

# ARKA

NR 2 • kwiecień 1992 r.

- Zespół zależności alkoholowej
- Prosto z mitingu
- Terapeuta odwykowy
- Jedzenie — wróg czy przyjaciel?



BIULETYN KOMISJI EDUKACJI  
W DZIEDZINIE ALKOHOLIZMU I INNYCH UZALEŻNIEŃ



## DRODZY CZYTELNICY

Zapytał kiedyś mędrca młody pustelnik: „Dlaczego nie protestujesz, gdy cię chwala?”

Odpowiedział mędrzec: „Zwykle tak jest, że pochwały odrzucamy nie z powodu naszej cnoty, ale dlatego, że chcemy być pochwaleni dwa razy...”

No więc nie będziemy protestować, gdy nas chwala. A dotarło do nas po pierwszym numerze Arki wiele pochwał oraz słów zachęty, aprobaty i uznania. Dr Wojciech Oleksy z Krakowa napisał: „Dziękuję za pierwszy, bardzo interesujący numer Arki, której prenumeratę niniejszym zgłaszam. Będzie ona dobrym, jak myślę, uzupełnieniem mojej edukacji na temat uzależnień”.

Redaktor naczelny miesięcznika społeczno-kulturalnego BESTSELLER z Łodzi, p. Marek Miller, zapragnął stałej współpracy i zapowiedział zamiar regularnego korzystania z zamieszczanych w Arce materiałów.

Pani Monika O. ze Śląska wyznała, że po przeczytaniu naszej rubryki „Prosto z mitingu” zdecydowała się jeszcze raz spróbować AA, bo może jednak uda się jej „spotkać takich ludzi, jak Jurek z Warszawy, a nie tylko takich, którzy w kółko opowiadają wyłącznie o swoim picu, co jest zbyt przygnębiające dla osoby trzeźwej zaledwie kilka miesięcy”.

Dowiedzieliśmy się również, że mamy liczne grono czytelników w Lublinie, ponieważ stamtąd wpłynęła na konto Fundacji Batorego największa zbiorowa wpłata na rzecz Arki.

Wiosenny numer Arki zawiera wybór tekstów ukazujących zarówno problem alkoholizmu, jak i terapii odwykowej, w sposób pozwalający zweryfikować wiele fałszywych a nawet głupich mitów, jakie wciąż krążą wśród nas. Mity o tym, że alkoholikiem jest jedynie ktoś z dołów społecznych, jak również mit rzekomego braku silnej woli, przyczyniają się do tego, że podjęcie leczenia jest tak trudne dla wielu ludzi mających problem alkoholowy. Chcemy pomóc im i chcemy pomóc tym wszystkim, którzy na swej drodze — w życiu rodzinnym, towarzyskim lub zawodowym — spotykają osoby nadużywające alkoholu lub „tylko” co jakiś czas upijające się do granic człowieczeństwa (lub poza te granice...) Pomoc ta polega między innymi na tym, by dowiedzieli się, że chorobę alkoholową można i trzeba leczyć i że im wcześniej osoba z problemem zgłosi się do terapii, pójdzie do AA, znajdzie się na leczeniu odwykowym — tym większe ma szanse na ocalenie reszty życia.

*Ewa Woydyłło*

*Mówi lekarz:*

## ZESPÓŁ ZALEŻNOŚCI ALKOHOLOWEJ

Prawie 20% ludzi pijących alkohol zapada na tę niezwykle chorobę, która wcześniej czy później wymagać będzie niezwyklego leczenia.

Pozostałe 80% osób pijących alkohol spożywa go bezkarnie, nie mając istotniejszych problemów wynikających z tego zjawiska.

Choroba alkoholowa rozwija się podstępnie, niedostrzegalnie, uchodzi uwadze otoczenia i ma ona charakter pierwotny, postępujący i przewlekły.

Zespół zależności może dotknąć każdego, kto ma ku temu predyspozycje (ściśle określone biologicznie), ponieważ nie respektuje niczego: pochodzenia, zawodu, wykształcenia, rasy, płci, wyznania, stanowiska, środowiska itp.

Dane statystyczne mówią, że 90% chorych, którzy padli ofiarą choroby zaprzeczeń nigdy nie mieli objawów psychotycznych, a więc wskazań do leczenia w szpitalu psychiatrycznym.

Tylko 10% alkoholików trafia do izby przyjęć oddziałów psychiatrycznych z powodu majaczenia, halucynozy lub psychozy alkoholowej.

Jeszcze mniej, bo tylko 3% pijących alkoholików — to ludzie z marginesu, którzy zagubili się zupełnie. To tylko ci ostatni są na ogół uznawani przez społec-

zeństwo za „prawdziwych alkoholików”.

Chore życie ludzi cierpiących na nieumiejętność życia z własnymi emocjami składa się z trzech okresów.

Pierwszy: od lat dziecięcych do czasu dokonania niezwyklego odkrycia zba wiennego, znieczulającego działania alkoholu na mało rozpoznawalny objaw — ból istnienia.

Drugi: to chorowanie przez wiele lat z alkoholem: na początku sprawiającym ulgę, a później głównie niosącym kłopoty, problemy, dolegliwości i cierpienie.

Trzeci: ostatni (niestety nie dla wszystkich leczonych) — tj. okres powrotu do zdrowia po zaprzestaniu picia — trwający do końca życia.

Są trzy uczucia (emocje), które towarzyszą choremu przez cały okres picia: wstyd, poczucie winy, wyrzuty sumienia. Zwykle są one tak bolesne, że zmuszają do kolejnego picia — aby doznać oczekiwanej ulgi psychicznej.

Aby przybliżyć strukturę choroby należy poznać kilka istotnych cech diagnostycznych (umożliwiających rozpoznanie):

a) wypijanie większych ilości, picie po kryjomu i ukrywanie faktów picia przed rodziną,

b) unikanie rozmów i tematów związanych z pićem (reagowanie agresją lub ucieczką),

c) picie w odmienny sposób — byle jak tzn. z byle kim, byle kiedy, byle gdzie, byle co, z byle czego itd.,

d) istnienie okresów abstynencyjnych (niepicie „w zaparte”)(cold turkey). Niealkoholicy nie mają okresów abstynencyjnych,

e) lekceważenie ostrzeżeń, zaprzeczanie, coraz mocniejsze mechanizmy obronne — dzięki czemu można przetrwać zanim się to wszystko zawali.

Aby chorobę zatrzymać trzeba dojść do niezwykle znaczącego momentu — tzw. spiętrzenia kryzysów, lub sięgnięcie swojego dna.

W przeciwnym razie chory na chorobę alkoholową trafia do więzienia (tak, jak 80% skazanych), przewlekle bywa w szpitalach psychiatrycznych (trwale, organiczne zmiany w mózgu), lub kończy przedwczesną śmiercią (najwyższy wskaźnik umieralności młodych ok. 40-letnich mężczyzn).

Od wielu lat na świecie i od niedawna w Polsce znany jest model Minnesota w leczeniu uzależnień w ramach kilkutygodniowych turnusów terapeutycznych. Celem programu leczenia grupowego jest przeprowadzenie chorych do właściwego dalszego trzeźwienia w grupach wspólnoty Anonimowych Alkoholików umożliwiającą powrót do całkowicie zdrowego życia.

Program Minnesota polega na różnorodnych oddziaływaniach psychoterapii grupowej w oparciu o wiedzę i doświadczenia wspólnoty AA (12 kroków i 12 tradycji). Uzupełnieniem tego programu są zdobycze współczesnej wiedzy medycznej, psychologicznej, socjologicznej i duchowej na drodze przebudowy emocjonalnej osób chorych na chorobę alkoholową.

**Marcin Binek lek. med.**

*From the physician:*

## **SYNDROM OF ALCOHOL DEPENDENCY**

Nearly 20% of people who drink alcohol succumb to an unusual disease, which sooner or later requires extraordinary treatment. The remaining 80% of those who consume alcohol do so with impunity, not having any of the fundamental problems resulting from this occurrence.

The disease of alcoholism develops gradually, imperceptibly, often going unnoticed and has a fundamental progressive and chronic nature. The group of alcohol dependency can hit any one who has a certain predisposition (narrowly defined biologically), since it does not respect anything: background, career, education, race, sex, belief, title, environment etc. Statistics show that 90% of those who succumb to alcoholism never had any psychological symptoms warranting admission to a psychiatric hospital. Only 10% of alcoholics make it to psychiatric clinic due to deliriums, halucinoses or alcoholic psychosis. Even fewer, some 3% of active alcoholics are people on the fringes who are completely lost. It is only this last group that society generally acknowledges as „true alcoholics.”

---

Those suffering with impaired living skills, an inability to live with their own feelings can be broken down into three periods.

First: from 10 years old to the discovery of the desensitizing effect of alcohol there are few diagnosable signs — pain of existence.

Second: the sickness of living many years with alcohol: at the beginning to relieve someone's pain, and later causing problems, worries and suffering.

Third: the final stage (unfortunately not for everyone who recovers) comprises the period of return to health after quitting drinking — lasts until the end of life.

There are three feelings (emotions) which invariably affect sick people during the drinking periods: shame, feelings of guilt, and remorse. As a rule they are painful, and lead to further drinking — in order to reach an expected level of psychological relief. In order to better understand the nature of the disease it is necessary to clarify a few fundamental diagnostic features (enabling recognition).

a) drinking of greater quantities, drinking in secret and hiding drinking from the family,

b) avoiding conversations and the subject tied to drinking (acting with aggression or changing the subject)

c) drinking differently — in anyway, with anyone, anytime, anywhere, for whatever reason,

d) existence of periods of non-drinking ( not drinking „cold turkey”). Nonalcoholics do not have periods of non-drinking.

e) disregard of warning signs, denial, stronger protection mechanisms — that allow ongoing drinking until everything falls apart.

In order to stop the disease it is necessary to reach an unusually significant moment, a connection of crises or reaching a personal bottom. In the other cases, alcoholics end up in prison (as 80% of those sentenced), lengthy stays in psychiatric hospitals (permanent brain disorders), or ending in premature death (the leading cause of premature death for 40 years old men).

For quite a while in the world and not so long ago in Poland there is a known model — Minnesota — for recovery from addictions in the course of a few week treatment. The objective of the group recovery program is based on long term sobriety in groups of Alcoholics Anonymous enabling a complete return to health.

The Minnesota program employs various psychotherapeutic principles of group support for knowledge and experience in AA (12 steps, 12 traditions). Supplement of this program by medical knowledge, in psychology, sociology and spirituality leads to success down the emotional road of recovery for those suffering from alcoholism.

**Marcin Binek, M. D.**

# NOWY ZAWÓD: TERAPEUTA ODWYKOWY

*Ewa Woydyłło*

Terapia alkoholików, narkomanów, lekomanów, a także osób uzależnionych od innych destrukcyjnych nawyków, tylko częściowo pokrywa się z umiejętnościami tradycyjnych psychoterapeutów wyszkolonych w akademickim modelu psychologii klinicznej lub wychowawczej. Bliższe poznanie specyfiki uzależnień nasuwa ponadto spostrzeżenie, iż podobieństw jest znacznie mniej niż różnic.

Najbardziej istotną różnicą wydaje się być sama relacja w tej osobliwej diadzie, jaką jest stosunek między terapeutą a klientem. Im bardziej jest on oparty na „zrównaniu” — na podobieństwie doświadczeń i wspólnocie ludzkich przeżyć — tym efektywniejsza okazuje się ich wspólna praca, a więc również skuteczniejsze leczenie odwykowe.

Uczenie się terapii uzależnień jest zatem przede wszystkim poznawaniem siebie, pracą nad zmianą własnych przekonań i przewartościowywaniem wielu spraw rzutujących na nasz stosunek do pacjentów i w ogóle innych ludzi. To właśnie stanowi główny cel szkolenia terapeutów odwykowych zorganizowanego przez naszą Komisję wraz z ogromnie przychylnymi władzami penitencjarnymi w Ministerstwie Sprawiedliwości.

Prócz codziennych zajęć w „Szkole Burgina” prowadzimy również cykl zaoczny dla pracowników zakładów karnych z innych rejonów kraju. W lutym zakończył się pierwszy trzymiesięczny program zaoczny, którego zwięźsze-

niem było wręczenie dyplomów absolwentom, wymiana wzajemnych wyrazów przyjaźni i uznania no i — spory materiał egzaminacyjny zawarty w pisemnych sprawdzianach słuchaczy. Za zgodą autorów pragniemy udostępnić czytelnikom ciekawsze fragmenty poruszające szczególnie trudne lub kontrowersyjne tematy.

O przewadze terapii grupowej nad indywidualną:

„Grupa jest swoistym mikrokosmosem. Działa w sposób odmienny niż zwykle społeczeństwo. Pacjent uczy się w grupie zachowań społecznych — grupa pozwala mu również na zapewnienie podstawowej potrzeby bezpieczeństwa oraz potrzeb wyższych; pozwala mu odnaleźć siebie, zaakceptować się, umożliwia samorealizację. Grupa stale oddziałuje na pacjenta (zwroty), kształtuje go, pozwala mu odreagować dręczące go problemy. Specyfika działania grupy pozwala na unikanie występujących w «zwykłym» społeczeństwie kompromisów — pozwala na «ostre» i bezpośrednie działania i wypowiedzi”.

*(Jarosław Klasa, ZK Nowy Wiśnicz)*

„Grupa daje poczucie wspólnoty poprzez podobieństwo problemów. Dostarcza wzmocnień pozytywnych podnosząc samoocenę i odbudowując wiarę we własne życie”.

*(Lucyna Kraus, ZK Lubliniec)*

„Przewyciężenie choroby alkoholowej polega nie tylko na zaprzestaniu picia. Towarzyszyć musi mu równocze-

śnie szereg zmian dotyczących postaw, zainteresowań, nawyków, rozbudzenie nowych potrzeb itp. Optymalnym miejscem dla dokonania tych zmian jest terapia grupowa. Uczy nawiązywania satysfakcjonujących stosunków międzyludzkich, daje poczucie akceptacji i bezpieczeństwa. Wskazując na uniwersalizm omawianych problemów przynosi poczucie ulgi i daje nadzieję. Pozwala na lepsze poznanie siebie, co umożliwia dalszy rozwój. Jest doskonałym treningiem nowych zachowań, które później można przenieść do codziennego życia.”

— (Kazimierz Nowakowski, ZK Grudziądz)

„Udział pacjenta w terapii grupowej jest ważnym i niezbędnym elementem całości procesu leczenia alkoholika. Grupa pracuje ustawicznie: na zebraniach społeczności, w czasie terapii grupowej, podczas zajęć rekreacyjnych i edukacyjnych, w jadalni, sypialni, świetlicy. Członkowie grupy, pracując wspólnie nad jakimś problemem, świadczą sobie pomoc, udzielają wsparcia, przedstawiają różne punkty widzenia, udzielają informacji zwrotnych. Udział pacjentów znajdujących się w różnych fazach przełamania zakłamania sprzyja przełamaniu nie szczerości, kłamstwa, lenistwa, opieszałości, manipulacji i symulowanego podporządkowania się grupie. Grupa otwarta, ciągła i składająca się z osób mających ten sam problem, umożliwia wzajemną identyfikację i konfrontację

przeżyć zarówno dawnych, jak i doznawanych «tu i teraz». Daje poczucie bezpieczeństwa i motywuje do życia w trzeźwości”.

(Andrzej Kędzierski, ZK w Barczewie)

O sferze duchowej i jej znaczeniu w zdrowieniu z alkoholizmu:

„Sfera duchowa ma duży wpływ na zdrowienie z alkoholizmu, przede wszystkim jednak w zakresie motywowania do leczenia. Alkoholik często stracił wiarę w siebie i innych. W sobie nie znajduje już żadnego oparcia, punktu zaczepienia, dzięki któremu wydrżwiłaby się z choroby. Z drugiej jednak strony przekonany jest o własnej wyjątkowości, jest pełen pychy co utrudnia mu nawiązanie więzi z innymi i rozbudzenie poczucia wspólnoty z innymi ludźmi. Sfera duchowa zatem pomaga znaleźć prawdziwe, nie wymuszone oparcie na drodze ku wyzdrowieniu. Człowiek zaczyna docierać do Boga (jakkolwiek Go rozumie), który stanowi dla niego właśnie to oparcie, a następnie przy Jego pomocy zaczyna odnajdować w sobie mocne cechy osobowości. Odkrywając sferę duchową, pozbywa się własnej pychy, uczy się nawiązywać więzi z innymi. Odnajduje swe «człowieczeństwo», którego poczucie jest tak ważne w tej chorobie”.

(Dariusz Schmidt, RZK Płock)

„Podstawą rozpoczęcia powrotu do zdrowia z alkoholizmu jest uznanie

bezsilności wobec alkoholu i uznanie, że jest coś silniejszego ode mnie (jakaś siła wyższa), która może mi pomóc”.

*(Janusz Karkocha, ZK Wrocław)*

„Wpływ duchowości jest bardzo ważny, wieloraki i potrzebny na wielu etapach procesu trzeźwienia. Na początku, po uznaniu własnej bezsilności wobec alkoholu, sfera duchowa ma wpływ na właściwe rozumienie i zaakceptowanie Drugiego Kroku AA, bez czego dalsza praca jest niemożliwa.

W następnych etapach procesu trzeźwienia takie elementy psychiki człowieka jak skala wartości, postawy społeczne, zainteresowania — w wydany sposób pomagają w leczeniu oraz pozwalają zapełnić pustkę powstałą po odstawieniu alkoholu”.

*(Andrzej Górka, RZK w Sztumie)*

„Człowiek jest istotą duchową. Podstawową potrzebą człowieka jako istoty duchowej jest potrzeba aby jego życie miało sens. Sens życiu mogą nadawać różne rzeczy, np. miłość, odpowiedzialność za kogoś, praca itp. Nie każdy musi wierzyć w Boga lub nawet w cokolwiek co go przerasta, ale każdy człowiek ma potrzebę sensu życia. Picie zaciemnia bądź nawet odbiera alkoholikowi sens życia i tym samym oddala go od zaspokojenia tej ważnej potrzeby duchowej, którą (tak, jak potrzebę bezpieczeństwa) mamy wszyscy. W ten sposób duchowość alkoholika ulega zubożeniu. Potrzeba sensu życia to tylko

przykład, jeden z obszarów duchowości, który ulega zniszczeniu wskutek picia. Tego rodzaju podstawowe potrzeby, nawet skrajnie sfrustrowane, jednak nie giną i można je wykorzystać w procesie leczenia. Stąd w Dwunastu Krokach jest tyle odniesień do Boga, siły wyższej itd. Alkoholik trzeźwiejący odzyskuje sens życia i odzyskuje swoją duchowość — wcześniej skrajnie stłumioną. Trzeźwiejący alkoholik czuje, że jeśli będzie pił, utraci istotną część swojej duchowości, a gdy chce ją ocalić i rozwijać — to nie może pić. W ten sposób stałe rozwijanie i wzbogacanie sfery duchowej staje się «gwarantem trzeźwości». Dlatego nie wierzę w istnienie skutecznej terapii alkoholizmu, która nie odwoływałaby się do sfery duchowej.”

*(Andrzej Majcherczyk)*

„Jesteśmy ludźmi, a więc nasze życie ma aspekt duchowy, obejmujący to wszystko, co jest poza-fizyczne, wyższe, doskonalsze (z sumieniem, etyką i uczuciami wyższymi włącznie). Duchowość to związek z kimś lub czymś, co jest dla nas najważniejsze w życiu, wokół czego skupiamy się i działamy. W alkoholizmie — alkohol zajmuje centralne miejsce — staje się najważniejszy w życiu. Alkoholik traci poczucie obowiązku i odpowiedzialności, przestaje kochać i pracować. Nazywamy to często psychodegradacją alkoholową. Duchowość to wola, entuzjazm i ufność.”

*(Zofia Wyzimirska, AŚ Kraków Podgórze)*



## BILL, DOBRZE ŻE JESTEŚ!

Z dala od centrum, na peryferiach południowej dzielnicy Warszawy, w nieciekawej konfiguracji rozrzuconych tu i ówdzie zakładów przemysłowych, magazynów i hurtowni, znajduje się Zakład Karny. To właśnie tu, przy ul. Kłobuckiej 5, dzieje się coś ważnego, pożytecznego — nie tylko dla polskiej resocjalizacji, ale dla mojego kraju, dla ludzi. Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień wraz z przychylnymi władzami więziennictwa urządziła tu prawdziwą szkołę: mamy wykłady, ćwiczenia, testy, seminaria, prace domowe, zajęcia praktyczne — to wszystko, co pozwoli nam nauczyć się zawodu terapeuty odwykowego.

Osobiście pozostaję wciąż pod wrażeniem tego miejsca i tej sytuacji. Czuję, że dzieje się tu coś ważnego, coś, co może nam wszystkim pomóc zaspokoić niedosyt wiedzy o zjawisku powszechnym, z którym ja i ty spotykamy się niemal na każdym kroku. Mówię oczywiście o nadużywaniu alkoholu i o uzależnieniu od alkoholu.

Osoba cierpiąca na tę chorobę (choć przeważnie nie zdaje sobie z tego sprawy) ma prawo do leczenia, ma prawo być akceptowana. Ktoś, kto nadmiernie pije, nie jest „gorszy” ani „zły” — najczęściej po prostu nie może znaleźć pomocy, bo nie wie jak lub w ogóle nie wie, że pomoc jest możliwa i że trzeba o nią poprosić fachowców. Pomoc w tej chorobie nie polega na zatajaniu, kryciu, ani na grożeniu, oskarżaniu i wymuszaniu „suchych” przerw w picciu.

Można jednak nauczyć się sztuki pomagania uzależnionym. Dziś odróżniam już człowieka od choroby. Jest to prawda sprawdzona przez tych, którzy wytrzeźwili i odzyskali zdrowie duchowe. Bo u nas również powoli zachodzą zmiany w rozumieniu tej choroby. Alkoholizm jest chorobą pierwotną, postępującą, chroniczną, śmiertelną. Charakteryzuje się utratą kontroli nad ilością wypijanego alkoholu, a więc także nad zachowaniami, sposobem myślenia, systemem wartości. Jest to choroba ciężka, ale NIE BEZNADZIEJNA.

To chyba po to ten rubaszny facet przyjechał do nas gdzieś z Minnesoty i razem usiłujemy coś zrobić, żeby w Polsce też miłość zwyciężyła nad nienawiścią, wiara nad zwątpieniem, wartości nad upokorzeniem, a wybaczenie nad urazą.

Więc dobrze, że jesteś Bill.

*Wojtek ze „Szkoły Burgina”*



## BILL IT'S GOOD YOU'RE HERE!

Far from downtown, on the outskirts of a southern section of Warsaw, with industrial sites scattered here and there in an uninteresting way is a prison. It is exactly here, near 5 Kłobucka Street, something important and useful is happening — not only for Polish resocialization, but for my country, for the people. The Alcohol and Addiction Education Commission along with supportive prison powers set up a true school, we have lectures, exercises, tests, seminars, homework, practical work — everything that allows us to learn addiction therapy.

Personally, I am forever impressed by this situation and place. I fell that something important is happening here, what might be able to help everyone satisfy their hunger to know about a common occurrence, which you and I run into quite often all the time. I am speaking about alcohol abuse and dependency.

Someone suffering from this disease (while generally not acknowledging it) has the right to treatment, and the right to be accepted. Someone who drinks excessively, is not bad or worse than — most often he just cannot find help, because he does not know how, or even that help is possible, that sometimes you have to ask professionals. Help from the disease does not depend on concealment, covering up, nor threats, accusations and forced „dry” breaks from drinking.

The art of helping addicts is learnable. Today I can already differentiate a person from the disease. It is well known, from those who have sobered up and reached a healthy spiritual life. Because even here, slowly, great changes are coming to understand the disease. Alcoholism is a disease, progressive, chronic and deadly. It is characterized by loss of control of the quantity of alcohol consumed, as well as behavior, ways of thinking, and system of values. It is a serious disease, but NOT HOPELESS.

Maybe this is why this rough guy came to us from Minnesota and together we are trying to do something, so that in Poland love wins over hate, faith over doubt, esteem over humiliation, and forgiveness over hurt.

So it's good you're here, Bill.

*Woytek from the „Burgin Scholl”*

PROSTO Z MITINGU (AL—ANON)

## ODPOWIEDZIALNA JESTEM TYLKO ZA SIEBIE

Rzadko mi się zdarza nie zabierać głosu na mitingu. Dziś słuchałam uważnie i docierały do mnie inne wartości, choć temat wcale nie był mi obcy — odpowiedzialność.

Dotarło do mnie, że już jako dziecko czułam się odpowiedzialna za innych. Za smutek i zmęczenie mamy, za to że brat płakał pozostawiany przy furtce przedszkola. To ja musiałam czuwać nad jego bezpieczeństwem, gdy inni chłopcy chcieli go pobić. W przedszkolu zmuszano mnie, abym myła go w zimnej wodzie, kiedy narobił w majty. Pamiętam, że nieważne było upokorzenie, jakie odczuwałam, kiedy inne dzieci śmiały się, ani prawie sztywne ręce z zimna, tylko jego płacz. Miałam wtedy zaledwie 5-6 lat, a brat był młodszy o 2 lata. Czułam się winna i odpowiedzialna, kiedy ojciec bił mego brata. Do dziś nie mogę spokojnie patrzeć, gdy widzę jakąś bójkę.

W życiu dorosłym moja odpowiedzialność ZA a nie WOBEC przeniosła się na męża i dzieci. Byłam odpowie-

dzialna za ich poczynania, myśli i uczucia. Kontrolowałam, zamartwiałam się. W tym wszystkim zapomniałam o sobie. Miałam żal do siebie i innych, czułam się winna i krzywdzona jednocześnie, byłam nieszczęśliwa, uciekałam w świat iluzji i marzeń. Stałam się zgorzkniała, niecierpliwa, nietolerancyjna. Sama już nie umiałam dawać uczuć, a ciągle oczekiwałam ich od dzieci, później oskarżałam je o kamienne serca. Odsunęłam się od Boga, bo On mnie karał, a nie mogłam zrozumieć za co. Przecież byłam taka odpowiedzialna, dobra, obowiązkowa.

Od kiedy wstąpiłam do Wspólnoty, świat zaczął nabierać innych barw. Zobaczyłam nadzieję, jaką dał mi program. Zaczęłam pracować nad sobą i zdrowieć. To, co zaczęło się dziać w moim życiu, chwilami przerasta mnie.

Moje odkrycia pozwoliły mi mocno stanąć na twardym gruncie. Zrozumiałam, że jestem odpowiedzialna WOBEC moich dzieci. Mam im przekazać moje wartości i doświadczenia. Pokazać im

dobro i zło. Nie mogę jednak odpowiadać za ich wybór.

Odpowiedzialność dzisiaj rozumiem jako uczciwość, szczerłość, tolerancję, zgodność z własnym sumieniem. Odpowiedzialna jestem tylko za to co JA robię. Jestem też odpowiedzialna za podanie ręki cierpiącemu człowiekowi, jeśli chce pomocy. Mogę jednak tylko przekazać własne doświadczenia i poglądy, nie udzielam już nikomu rad.

O ileż bardziej dzisiaj jestem szczęśliwa, kiedy w domu tyle się zmieniło. Kiedyś byłabym dumna i przypisywała-

bym sobie zasługi, dzisiaj jestem wdzięczna ludziom i Bogu, że mnie nie opuścił, mimo że ja Go kiedyś odrzuciłam. Nauczyłam się dziękować Mu i rozmawiać z Nim.

Dziękuję też wam, że jesteście — dalej czy bliżej. Dziękuję za to, że to, czego nie powiedziałam na mityngu, mogę przekazać innym choćby w tej formie.

Jeszcze jedno, odpowiedzialność, jak ją dziś pojmuję i staram się wprowadzić w moje życie, pozwala mi czuć się bardziej wolną.

*Wanda — koalkoholiczka*

Pragniemy prezentować doświadczenia i opinie uczestników AA oraz innych osób zainteresowanych programem AA. Za zgodą amerykańskiego miesięcznika „AA Grapevine Inc.” będziemy również zamieszczać wypowiedzi aowców zza oceanu. Żadnych opinii nie należy przypisywać wspólnocie Anonimowych Alkoholików jako całości.

## PROSTO Z MITINGU AA

# BEZWZGLĘDNA UCZCIWOŚĆ

Za kilka dni będę obchodzić pierwszą rocznicę w AA. Będzie to najważniejszy dzień w moim całym 41-letnim życiu.

Spoglądając wstecz na miniony rok przeżyty w trzeźwości odczuwam ogromną wdzięczność za wszystko, co się ostatnio u mnie zmieniło. Doświadczyłem przez ten rok wielu zwyczajnych radości trzeźwego życia, na przykład uwolniłem się całkowicie od kaców i przekrwionych oczu, ale za to trzymały się mnie pieniądze. Wdzięczność moja jest jednak znacznie głębsza. Jest efektem coraz większego szacunku do siebie wynikającego z życia opartego na uczciwości.

Bo widzicie, kiedy jeszcze piłem, byłem człowiekiem, który wpadał w eufo-

rię, gdy kasjerka w sklepie wydała mu za dużo reszty. Byłem zachwycony, gdy udało mi się czasem gwizdnąć butelczynę lub dwie i kilka steków ze sklepu, w którym pracowałem. Upajałem się też myślą o wszystkich „zaoszczędzonych” pieniądzach podkradając znaczki pocztowe z biura.

Od razu na początku trzeźwości sponsor poruszył ze mną temat „bezwzględnej uczciwości”. Powiedział mi wtedy, że my alkoholicy jesteśmy — po latach picia — tak nieuczciwi, że gdy zaczynamy trzeźwieć, musimy starać się zachowywać uczciwość w każdym najmniejszym drobiazgu. Powiedział, że musimy „przestać kraść nawet znaczki pocztowe”. Zapewne nawet się nie domyślał jak trafił „w samą dziesiątkę”.

Opierając się na własnym przykładzie doradził mi, jak z biura można wysyłać prywatne listy — jego sekretarka prowadzi dokładną ewidencję osobistej korespondencji i w ten sposób on dowiadyuje się, ile ma zapłacić za znaczki. Płaci za nie zresztą awansem. Ja również dostawałem od niego listy pisane na służbowej papeterii — za co, jak wiem, także płacił z własnych pieniędzy. Bez względu na uczciwość nie była pustym frazesem, o którym przeczytał w Wielkiej Księdze; stała się dla niego sposobem życia stosowanym w praktyce.

Już jakiś czas przerabiam Dziewiąty Krok programu Anonimowych Alkoholików. W związku z tym napisałem do dyrektora firmy, która mnie kiedyś zatrudniała. W liście tym przyznałem się do swoich kradzieży. Wyjaśniłem, że należę do AA i pragnę dziś zadośćuczynić. Odpisał mi, dziękując za moją uczciwość i podał, gdzie mam odesłać pieniądze. Płacę ratami, wysyłając co miesiąc czek. Tydzień temu wysłałem też czek na pokrycie kosztów moich prywatnych rozmów telefonicznych, jakie prowadziłem ze służbowego telefonu. Oddałem również dług za znaczki pocztowe.

Gdy dziś spostrzegłem, że otrzymałem za dużo reszty w restauracji, wróciłem do młodej kasjerki i oddałem jej nadpłaconego dolara. Spojrzała na mnie z wdzięcznością i powiedziała: „Dziękuję panu za uczciwość”. Zwróciłem się żonie, że przepełniło mnie w tym momencie niesamowicie miłe i ciepłe uczucie. Pomyślałem, jak rzadko — jeżeli w ogóle — ktokolwiek mówił do mnie w ten sposób w ciągu minionych dwudziestu pięciu lat mego picia.

*Ed L., Coos Bay, Oregon*  
(AA Grapevine, styczeń 1989)



---

## POMAGAJĄC INNYM, POMAGASZ SOBIE

Ludzie mają wiele motywów, by pisać artykuły. Ja opieram się na przeświadczeniu, że alkoholizm, obok chorób nowotworowych, zajmuje pierwsze miejsce na liście przedwczesnych zgonów na świecie i stanowi jeden z podstawowych problemów zdrowotnych.

Od przeszło pięciu lat mam „przywilej” obracać się po terenie, który nazywa się alkoholizm. Sam jestem alkoholikiem i dziś określam siebie mianem powracającego do zdrowia (recovering alcoholic). Dane mi było leczyć się w Instytucie Psychiatrii i Neurologii na oddziale odwykowym w Warszawie. Ponadto na oddziale odwykowym szpitala w Lublińcu. Pobyt na takich właśnie oddziałach pozwolił mi obracać się wokół ludzi chorych. W czasie leczenia poznałem wielu lekarzy, duchownych i specjalistów z różnych dziedzin medycyny, zwłaszcza z psychiatrii i psychologii, poznałem ludzi, którzy swoje zdolności, siły, czas i serce poświęcają ludziom uzależnionym.

Osobiście wiem jak towarzyskie, okazjonalne popijanie zmienia się w uzależnienie. Alkohol bowiem jest używką, która może zmienić nastrój człowieka, lecz może też spowodować chorobę o nieuchronnym, jednakże dającym się

przewidzieć przebiegu. Medycyna potrafi dziś tę chorobę szczegółowo opisać. Amerykańskie Stowarzyszenie do spraw Nałogów i amerykański Ośrodek Badań Uzależnień od Alkoholu i Narkotyków podaje definicję alkoholizmu z uwzględnieniem czynników genetycznych, psychologicznych i środowiskowych. Choroba ta ma charakter postępujący i często fatalny w skutkach. Cechą jej jest stały lub chwilowy zanik kontroli picia, spożywanie alkoholu pomimo niepomysłnych konsekwencji i istotnych wad w myśleniu, w szczególności zaprzeczania. Warto zauważyć, że chorobą alkoholową dotknięci są nie tylko ci, którzy piją regularnie, ale także osoby spożywające alkohol okresowo.

Pisząc ten artykuł pragnę bardzo mocno podkreślić, że medycyna potrafi dziś tę chorobę szczegółowo opisać. Można więc zastosować ściśle określone metody jej leczenia. Chorzy na tę chorobę mogą wrócić — i wracają — do zdrowia. Chorzy mogą na nowo rozpocząć życie szczęśliwe i pełne radości. Nie uczynią jednak tego sami. Zawsze potrzebny i niezbędny im jest ktoś drugi. Najwspanialej, jeśli tym kimś będzie trzeźwy alkoholik.

W ubiegłym roku (w maju i czerwcu) dzięki Fundacji im. Stefana Batorego przebywałem w Stanach Zjednoczonych, w ośrodku, który zajmuje się leczeniem alkoholików i innych uzależnionych chemicznie osób. Zakład ten mieści się w stanie Maryland, w Havre de Grace i nazywa się Father Martin's Ashley. Dziś chciałbym się podzielić tym, czego dowiedziałem się na temat pomocy dla drugich, cierpiących alkoholików.

#### **I. Zajmij właściwe stanowisko**

Trudno jest bowiem pomagać ludziom, którzy czują, że nimi gardzisz bądź uważasz ich za nikczemników. Traktuj alkoholika, jak człowieka, z godnością i miłością. Najważniejsze jest niewidzialne — sercem patrz — powiedział Exupery w „Małym księciu”. Zechciej i ty sercem patrzeć i serce okazywać.

#### **II. Naucz się. Poznaj czym jest choroba alkoholowa, poznaj jej symptomy.**

Dziś każdy ma możliwość dostępu do książek o alkoholizmie. Wiedza na temat tej choroby jest niezwykle ważna. Nie możesz bowiem pomóc człowiekowi uzależnionemu, dopóki nie pojmiesz i nie zrozumiesz na czym polega ta choroba.

#### **III. Alkoholizm jest uzależnieniem od alkoholu bądź substancji zawierających alkohol.**

Skoro już dowiedziałeś się, że alkoholizm jest uzależnieniem, to wiesz iż

sama siła woli nie wystarczy, by wyzdrowieć. Potrzebna jest właściwa terapia, której metody stosują specjalistyczne ośrodki rehabilitacji uzależnień.

#### **IV. Postaw alkoholika oko w oko z faktem jego choroby i zaoferuj, zaoferuj mu możliwe rozwiązanie i pomoc.**

Alkoholik nigdy nie poczuje się dobrze, dopóki nie uzyska szansy. Staraj się patrzeć na człowieka chorego jak na kogoś z szansą, nawet jeśli w danym momencie jego życie jest złe.

#### **V. Czyń alkoholików odpowiedzialnymi za ich działanie, za ich czyny.**

Postaraj się tak z chorymi rozmawiać, by sugerować im, że nie ma prawdziwej wolności bez odpowiedzialności. Życie każdego człowieka to droga wyborów, ale za każdy wybór odpowiedzialny jest zawsze ten, kto wyboru dokonał.

#### **VI. Użyj. Zastosuj wszystkie możliwe środki terapeutyczne. Korzystaj z całego dostępnego bogactwa jakie niesie najnowsza wiedza o leczeniu choroby alkoholowej.**

Trzeba bowiem mieć tę świadomość, że alkoholizm jest to kompleks-zespół chorobowy i potrzebuje on sieci ludzi o różnych specjalnościach do leczenia tej choroby. Leczenie alkoholika musi obejmować całość człowieka we wszystkich aspektach. Alkoholik cierpi bo-



wiem emocjonalnie, psychicznie, fizycznie i duchowo. W terapii więc powinien brać udział wielodyscyplinarny zespół fachowców: lekarze, duchowni, psycholodzy, psychiatry, pielęgniarki, personel administracyjny, sanitariusze, salowe i portierzy. W najlepszych ośrodkach członkami zespołu terapeutycznego są wszyscy pracownicy.

#### **VII. Nigdy nie porzucaj nadziei, nigdy nie bądź zniechęcony.**

Próbuj przekonująco przekazać pacjentowi swoją wiarę w jego pełne wyzdrowienie. Nawet jeśli alkoholik nie powróci do zdrowia, nawet jeśli nie zostanie odzyskany — ty przynajmniej próbowałeś, starałeś się. M. Buber powiedział: „Sukces nie jest żadnym z imion Boga”.

#### **VIII. Alkoholizm jest chorobą rodziny.**

Wszyscy członkowie rodziny są nią dotknięci, wszyscy ci, którzy wspólnie zamieszkują z alkoholikiem potrzebują leczenia. Stąd też ważne jest tworzenie i rozwijanie grup Al-Anon (dla współmałżonków) oraz grup Al-Ateen (dla dzieci alkoholików).

\* \* \*

Myślę, że wskazówki powyższe pomogą służyć wszystkim tym, którzy pragną nieść pomoc ludziom uzależnionym od alkoholu. Ponieważ jestem księdzem katolickim ostatnią część ar-

tykułu kieruję do duchowieństwa w szczególności. Sobór Watykański II przedstawił urząd kościelny pod wspólnym mianownikiem służby. Urząd kapłański oznacza służenie w dwóch kierunkach: Chrystusowi i ludziom. Niech to będzie służba przepelniona nutą chrześcijańskiego optymizmu.

„Tak jest drodzy bracia, praca duszpasterska wśród tych najnieszczęśliwszych braci naszych suponuje i wymaga wielkiej siły ducha, przede wszystkim wiary, niezachwianego niczym i nigdy przekonania, że Bóg, choć ukryty, jest w nich obecny; że nawet ci z nich, którzy są najbardziej naznaczeni stygmatem nędzy fizycznej czy moralnej są stworzeni i przeznaczeni do spotkania z Jezusem Chrystusem i przyjaźni z Nim; że w każdym tkwi ukryta tęsknota za tym spotkaniem i przyjaźnią, że każdy człowiek jest «capax Dei» — uzdolniony przez Boga do zjednoczenia z Nim. Dlatego trzeba mieć ufność w potęgę działania Bożego w nich. Oczyścić nasze spojrzenie, aby ich widzieć tak, jak Bóg ich widzi. Jeżeli wyzwolimy się z naszego zbyt ludzkiego stosunku do nich, z naszych uprzedzeń i obaw, wtedy sam Bóg nam wskaże, jaką drogą do nich trafić. Obowiązki Kościoła wobec chorych na chorobę alkoholową są większe wobec innych, którzy nie potrzebują lekarza” (bp Gand).

*O. Ryszard Bortkiewicz*  
*OSPPE*  
*Częstochowa*

---

## HELPING OTHERS, YOU HELP YOURSELF

People have many motives to write articles. I believe that alcoholism, along with tumor diseases, holds first place on the list of premature (untimely) deaths and stands as one of the world's fundamental health problems.

For the past five years I have had the privilege to work in field of alcohol treatment. I am an alcoholic, and today I describe myself as a recovering alcoholic. I recovered at the Addiction Unit of the Psychiatric and Neurological Institute of Warsaw. I also spent time at the Addiction Unit at the hospital in Lubliniec. My stay at these units gave me the chance to come in contact with many sick people. During my recovery I met many spiritual doctors and specialists in various fields of medicine, especially from psychiatry and psychology, to know people, who from their own brilliance and strength, devote their time and energies helping those addicted to alcohol.

Personally I know how social and occasional drinking can lead to an addiction. Since alcohol is a mood altering substance, it can bring about an unforeseen disease. Today medicine can generally describe and name this disease. The American Association of Addictive Medicine and the American Society of Alcohol and Drug Addictions publish a narrow definition of alcoholism taking into account genetic, psychological and environmental factors. The disease is progressive, often fatal in the end. The main feature of the disease is a permanent or temporary loss of control over drinking, consumption of alcohol regardless of the consequences and defects of thought, especially regarding denial. The latest 1990 definition, regards the disease of alcoholism as touching not only those who regularly drink, but those who drink occasionally.

---

Writing this article, I very much want to stress that today medicine can describe the particulars. There are clearly defined treatments. Those suffering from alcoholism can return and do return to health. The sick can get better and go on to start a life that is happy and full of joy. However, they cannot learn this alone. Other people will always be necessary and needed to help. It is most wonderful when a sober alcoholic can help.

In the past year (May and June) thanks to the Stefan Batory Foundation, I went to a recovery clinic for alcoholism and other chemical dependencies in the United States. The Father Martin's Ashley Clinic is located at Havre de Grace, Maryland. Today I would like to concentrate on what I found out regarding helping others suffering from alcoholism. Let's call this an outline for helping alcoholics.

#### I. Deal with a specific area.

Since it is difficult to help people whom we despise in some way, guard against meanness. Treat the alcoholic as a person, with dignity and love. What's most important is unseen — watch with your heart — Exupery said in the „Little Prince“. Take care to watch and show with your heart.

II. Learn. Recognize what alcoholism is all about.

Today all of us have access to books about alcoholism. Knowledge about the disease is unusually important. Since you cannot help a person in denial until you reach an understanding what the disease is about.

III. Alcoholism is an addiction to alcohol or substances containing alcohol.

We've already found out quite a lot, that alcoholism is an addiction, and we know that will power alone is not enough to recover. Therapy is needed, provided by specialized clinics dealing with addiction rehabilitation.

IV. Look at the alcoholic straight in the eye, naming the disease and offer him the possibility of help.

The alcoholic will never feel good until he gets a chance. Try to look at a sick person as someone who has a chance, even though at the present moment his life maybe a mess.

V. Make the alcoholic responsible for his actions.

Try to talk with sick people, to suggest that there is no true freedom without responsibility. The life of every

---

person is based on choice, though for everyone the responsible choice is exactly that which they chose.

VI. Make use of. Try all forms of therapy. Take advantage of all available possibilities that alcohol treatment therapies offer. Since it is necessary to have the awareness that alcoholism is a complicated group of disorders and treatment requires a network of different specialists.

VII. Don't ever give up hope, never be unencouraging.

Try to convincingly show the patient your own faith in his own full recovery. Even if the alcoholic does not return to health, even if he is not successful — you at least tried. M. Buber said „Success is not the command of God”.

VIII. Alcoholism is a family disease.

All family members are affected, everyone who lives together with the alcoholic needs recovery. This is the basis of the establishment and development of the Al-Anon Groups (for partners of alcoholics) as well as Al-Ateen Groups (for children of alcoholics).

I believe this outline will help everyone who yearns to bring help to those dependent on alcohol. Since I am also a catholic priest the last section of this

article deals with spirituality. The Second Vatican Council set up a church office jointly with the Ministry Office serving both Christ and the people. Let it serve the fullest goals of Christian optimism.

„That dear brothers, priestly work among those least happy demands great spiritual strength, above all else unshaken and unerring faith, that God, while sometimes hidden is always present, that even those who are most marked, stigmatized, physically or morally destitute are called and destined to meet and befriend Jesus Christ; that within everyone there is a hidden longing for that meeting and friendship, that everyone is «Capax Dei» — gifted by God to join with him. That is why it is necessary to have trust in the power of God. To purify our outlook, in order for them to know, that God sees them. If we liberate ourselves from our slightly distancing view, from our biases and prejudices, then God alone will show us, which way to help them. Church duties in the presence of those suffering from alcoholism are greater than those who do not need a doctor” (bp Gand).

Father Ryszard Bortkiewicz  
OSPPE  
Częstochowa

# PIEŁĘGNIARKA JEST TEŻ TERAPEUTĄ

Latem 1990 roku odbyłam szkolenie w USA.

Wyjazd mój został zrealizowany dzięki Fundacji im. Stefana Batorego, Komisji Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień.

Odbyłam staż w Heritage Health w Melbourne na Florydzie, wzięłam udział w kursie pielęgniarskim w New Jersey, tzw. Summer School of Drug Studies Rutgers University, a potem odbyłam trening terapeutyczny w Caron Hospital w Pensylwanii.

Celem moim było zrozumienie istoty choroby alkoholowej i uzależnień w ogóle. Pragnęłam z bliska przyjrzeć się jak Amerykanie dają sobie radę z tym problemem, jednocześnie chcąc coś z tych informacji przenieść do swojego środowiska zawodowego w Polsce.

Aby wszystko dokładnie zrozumieć od strony pacjenta i personelu, byłam przez 4 tygodnie sama pacjentką, mimo iż nie jestem chemicznie uzależniona. Obowiązywał mnie ten sam program i regulamin, jaki dotyczy pacjentów w ośrodku Melbourne, Floryda.

Już w pierwszych godzinach mogłam odczuć jak zdenerwowany i zagubiony czuje się pacjent po przyjsciu do oddziału.

Zostałam umieszczona na tzw. sali obserwacyjnej, jak każdy nowy pacjent. Sala ta była usytuowana na wprost dyżurki pielęgniarskiej, celem lepszej obserwacji.

Wywiad wstępny przeprowadziła ze mną pielęgniarka, która założyła moją historię choroby.

Drugiego dnia miałam wykonane badania krwi i moczu, w ciągu tygodnia miałam trzy razy dziennie mierzone RR, tętno, temperaturę.

Po rozmowie z terapeutą otrzymałam swój indywidualny plan leczenia, polegał on na pracy nad emocjami, głównie agresją (w oparciu o program "AA", "12 Kroków, 12 Tradycji").

Po tygodniu pobytu zostałam dyżurną w stołówce i sprzątałam stoły, ponieważ większość czynności porządkowych wykonują sami pacjenci.

Następnie zostałam umieszczona w pokoju z pacjentką uzależnioną od alkoholu i narkotyków. Patrzyłam jak bardzo cierpiała fizycznie i psychicznie starałam się jej pomóc, a jednocześnie musiałam znosić huśtawkę jej nastrojów.

W oddziale panował zakaz palenia, słuchania muzyki, oglądania TV, perfumy, wody kolońskiej musiały być oddane do depozytu.

Odwiedziny rodzin odbywały się tylko w niedzielę.

Zajęcia rozpoczynały się o 8.00 rano, a kończyły o 22.00.

W czasie zajęć uczyłam się mówić o swoich problemach i słuchać innych, ponieważ w tej chorobie otwartość i szczerłość stanowią warunek skuteczności leczenia.

Próbowałam identyfikować się z grupą, uczyłam się przyznawać do rzeczy przykrych, wstydlivych oraz prosić innych o pomoc.

Dowiedziałam się również, jak ciężko w tej chorobie musi pracować sam pacjent i jak bardzo potrzebny jest ktoś obok.

Brałam też udział w terapii rodzin i programie dla ludzi z rodzin dysfunkcyjnych. Patrzyłam z podziwem na pracę terapeutę, a przede wszystkim pielę-

niarek, które prezentowały dużą powagę i szacunek w stosunku do pacjenta i posiadały dużą wiedzę zawodową.

Chcę jeszcze dodać, że szkolenie w USA dało mi dużo optymizmu i radości życia, które pragnę przekazać swoim pacjentom w pracy na oddziale odwykowym, a jednocześnie swoją postawą i zachowaniem podnosić rangę zawodu pielęgniarskiego.

*Małgorzata Wodiczko*

## NURSE AS A COUNSELOR

I spent the summer of 1990 training in the United States. The trip was made possible by the Stefan Batory Foundation, Commission of Education on Alcohol and Drug Addiction.

I spent time at Hearitage Health in Melbourne, Florida, along with a nursing course in New Jersey at the Summer School of Drug Studies at Rutgers University, and therapeutic training at Caron Hospital in Pennsylvania.

My objective was an understanding of the fundamentals of alcoholism and dependency in general. I very much wanted to look at how Americans deal with this problem, at the same time wanting information that I could use in my own environment and career in Poland.

In order to better understand the views of patients and personnel,

I spent four weeks as a patient in Melbourne, Florida even though I am not chemically dependent. I was required to follow the same rules and regimen as a patient.

Even in the first few hours I could feel how nervous and lost a patient feels after admission to the clinic. I was placed in the observation room like every new admittee. The room was situated straight across from the nursing station.

A nurse gave me an introductory talk and noted down my disease particulars. The second day I went for blood and urine tests, and during the week, pressure, pulse rate, and temperature were measured three times a day.

After talking with the therapist I received an individual recovery plan, based

on work with my emotions, mainly aggression, and support in AA groups (12 Steps, 12 Traditions).

After the first week I worked in the cafeteria and cleaned tables, since most of the activities are performed by the patients themselves. After being brought from the observation area I was placed in a room with an alcohol and drug dependent. I watched as she suffered physically and psychologically, tried to help and at the same time bear her violent mood swings.

Smoking, listening to music, and watching TV was not allowed in the clinic and perfums or cologne had to be given to the nurses. Family visiting hours were only on Sundays.

Therapy work started at 8:00 AM and ended at 10:00 PM. During this time I learned to speak about my own problems and listen to others since openness and honesty is half the recovery process.

I tried to identify with the group, learn to accept loss, shame and how to ask for help.

I found out as well how hard the patient has to work and how important it is to have someone nearby. I also participated in family therapy for people coming from dysfunctional families. The work of the therapists and counselors amazed me, and most of all the nurses who showed unusual dignity and respect for the patients, possessing a large amount of professional knowledge.

I would like to add that the training in the US gave me a lot of optimism and joy of life, that I yearn to show my own patients at work at the addiction clinic, at the same time raising my professional stature and behavior as a nurse.

*Małgorzata Wodiczko, RN*

*Ewelina Dybicz*

## JEDZENIE

— wróg czy przyjaciel?

W cywilizowanym świecie człowiek pokomplikował najprostsze sprawy. Nawet wykonując tak podstawową i oczywistą czynność jak jedzenie, próbuje jednocześnie załatwić porachunki z samym sobą i otaczającym go światem.

Jemy nie tylko wtedy, gdy czujemy głód, ale często i wtedy, gdy jesteśmy smutni, zmartwieni, spotkał nas jakiś zawód, brakuje nam miłości, akceptacji, chcemy się odprężyć, poczuć bezpiecznie. Jak twierdzą psychiatrzy, coraz więcej ludzi ma mniejsze lub większe zaburzenia w odżywianiu, przy pomocy nadmiernego obżarstwa lub niejedzenia próbując zapanować nad emocjami, które nad nimi górują. I zamiast tego „funduje” sobie jeszcze jednego wroga — pełen talerz.

Zdaniem lekarzy, bulimię — niepomówiane ataki obżarstwa, czy tzw. wilczego apetytu oraz anoreksję — świadome unikanie jedzenia można rozpatrywać jako dwa bieguny tej samej choroby. Jej podłożem są poważne zaburzenia psychopatologiczne, wynikające z nieprawidłowego postrzegania własnego ciała, czy w ogóle własnej osoby. Podatni na bulimię są zwłaszcza ludzie z niską samooceną i niską samo kontrolą, wysokimi wymaganiami wo-

bec siebie, dużej zależności od innych osób i potrzebą akceptacji. Najczęściej pochodzą z rodzin, gdzie brakuje silnych więzi emocjonalnych i oparcia, niedbale zaspokajających potrzeby psychiczne, w których wychowaniu dzieci towarzyszy rozluźnienie rygorów i duża swoboda. Rodzice anorektyków na odwrót — są bardzo wymagający, dyscyplinują swe dzieci bardzo często, oczekując osiągnięcia dobrych wyników w nauce i posłuszeństwa. Ludzie chorujący na anoreksję są zatem zdyscyplinowani, podporządkowani, choć też chorobliwie ambitni i zawsze niezadowoleni z osiągniętych wyników. Swe dążenia do perfekcji przenoszą na własne ciało — nie mogąc zmienić rzeczywistości, próbują dopasować do ideału przynajmniej swój wygląd zewnętrzny.

Unikanie jedzenia, tak jak w bulimii obżarstwo, staje się dla nich obsesją. Z lubością prezentują swe wychudzone ciało, które ich zdaniem i tak nigdy nie jest dostatecznie doskonałe.

Anoreksja może być poprzedzona bulimią lub odwrotnie. Obie choroby mogą też postępować po sobie. W literaturze psychiatrycznej mówi się o „bulimicznym błędnym kole.” Najpierw człowiek usiłuje zredukować różne napięcia i lęki uprzedmiotowione z wizerunkiem własnej osoby („jestem za gruba, więc nie mam powodzenia, nie znajdę atrakcyjnej pracy, nikt mnie nie będzie lubił”) poprzez stosowanie różnych drastycznych diet, które najczęściej prowadzą do wyniszczenia. Następnie poddają się napadom głodu. — Organizm, w którym nastąpiły zaburzenia w gospodarce elektrolitowej i węglowodanowej, domaga się pożywienia, by znów zacząć funkcjonować normalnie. Szybko następuje utrata kontroli nad jedzeniem, pojawiają się wyrzuty sumienia, myśli depresyjne. Zamiast komfortu psychicznego są wymówki, robione samemu sobie: „Jestem do niczego, nie mam dostatecznie silnej woli, zachowu-

ję się jak zwierzę”. Szczególnie zgubne dla organizmu są sposoby na „oczyszczenie” organizmu, w czym zarówno bulimicy jak anorektycy są prawdziwymi mistrzami — na zawołanie mogą wywołać odruchy wymiotne, nadużywają najróżniejszych środków przeczyszczających i odwadniających. Z wycieńczenia może umrzeć nie tylko anorektyk (co zdarza się w 20 proc. przypadków), który odżywia się jedynie dwoma listkami sałaty dziennie, ale także bulimik, który potrafi na raz pochłonąć 20 tys. kalorii. Zabić go może brak potasu, „wyplukanego” z organizmu przy oczyszczaniu się po ostatnim obżarstwie.

Psychiatrzy przebieg zarówno anoreksji jak i bulimii uważają za „poważny”, a leczenie choroby za „przewlekłe”. Anorektycy w ogóle nie chcą się leczyć i trafiają na oddziały szpitalne w stanie skrajnego wyczerpania. Nie uważają jednak swych zapędów odchudzających za chorobę, zwłaszcza że mimo złego stanu fizycznego do końca są w stanie zadziwiająco nieźle funkcjonować (np. gimnastykować się, by jeszcze bardziej „poprawić” sylwetkę). Bulimicy tym chętniej decydują się na leczenie, im bardziej się wstydzą swej choroby i czują się z nią źle. W ich przypadkach wiele dobrego mogą zdziałać ruchy samopomocowe.

W Polsce taka grupa samopomocowa działa np. w Warszawie. Opiera się na doświadczeniach ruchu AA i ruchu Anonimowych Żarłoków, jaki powstał w Stanach Zjednoczonych. Zdaniem członków warszawskiej wspólnoty AŻ jak w przypadku leczenia choroby alkoholowej, tak w kompulsywnym obżarstwie najważniejsze jest wsparcie emocjonalne, zgodnie z teorią, że wszystkie nałogi biorą się z chorych emocji. Stosują oni 12 kroków i 12 tradycji — program, który tak skutecznie pomaga tysiącom osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji chemicznych.



# Zapamiętaj

## przed pierwszym kompulsywnym kęsem

Decyzja, by zachować abstynencję od żarłoczności pomoże ci żyć. Możesz sądzić, że inne sprawy są ważniejsze, ale jeśli nie powstrzymasz się od nałogu nadmiernego jedzenia i nie nabędziesz umiaru przy posiłkach — możesz przekreślić szanse uzyskania zdrowia, szczęścia, zrozumienia samej siebie oraz spokoju umysłu. Cele te niemal na pewno zrealizujesz, jeśli nabędziesz przekonania, że wiele w twoim życiu zależy od praktykowania abstynencji od nadmiernego jedzenia. Gdy nadejdzie nieprzeczona chęć zjedzenia czegoś, przypomnij sobie kilka rad **zanim** weźmiesz do ust ten pierwszy obsesyjny kęs.

1. Stale pogłębiaj akceptację tego, że masz wybór, który jest wyborem między unieszczęśliwiającyymi cyklami żarłoczności a powstrzymaniem się od pierwszego, małego obsesyjnego kęsa.

2. Rozwijaj pokorną wdzięczność za to, że w porę dowiedziałaś się, że twoim problemem jest chorobliwa skłonność do jedzenia.

3. Zaakceptuj jako zupełnie naturalne, że przez pewien okres (może nawet dość długi) możesz co jakiś czas przeżywać:

a. Napady ssania i łaknienia, by zjeść coś między posiłkami.

b. Nagły, przytłaczający impuls, by koniecznie cokolwiek zjeść.

c. Ssanie, nie tyle na jedzenie jako takie, ale na to przyjemne uczucie, jakie uzyskiwałaś zawsze po zjedzeniu kęsa czy dwóch.

Chociaż stany te mogą być bardzo dolegliwe, nie musisz się im poddawać, one miną.

4. Pamiętaj, że ilekroć stawisz czoła jakiejś sytuacji nie poddając się przymusowi jedzenia, będzie ci łatwiej następnym razem.

5. Każdego ranka opracuj sobie, a potem wprowadzaj w życie codzienny plan myślenia i działania, który pozwoli ci przetrwać ten dzień bez odruchowego kęsa, i to niezależnie od tego, jak wielkie problemy możesz mieć tego dnia, lub jak silny przymus jedzenia może cię zaatakować.

6. Nie pozwól sobie nawet na przebłysk myśli: „Jakie to smutne i straszliwie niesprawiedliwe, że nie mogę jeść tyle, ile chcę, tak, jak «zwykli ludzie»”.

7. Nie pozwól sobie na to, by myśleć lub mówić o jakiegokolwiek rzeczywiście

lub urojonej przyjemności, jaką doznałaś podczas jedzenia.

8. Nie pozwól sobie, by myśleć, że kęs lub dwa poprawią nie dobrą sytuację lub przynajmniej ułatwią życie z nią. Zastąp taką myśl przeświadczeniem: „Jeden kęs to pogorszy, bo wcześniej czy później doprowadzi do ataku obżarstwa”.

9. Nie dramatyzuj swojej sytuacji. Pamiętaj o odwadze innych ludzi, którzy przezwyciężyli lub zaakceptowali ogromne przeszkody na swojej drodze. Myśl z wdzięcznością o tym, jakie masz szczęście, że choroba twoja może być powstrzymana, jeden dzień po dniu, po prostu dzięki powstrzymaniu się od każdego pierwszego kompulsywnego kęsa.

10. Rozwijaj zadowolenie z abstynencji od kompulsywnego jedzenia, uświadamiając sobie jak najczęściej:

a. Jak dobrze być wolną od poczucia winy, wyrzutów sumienia i samopotępienia.

b. Jak dobrze być wolną od lęku przed konsekwencjami dopiero co zakończonych ataku jedzenia lub strachu przed nadchodzącym atakiem, któremu nigdy wcześniej nie potrafiłaś zapobiec.

c. Jak dobrze być wolną od lęku na temat tego, co ludzie myślą i szepczą o tobie, wolną od ich naprzemiennej litości i pogardy.

d. Jak dobrze być wolną od lęku przed samą sobą.

11. Zapisuj sobie regularnie takie pozytywne strony i radości związane z abstynencją od obsesyjnego jedzenia, jak:

a. Zwyczajna zdolność, by jeść i spać normalnie, by budzić się z zadowoleniem, że żyjesz, z tego, że wczoraj zachowałaś abstynencję i z tego, że masz przywilej abstynencji dzisiaj.

b. Zdolność sprostania wszystkiemu, co życie niesie ze spokojem umysłu, szacunkiem do samej siebie i z pełnią władzy nad sobą.

12. Poglębiaj pomocne skojarzenia:

a. Skojarzenie pierwszego obsesyjnego kęsa z uczuciami cierpienia, wstydu i winy, które zawsze ci towarzyszyły.

b. Skojarzenie obsesyjnego kęsa ze zniszczeniem nowo odnanionego spokoju oraz z utratą szacunku do samej siebie i pogody ducha.

13. Poglębiaj wdzięczność:

a. Wdzięczność za to, że możesz uzyskać tak wiele tak małym kosztem.

b. Wdzięczność za to, że możesz zamienić niepotrzebny „jeden kęs” na radości, jakie daje ci abstynencja od kompulsywnego jedzenia.

c. Wdzięczność za to, że ten program istnieje i że dowiedziałaś się o tym na czas.

d. Wdzięczność za to, że jesteś ofiarą choroby zwanej obsesją jedzenia, a nie pozbawionym woli żarłokiem lub kimś o zachwianej równowadze umysłowej i psychicznej.

e. Wdzięczność za to, że tak jak inni, którzy doszli do tego przed tobą, wkrótce nie będziesz pragnęła chorobliwego obżerania się i nie będzie ci go brakowało.

14. Szukaj sposobów pomagania innym ludziom z obsesją jedzenia, pamiętając, że pierwszą zasadą pomocy innym jest własne praktykowanie abstynencji od obsesyjnego jedzenia.

15. Pamiętaj, że gdy ci ciężko na sercu, gdy twoja odporność jest mała, gdy umysł masz zakłopotany i zamącony — możesz uzyskać ogromną pomoc od prawdziwego i rozumiejącego twój problem przyjaciela. Masz takiego przyjaciela we Wspólnocie Anonimowych Żarłoków, którzy proponują ci ten program, zawierający wskazówki pomagające ludziom z zaburzeniami łaknienia.

#### **Dwanaście kroków**

Oto kroki sugerowane jako program wyzdrowienia:

1. Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec jedzenia, że przestaliśmy kierować własnym życiem.

2. Uwierzyliśmy, że Siła większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie.

3. Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, *jakkolwiek Go pojmujemy*.

4. Zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek moralny.

5. Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów.

6. Staliśmy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru.

7. Zwróciliśmy się do niego w pokorze, aby usunął nasze braki.

8. Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim.

9. Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych.

10. Prowadziliśmy nadal obrachunek moralny, z miejsca przyznając się do popełnionych błędów.

11. Dążyliśmy, poprzez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, *jakkolwiek Go pojmujemy*, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia.

12. Przebudzeni duchowo w rezultacie tych Kroków, staraliśmy się nieść posłanie innym żarłokom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach.

(Przedrukowane za zgodą AA World Service, Inc. P.O. Box 459, Grand Central Station, New York, N.Y. 10163)

\*\*\*

Broszura zatwierdzona przez Konferencję OA

Copyright: Overeaters Anonymous World Service Office 4025 Spencer Street, Suite 203 Torrance California 90503 Korespondencja: P.O. Box 92780 Los Angeles, CA 90009 Tel. (213) 542-8363

# UMIEJĘTNOŚCI PROFESJONALNEGO TERAPEUTY ODWYKOWEGO

Istnieją dwa rodzaje terapii konwencjonalna i niekonwencjonalna.

Pierwsza z nich opiera się na tym, że to psychiatra lub psycholog czy neurolog, na podstawie badań określa problemy i zaleca formy terapii oraz wspomagające lekarstwa. Ta **konwencjonalna** koncepcja terapeutyczna wynika z przekonania, że „fachowiec” wie więcej o pacjencie, niż pacjent sam o sobie. W ten sposób terapeuta bierze na siebie większą część odpowiedzialności za zdrowienie klienta.

Po osiągnięciu pewnego etapu leczenia, dzięki rozmowom i lekom, konwencjonalny terapeuta stara się jednak przenieść odpowiedzialność za dalsze postępy w zdrowieniu na samego pacjenta. I tu zwykle pojawia się problem polegający na tym, że pacjent i terapeuta funkcjonują już w długotrwałej relacji, która przecież określiła rolę terapeu-

ty jako czynną, pacjenta zaś — jako bierną. Innymi słowy, chory staje się po pewnym czasie uzależniony od terapeuty i leków — „polega” bowiem na nich licząc, że to od nich zależy poprawa jego zdrowia, nie zaś od samego pacjenta.

Głównym założeniem terapii **niekonwencjonalnej** jest z kolei twierdzenie, że to pacjent wie więcej o sobie i o swoim życiu niż jakikolwiek, nawet najlepszy terapeuta. Podstawowym zadaniem terapeuty jest udostępnianie informacji poprzez edukację, współudział i prowadzenie terapii grupowej oraz poradnictwo indywidualne. Najważniejszą różnicą między podejściem konwencjonalnym i niekonwencjonalnym jest to, na kim spoczywa odpowiedzialność za efekty oddziaływań terapeutycznych. W modelu niekonwencjonalnym pacjent jest odpowiedzialny za swoje zdrowienie, a zatem inna jest rola terapeuty i inne musi być nastawienie samego pacjenta.

W terapii ogromną rolę odgrywa wzajemne zaufanie między terapeutą a pacjentem, jak również między poszczególnymi pacjentami uczestniczącymi jednocześnie w terapii grupowej. Zaufanie to trzeba budować wspólnie. Pacjent powinien nauczyć się ufać sobie

i innym. Terapia grupowa i właściwe postępowanie terapeuty powinny mu w tym pomagać.

Prawidłowy proces terapeutyczny w pracy z grupą wymaga od terapeuty wielu umiejętności

1) **Dobór pacjentów.** Przeprowadzenie odpowiedniego wywiadu z kandydatami do grupy ma na celu określenie czy osoba nadaje się do danego typu leczenia. W większości zachodnich placówek wywiadem tym zajmują się specjalnie przeszkoleni terapeuci.

2) **Wywiad wstępny,** nazywany również administracyjnym, ma na celu dopuszczenie klienta do danego programu leczenia. Wywiad ten nie ma nic wspólnego z diagnozą dotyczącą samego uzależnienia pacjenta. Podczas tego wywiadu sprawdza się czy pacjent jest w stanie pokryć wydatki związane z kuracją odwykową w danym ośrodku, czy przed przystąpieniem do leczenia potrzebne jest odtrucie lub inne formy pomocy medycznej, psychiatrycznej itp.

3) **Wywiad orientacyjny,** którego zadaniem jest zapoznanie pacjenta z ogólnym charakterem i celem programu terapeutycznego, regulaminem, oczekiwaniami oraz tym, co powoduje zwolnienie z oddziału. Pacjent powinien zapoznać się z głównymi zasadami procesu leczenia. Dopiero od tego momentu rozpoczyna się prowadzenie dokumentacji.

4) **Wywiad oceniający stan pacjenta.** Wywiad ten dotyczy oceny diagnostycznej i szczegółowego rozpoznania problemu. Terapeuta nie powinien konfrontować się z chorym. Aby we właściwy sposób mógł zająć się pacjentem musi znać jego spojrzenie na problemy. Nie należy zrażać się zakłamaniem klienta ponieważ jest ono normalnym objawem alkoholizmu. Terapeuta zdobywa istotne informacje poprzez prowadzenie szeregu wywiadów. Dobrze prowadzone wywiady pomagają w przełamywaniu zakłamania. Zadawanie tych samych pytań na różne sposoby jest jedną z metod ułatwiających pacjentowi zobaczenia własnego zakłamania.

W czasie wywiadu mającego na celu rozpoznanie problemu przydatna jest umiejętność sondowania. Dzięki niej można uzyskać wszystkie niezbędne informacje bez ostrej konfrontacji, która może wywołać u pacjenta poczucie zagrożenia i braku zaufania.

Dobre sondowanie osiąga się przez zadawanie otwartych pytań (zaczynających się nie od „czy”, „co”, lecz od sformułowań typu: „opowiedz mi o...” lub „wyjaśnij mi to bardziej szczegółowo” itp.) Informacja wychodzi bezpośrednio od klienta spokojnie i bez żadnych nacisków czy straszenia. Dzięki tak zdobytym informacjom można bez

obaw, że osoba leczona odrzuci go, ułożyć plan rehabilitacji. Chory nie będzie negował własnych słów.

5) **Planowanie leczenia** polega na określeniu głównych problemów, celu leczenia i opracowaniu procesu leczenia, który ma służyć osiągnięciu celu.

6) **Poradnictwo odwykowe** generalnie opiera się na trzech rodzajach terapii: indywidualnej, grupowej i grupach rodzinnych. W czasie indywidualnych rozmów z pacjentem, wyjaśnia się choremu proces leczenia i rozmawia na tematy nurtujące pacjenta. Powinno się wyjaśnić choremu, dlaczego używamy danych metod leczenia i dlaczego robimy to, a nie co innego. Terapeuta sprawdza, jakie jest nastawienie pacjenta, jakie są jego uczucia. Rozważa jego decyzje i oczekiwania związane z leczeniem. Wydobywa z pacjenta jego problemy. Pacjent musi wiedzieć, że terapeuta myśli o nim i o jego problemach. Wszystko to można osiągnąć w sposób werbalny i niewerbalny.

Inną formą są rozmowy w grupach czyli terapia grupowa. Ma ona za zadanie pomagać w osiągnięciu celu leczenia. Osiągnąć to można przez wydobywanie problemów, urealnianie i pokazywanie, sprawdzanie nastawienia i odczuć, rozważanie i podejmowanie decyzji.

Innym sposobem pracy w grupie jest tworzenie grupy rodzinnej z udziałem

pacjenta i jego najbliższych. W skład tych grup na ogół wchodzi ludzie z zewnątrz, rodzina, pracodawcy.

Proces poradnictwa ma za zadanie rozwijanie więzi terapeutycznej z pacjentem. W krótkim czasie należy ustalić stosunki z pacjentem i wzbudzić zaufanie, aby poradnictwo odgrywało właściwą rolę. Ma to pomóc klientowi w zmodyfikowaniu zachowania i zmianie systemu wartości.

Poradnictwo odwykowe powinno zawierać różne modele pracy terapeutycznej. Do najskuteczniejszych rodzajów terapii z osobami uzależnionymi należą: terapia realistyczna, terapia racjonalno — emotywna, behawioralna — która zajmuje się wprost modyfikacją zachowań, klasyczne formy poradnictwa (doradztwo), analiza transakcyjna, terapia rodzinna i wszelkie formy terapii grupowej dające możliwość pracy nad indywidualnymi problemami poszczególnych pacjentów (kolejno)

---

Jest to fragment „Poradnika terapeuty odwykowego”, który w formie skryptu Komisja opublikuje jesienią br. Skrypt powstaje na podstawie zapisu magnetofonowego (odp. Marek Adamik) wykładów i ćwiczeń w Szkole Burgina.

Transkrypty taśm: Marcin Czajkowski i Michał Werner. Konsultacja i redakcja: Ewa Woydyło.

**STEFAN BATORY FOUNDATION**  
**Commission of Education**  
**on Alcohol and Drug Addiction**

Flory 9 \* OO-586 Warsaw \* Poland \* Phone (48-22)  
488-055 FAX (48-22) 493-561 Tlx 825-143 FBAT PL

---

Commission of Education on Alcohol and Drug Addiction of the Stefan Batory Foundation (founded in 1989) is the first non-profit private organization in Eastern Europe whose purpose is to bring from the West the most effective methods of treatment and prevention of alcoholism and other addictions.

**Goals of the Commission:**

- \* Education and training of Polish professionals in chemical dependency by foreign specialists coming to Poland.
- \* Training of Polish professionals at treatment and training centers abroad.
- \* Education of Polish professionals other than counselors so that they could help alcoholics and addicts by facilitating their treatment. Professions targeted at include physicians and nurses, teachers and clergy, law enforcement and correction officers, parole and probation officers, judges and lawyers, employers, etc.
- \* Education of general public, to increase awareness of the disease, by means of lectures, taped talks, radio and TV programs, articles published in newspapers and popular magazines.
- \* Publication of books, brochures and training materials on chemical dependency and codependency.

The Commission seeks help of the institutions in which training could be provided, secures facilities for conferences and workshops, and selects professionals to be trained abroad. The Commission cooperates with newspapers, magazines, radio and TV stations, and publishing houses. We offer lectures, seminars, and workshops to professionals, schools and colleges. To promote sense of responsibility for solving our own problems the Commission requires matching contributions from all assisted institutions and/or individuals.

**The Board:**

Wiktor Kulerski, First Deputy Minister of National Education  
Wiktor Osiatyński, writer, associate professor of law  
Adam Sokołowski, businessman  
Adam Strzembosz, the Supreme Judge of Poland  
Zbigniew Wierzbicki, professor of sociology

**Staff:**

Wiktor Osiatyński, director  
Ewa Woydyłło-Osiatyńska, training director  
Aleksandra Borodin, administrative assistant

**FUNDACJA im. STEFANA BATOREGO**  
**Komisja Edukacji w Dziedzinie**  
**Alkoholizmu i Innych Uzależnień**

Flory 9 \* 00-586 Warszawa \* Tel. (48-22)

488-055 FAX (48-22) 493-561 lub 330-647. Tlx 825-143 FBAT PL

---

Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień przy Fundacji Stefana Batorego ma na celu przeniesienie do Polski z Zachodu skutecznych metod leczenia alkoholizmu i innych uzależnień oraz zapobiegania tym chorobom.

**Cele Komisji:**

\* Szkolenie w zakresie teorii i praktyki polskich profesjonalistów i paraprofesjonalistów w dziedzinie uzależnień chemicznych oraz terapii rodzin przez zagranicznych specjalistów, sprowadzonych w tym celu przez Komisję do Polski.

\* Szkolenie polskich profesjonalistów i paraprofesjonalistów w ośrodkach leczniczych i szkoleniowych za granicą.

\* Edukacja polskich specjalistów w dziedzinach nie związanych bezpośrednio z leczeniem odwykowym (np. lekarzy), nauczycieli, duchownych, policji, personelu więzień, sędziów i przedsiębiorców tak, by potrafili pomagać uzależnionym, stwarzając motywację do leczenia oraz odpowiednie warunki powrotu do zdrowia.

\* Prewencja i popularyzacja wiedzy na temat uzależnień w społeczeństwie.

\* Wydawanie książek, broszur i materiałów szkoleniowych na temat uzależnień i współuzależnień.

Komisja współdziała z instytucjami powołanymi do leczenia alkoholizmu i uzależnień. Komisja współpracuje z prasą, radiem i telewizją oraz wydawnictwami. Oferuje wykłady, konferencje i seminaria dla przedstawicieli różnych zawodów, związanych z alkoholizmem i uzależnieniami, a także dla szkół i wyższych uczelni. Pragnąc upowszechnić poczucie odpowiedzialności za rozwiązywanie własnych problemów, Komisja nie wyręcza nikogo w realizacji obowiązków i wymaga od wspomaganych instytucji udziału finansowego lub rzeczowego we wspólnych przedsięwzięciach.

**Członkowie Komisji:**

Wiktor Kulerski, wiceminister Edukacji Narodowej

Wiktor Osiatyński, publicysta, doktor nauk prawnych

Adam Sokołowski, przedsiębiorca

Adam Strzembosz, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego

Zbigniew Wierzbicki, profesor socjologii

**Biuro Komisji:**

Wiktor Osiatyński, dyrektor

Ewa Woydyłło-Osiatyńska, koordynator szkoleń

Aleksandra Borodin, kierownik Biura Komisji



## **SZANOWNI PAŃSTWO,**

Dziękujemy subskrybentom i zawiadamiamy wszystkich zainteresowanych, że dzięki wpłatom możemy nadal drukować ARKĘ.

Prosimy o kontynuowanie wpłat na dalsze numery ARKI po 15.000 zł na konto Komisji:

**BPKO S.A. V O/M Warszawa  
501145-9100578-139-79-1110**

## SPIS TREŚCI

● Mówi lekarz: Zespół zależności alkoholowej .....	2
● Nowy zawód: Terapeuta odwykowy .....	5
● Bill, dobrze, że jesteś .....	8
● Prosto z mitingu (Al-anon)	
— Odpowiedzialna jestem tylko za siebie .....	11
● Prosto z mitingu AA	
— Bezwzględna uczciwość .....	12
● Pomagając innym, pomagasz sobie .....	14
● Pielęgniarka jest też terapeutą .....	20
● Jedzenie — wróg czy przyjaciel? .....	22
● Wspólnota Anonimowych Żarłoków .....	24
● Nasze Książki .....	27

---

WYDAWCA ZEZWALA NA PRZEDRUK NASZYCH ARTYKUŁÓW POD WARUNKIEM UMIESZCZENIA NASTĘPUJĄCEJ ADNOTACJI: „Przedruk z kwartalnika ARKA wydawanego przez Komisję Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacji im. Stefana Batorego”