeczne*. Lublin. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej.
- Pruchnik, M. (2016). Uzależnienie od alkoholu i terapia kobiet. W : A. Matysiak-Błaszczyk, B. Jankowiak (red.), *Kontrowersje wokół socjalizacji dziewcząt i kobiet*. (s. 331-349), Poznań: WNU.
- Prąg D.,(2000). *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień*. Rzeszów: Wydawnictwo WSP.
- Raduj, J., Pałyska, M. (1991). Kobiety alkoholiczki w poradni odwykowej i klubie abstynenta. Związki między wybranymi zmiennymi psychologicznymi i socjomedycznymi. *Alkoholizm i Narkomania*. 4, 56-82.
- Rajewska-Rynkowska, K. (2005). Przywiązanie i trauma a psychopatologia. W: L. Cierpiąłkowska, J. Gościński J (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu* (s. 223-246). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Reath, A. (2000). *Agency and Autonomy in Kant's Moral Theory*. Oxford University Press. New York.
- Resick, PA., Monson, CM., Chard, KM.(2019). *Terapia przetwarzania poznawczego w zespole stresu pourazowego (PTSD) Podręcznik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Reykowski, J. (1989). Podmiotowość – szkic problematyki. W: P. Buczkowski, R. Cichocki (red.), *Podmiotowość: możliwość, rzeczywistość, konieczność* (s. 199-212). Poznań: Wydawnictwo Nakom.
- Rogała-Obłąkowska, J. (2005). Rodzinna profilaktyka uzależnień. *Remedium*, 11-12, 34-35.
- Rostowski J. (2003), Style przywiązania a kształtowanie się związków interpersonalnych w rodzinie, W: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny* (s. 19-31), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Prochaska, J., DiClemente, C., (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. W: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Wiley series on personality processes. Developmental psychopathology, Vol. 1. Theory and methods* (p. 618–655). John Wiley & Sons.

- Ryan, R.M., Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1).
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). From ego depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality psychology compass*, 2(2), 702-717.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2016). Autonomy and autonomy disturbances in self-development and psychopathology: Research on motivation, attachment, and clinical process. *Developmental psychopathology*, 1, 385-438.
- Ryk, A. (2006). *(Po)nowoczesny podmiot w doświadczeniu spotkania. Antropologiczne aspekty pedagogiki spotkania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rynio, A. (2004). *Integralne wychowanie w myśli Jana Pawła II*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Ryś, M. (2009), *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno- Pedagogicznej.
- Sachs, K. (2003), Treating alcoholism as a disorder of the self: insights from alcoholics anonymous. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(2), 75–85.
- Samochowicz, A., Chęć, M., Kołodziej, Ł., Samochowicz J. (2015). Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych? *Alkoholizm i Narkomania*, 28- 33.
- Samochowicz, J., Tymicz, A., Wojciechowki, B. (2002). Problemy emocjonalne kobiet. Cykl koordynowany przez prof. Eugenię Częstochowską. *Medycyna po Dyplomie*. 11(9).
- Sarason B. R., Pierce G. R., Shearin E N., Sarason I. G., Waltz J.A., Poope L. (1991), Perceived Social Support and Working Models of Self and Actual Others, *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (2), 273-287.
- Sarason I.G., Sarason B.R, Shearin E N. (1986), Social support as an individual difference variable: its stability, origins and relational aspects, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.
- Schäfer I, Hopchet M, Vandamme N, Ajdukovic D, El-Hage W, Egreteau. (2018). Trauma and trauma care in Europe . *Eur. J. Psychotraumatol*. 2018; 9(1):1556553
- Schaffer, R. (1994). Wzajemność kontroli we wczesnym dzieciństwie. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Ska.
- Schier, K. (2008). Johna Bowlby’ego teoria przywiązania i psychoanaliza — historia rodzinna? W: B. Józefik, G. Iniewicz (red.) *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej* (s. 35-51). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Schindler, A. (2019). Attachment and substance use disorders – theoretical models, empirical evidence and implications for treatment. *Front Psychiatry*, 10, 33.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B., Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9(2), 111-126.
- Schipper, K., Widdershoven, G. A., Abma, T. A. (2011). Citizenship and autonomy in acquired brain injury. *Nursing Ethics*, 18(4).
- Schore, A. (2009). Zaburzenie regulacji prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopatogenezy stresowego zaburzenia pourazowego. W: S. Murawiec, C. Żechowski (red.), *Od neurobiologii do psychoterapii* (s. 71-121). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Schütze, F. (2012). Analiza biograficzna ugruntowana empirycznie w autobiograficznym wywiadzie narracyjnym. W: K. Kaźmierska (red.), *Jak analizować autobiograficzne wywiady narracyjne*. W: K. Kaźmierska (red.), *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów* (s.141–278). Kraków: Nomos.
- Sękowski, M., Wojtynkiewicz, E. (2020). Osobowość depresyjna a ryzyko samobójcze u osób uzależnionych od alkoholu. Badania na gruncie teorii biegunowości doświadczenia. W: E. Zasępa (red.), *Doświadczenia człowieka w zdrowiu i w chorobie* (s. 268-284). Warszawa: Difin.
- Seligman, M. E., Pawelski, J. O. (2003). Positive psychology: FAQs. *Psychological Inquiry*, 159-163.
- Senator, D. (2005). Wczesnodziecięca trauma relacyjna. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5–24.
- Senator, D. (2010). Teoria więzi Bowlby’ego. W: B. Tryjarska, (red), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Seredyńska, A. (2012). Complex-PTSD i zaburzenia osobowości. W: (red.). B. Grochmal-Bach, M. Alberska, A. Grzebinoga. *Wspomaganie funkcjonowania psychospołecznego osób z niepełnosprawnościami* (s. 139–162). Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM.
- Seredyńska, Anna.(2021). Zrozumieć ofiarę wykorzystania seksualnego. *Studia Paedagogica Ignatiana*, 24,2,133–149.
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Kim, Y., & Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 325–339.
- Sieński, M., Ziarko, M., Łuczak, K. (2018). Różnice płciowe w rozwoju wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Badania prowadzone na grupie młodzieży doznającej przemocy w rodzinie. Dziecko Krzywdzone. *Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 98–116.

- Simon W. Psychoterapia (2020). *NEST. Teoria i praktyka*. Warszawa: Stowarzyszenie NEST.
- Simpson, J. A., Belsky, J. (2008). Attachment theory within a modern evolutionary framework. W: J. Cassidy, P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 131–157). London: The Guilford Press.
- Skibska, J. (2012). Kształtowanie autonomii - osiągnięcie niezależności, W: R. Kijak (red.): *Niepełnosprawność. W zwierciadle dorosłości*. Impuls. Kraków.
- Ślaski, S. (2019). Style przywiązania z partnerem i przyjaciółmi a cechy osobowości u kobiet współzależnionych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 24, 4, 443–466.
- Słotwińska, H. (2007). Samokształcenie i samowychowanie elementami autoformacji. *Pedagogika Christiana*, 1, 65–81.
- Snarey, J., Vaillant G. (2013) *How Fathers Care for the Next Generation: A Four-Decade Study*. Cambridge: Harvard University Press.
- Snella-Mrozik B., (2003). *Piekło nie ma dna: rozmowy z trzeźwymi alkoholiczkami*. Poznań: Media Rodzina.
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2011). When is identity congruent with the self? A self-determination theory perspective. In *Handbook of identity theory and research* (pp. 381-402). New York, NY: Springer New York.
- Sroufe, A., Duggal, S., Weinfield, N., Carlson, E. (2000). Relationships, Development and Psychopathology. W: A. Sameroff, M. Lewis, S. Miller (red.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (s. 75–88). Nowy Jork: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E., Collins, A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota Longitudinal Study. W: K. E. Grossmann, K. Grossmann, E. Waters (red.), *Attachment from Infancy to Adulthood. The Major Longitudinal Studies*. Nowy Jork– Londyn: The Guilford Press
- Stobiecka, M. (2001). Teoria więzi w wyjaśnianiu autodestruktywności. *Forum Oświatowe*, 13, 2(25), 93–109.
- Studenska, A. (2011). Educational level, gender and foreign language learning self-regulation difficulty. *Procedia-social and behavioral sciences*, 29, 1349-1358.
- Szczepaniak, A. (2016). Zaburzenia więzi jako efekt wczesnodziecięcego krzywdzenia dziecka. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3), 74-90.
- Szczukiewicz, P. (2020). *Pomoc psychologiczna w leczeniu uzależnień*. Kielce: Wydawnictwo Uniwersytet Jana Kochanowskiego.
- Szkudlarek, T. (2001). Wolność ponowoczesna i pedagogika dekonstrukcji. W: M. Reut (red.), *Dylematy wolności*, Warszawa. Wydawnictwo

- Szpitalak, M. (2010). Przywiązani... do pracy. Zaangażowanie w pracę jako odzwierciedlenie stylu przywiązania. *Psychologia Rozwojowa*, 15(2).
- Śliwerski, B. (2000). Teoretyczne i empiryczne podstawy samowychowania, Wydawnictwo IMPULS: Kraków.
- Śliwerski, B. (2010). *Teoretyczne i empiryczne podstawy samowychowania*. Kraków: Impuls
- Taylor, C. (2016). *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży. Poradnik dla terapeutów, opiekunów i pedagogów*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Trempała, J., Czyżowka, D. (2002). Rozwój moralny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*, t. 3 (s. 106-130). Warszawa: PWN.
- Trempała, J. (2012). Psychologia rozwoju jako nauka o genezie życia psychicznego: przełomowe dokonania i kierunki przyszłych badań. *Psychologia Rozwojowa*, 17, 1, 17-29.
- Tryjarska, B. (red.). (2012). *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Trzebiński J., Zięba M., (2003b). *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Trzebiński, J., Zięba, M. (2003a). Nadzieja, strata i rozwój. *Psychologia Jakości Życia*. 2, 5-33.
- Tyburski, W. (2000). Idea dialogu w dziejach filozofii. W : M. Kallas (red.), *Filozofia dialogu* (15-39). Toruń: Towarzystwo Naukowe.
- Tylewska –Nowak, B. (2005) Autonomia i tożsamość osoby niepełnosprawnej, W: A. Kilnik, J. Rottermund, Z. Gajdzica (red.) *Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej*. Kraków: Wyd. Impuls.
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of psychotherapy integration*, 23(3), 263.
- Van der Kolk, B. (2018). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Verkerk, M. A. (2001). The care perspective and autonomy. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 4(3).
- Vetulani, J. (2004). Podstawy neurobiologii. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, *Psychiatria* (s. 116- 130). Warszawa: PZWL.
- Wallin, Dj. (2011). *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Wawerska-Kus, J., Włodarczyk, E.(2017). Równe traktowanie a psychoterapia uzależnień. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*.1.
- Wawiórko, A., Zabłocka-Żytka, L. (2018). Style przywiązania młodych dorosłych-w poszukiwaniu korelatów zdrowia psychicznego. *Psychologia Wychowawcza*, 55(13), 121-130.
- Weegmann M.,CohenR. (red.), (2006). *Thepsychodynamics of addiction*. London and Philadelphia:Whurr Publishers.
- Weegmann, M., Cohen, R. (red.) (2006). *Thepsychodynamics of addiction*. London and Philadelphia: Whurr Publishers.
- Wieland, S. (2015). *Dissociation in Children and Adolescents Theory and Clinical Interventions*. Londyn: Routledge.
- Wiergowski M., (2015). *Kobiety i alkohol – materiały z konferencji naukowo-szkoleniowej*. Gdańsk: Uniwersytet Medyczny.
- Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., Kiernan, MD. (2018). The use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy in treating Post-traumatic Stress Disorder a systematic narrative review. *Front Psychol*. 2018; 6(9): 923.
- Winham, K., Engstrom, M., Golder, S, Renn T, Higgins, G., Logan, T. (2015). Childhood victimization, attachment, psychological distress, and substance use among women on probation and parole. *Am. J. Orthopsychiatry*, 85(2): 145–158.
- Włodarczyk, E. (2014). Alkoholizm kobiet na przykładzie doświadczeń pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu. *Praca Socjalna*. 5(76-90).
- Włodarczyk, E. (2017). *Spoleczny wymiar problemu alkoholowego kobiet obraz i instytucjonalne reakcje środowiska wielkomiejskiego*. Poznań: WNU.
- Włodarczyk, E. (2017). Żeby jeszcze skuteczniej pomagać... czyli o terapii i jej trudnościach z punktu widzenia kobiet uzależnionych od alkoholu. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*. 1, 22-27.
- Włodarczyk, E. (2018), *Kobiety uzależnione od alkoholu w procesie terapii – bariery i oczekiwania*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Włodarczyk, J., Makaruk, K., Michalski, P., Sajkowska, M., Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. *Raport z badań. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę*, 2018.
- Wojnar, M., Wasilewski, D., Matsumoto, H., Cedro A. (1991). Różnice w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych u kobiet i mężczyzn. *Alkoholizm i Narkomania*, 1(26), 21-32.

- Wojnar, M., Wasilewski, D., Matsumoto, H., Cedro, A. (1997). Różnice w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych u kobiet i mężczyzn. *Alkoholizm i Narkomania*, 1(26), 21-32.
- Wojtynkiewicz, E. (2020). O trudnych związkach uzależnienia od alkoholu i zaburzeń osobowości - studium przypadku. *Psychoterapia*, 4 (195), 23-35.
- Wojtynkiewicz, E. (2016). Uzależnienie od alkoholu z perspektywy teorii przywiązania - studium przypadku. *Psychoterapia*, 2(177), 69-82.
- Wojtynkiewicz, E. (2018a). Uzależnienie od alkoholu w świetle teorii psychodynamicznych. Cz. 1. Przegląd teorii klasycznych. *Psychoterapia*, 1(184), 31-39.
- Wojtynkiewicz, E. (2018b). Uzależnienie od alkoholu w świetle teorii psychodynamicznych. Cz. 2. Przegląd teorii współczesnych. *Psychoterapia*, 1(184), 50.
- Wojtynkiewicz, E., Sękowski, M., Liberacka-Dwojak, M. (2021). Differences in the sense of identity between men with alcohol use disorder, drug use disorder, and control group. *Psychoanalytic Psychology*, 38(3), 223-226.
- Wojtynkiewicz, E., Szatkowska, K., Borzyszkowska, A. (red.) (2021). *Psyche-Ciało-(Nie)Stabilność*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Wong, J. G., Clare, I. C., Holland, A. J., Watson P. C. (2000) The capacity of people with a 'mental disability' to make a health care decision. *Psychological Medicine*.
- Wojtyła, K. (2000). Osoba i czyn. W: T. Styczeń, W. Chudy, J. W. Gałkowski, A. Rodziński, A. Szostek (red.), *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne* (s.43-344), Lublin: TK KUL.
- Woronowicz B. T. (1993), *Alkoholizm jako choroba*, Warszawa: PARPA.
- Woronowicz B., (2015). *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woronowicz, B. (2008). *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Paramedia.
- Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa: Media Rodzina.
- Woronowicz, B. (2017). Kliniczne i społeczne aspekty uzależnienia od alkoholu. *Wyzwania*, 4, 165-188.
- Woydyłło E. (2005). *Sekrety kobiet*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Woydyłło, E. (2008). Trudni pacjenci – kobiety. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*. 6.
- Wyrzykowska, E. (2012). Uzależnienie od alkoholu jako wyraz deficytu w zakresie relacji przywiązania. *Alkoholizm Narkomania*, 25(3), 315.

- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York.
- Zawiślak, A. (2008). Problemy autonomii osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną. *Nauki o Edukacji*. 3.
- Zaworska-Nikoniuk, D. (2018). *Kobiety uzależnione od alkoholu w gąszczu ról i oczekiwań społecznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Żechowski, C. (2018). Style przywiązania a zdrowie psychiczne osób dorosłych w populacji ogólnej – badanie pilotażowe, *Via medica*, 15(4), 193-198.
- Zellner, M. R., Watt, D. F., Solms, M., Panksepp, J. (2011). Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems: Why depression feels so bad and what addicts really want. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(9), 2000-2008.
- Ziemińska, R. (2008). Etyka troski i etyka sprawiedliwości. Czy moralność zależy od płci? *Analiza i Egzystencja*. 8.
- Ziółkowski, M., Augustyńska, B., Budzyński, J., (2008). Płeć a uzależnienie od alkoholu. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnego uzależnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Zwierzyńska, E., Pietrzak, B. (2014). Patogeneza uzależnień – problem wciąż aktualny. *Alcoholism and Drug Addiction*, 27(2), 163-175.

Spis rysunków i tabel

Tabela 1. Charakterystyka ogólna kobiet biorących udział w badaniu.

Wykres 1. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Katarzyny.

Wykres 2. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Agaty.

Wykres 3. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Oli.

Wykres 4. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Justyny.

Wykres 5. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Blanki.

Wykres 6. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Małgorzaty.

Wykres 7. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Wioli.

Wykres 8. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Eweliny.

Wykres 9. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Celiny.

Wykres 10. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Danuty.

Wykres 11. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Zofii.

Wykres 12. Przebieg procesów trajektoryjnych w biografii Narratorki Ruty.

Rysunek 1. Kody, kategorie i subkategorie tworzące kontekst zaburzonych relacji w rodzinie pochodzenia u Narratorek.

Rysunek 2. Kody, kategorie i subkategorie tworzące kontekst braku wsparcia autonomii w rodzinie pochodzenia Narratorek.

Rysunek 3. Kody, kategorie i subkategorie tworzące kontekst czynniki osobowych w rozwoju autonomii uzależnionych kobiet.

Rysunek 4. Kody, kategorie i subkategorie tworzące kontekst system wartości kobiet uzależnionych.

Rysunek 5. Kody, kategorie i subkategorie tworzące kontekst podejmowania decyzji przez Narratorki.

Rysunek 6. Kody, kategorie i subkategorie tworzące kontekst traumy doświadczanej przez Narratorki.

Rysunek 7. Uzależnienie a autonomia.

Rysunek 8. Model uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu

Aneks

12 kroków Anonimowych Alkoholików

Krok Pierwszy

Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu- że nasze życie stało się niekierowalne.

Krok Drugi

Uwierzyliśmy, że Siła większa od nas samych może przywrócić nam zdrowy rozsądek.

Krok Trzeci

Podjęliśmy decyzję, aby powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, tak jak Go rozumieliśmy.

Krok Czwarty

Zrobiliśmy wnikliwą i odważną osobistą inwenturę moralną.

Krok Piąty

Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów.

Krok Szósty

Staliśmy się całkowicie gotowi, żeby Bóg usunął wszystkie te wady charakteru.

Krok Siódmy

Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki.

Krok Ósmy

Zrobiliśmy listę wszystkich osób, które skrzywdziliśmy, i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim.

Krok Dziewiąty

Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem tych przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych.

Krok Dziesiąty

Prowadziliśmy nadal osobistą inwenturę, z miejsca przyznając się do popełnianych błędów.

Krok Jedenasty

Staraliśmy się przez modlitwę i medytację poprawiać nasz świadomy kontakt z Bogiem, tak jak Go rozumieliśmy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia.

Krok Dwunasty

Przebudzeni duchowo w rezultacie tych kroków staraliśmy się nieść to posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach.

Streszczenie

Przedstawiona praca badawcza jest analizą uwarunkowań autonomii relacyjnej kobiet uzależnionych od alkoholu. Badania w Ośrodku Uzależnień Kobiet im. Matki Teresy w Międzyrzeczu Górnym. Są to badania jakościowe w oparciu o metodę biograficzną przeprowadzone przy pomocy wywiadu narracyjnego oraz analizy piciorysu. Przeprowadzono analizę 12 narracji biograficznych kobiet uzależnionych od alkoholu leczących się w ośrodku OTUK. Podstawą teoretyczną badań była koncepcja autonomii w ujęciu relacyjnym SDT

Wyniki wskazują na zaburzenia rozwoju autonomii w rozumieniu relacyjnym u uzależnionych od alkoholu kobiet. Kobiety uzależnione od alkoholu mają trudności w relacjach z innymi, niski poziom cech osobowych związanych z autonomią takich jak poczucie własnej wartości, samoświadomość, samoakceptacja i poczucie sprawstwa, słabo wykształcony system wartości oraz podejmują decyzję w oparciu o motywację zewnętrzną. Jak wykazały badania w biografiach kobiet uzależnionych od alkoholu występuje trauma relacyjna, również w dziedzinie wykorzystania seksualnego. Wyniki badań mają duże implikacje praktyczne zarówno w prowadzeniu terapii uzależnień kobiet jak i tworzeniu ośrodków leczenia uzależnień dla kobiet, aby dostosować programy terapeutyczne do potrzeb i specyfiki kobiecego uzależnienia.

Słowa kluczowe: uzależnienie kobiet, autonomia relacyjna, uwarunkowania, terapia kobiet

Summary

The presented research work is an analysis of the determinants of the relational autonomy of women addicted to alcohol. Research at the Women's Addiction Center. Mother Teresa in Międzyrzecze Górne. These are qualitative studies based on the biographical method, conducted using a narrative interview and a biography analysis. An analysis was carried out of 12 biographical narratives of women addicted to alcohol undergoing treatment at the OTUK center. The theoretical basis of the research was the concept of autonomy in the relational approach of SDT (Self-Determination Theory– SDT). The results indicate disturbances in the development of autonomy in a relational sense in alcohol-dependent women. Women addicted to alcohol have difficulties in relationships with others, a low level of personal characteristics related to autonomy, such as self-esteem, self-awareness, self-acceptance and sense of agency, a poorly developed value system, and they make decisions based on external motivation. As

research has shown, the biographies of women addicted to alcohol include relational trauma, including sexual abuse.

The research results have great practical implications both in the conduct of women's addiction therapy and in the creation of addiction treatment centers for women in order to adapt therapeutic programs to the needs and specificity of women's addiction.

Keywords: women's addiction, relational autonomy, determinants, women's therapy