

# ARKA

NR 10 • czerwiec 1994 r.

- EAP PO POLSKU - W KUTNIE
- RODZINA ALKOHOLOWA -  
czego jeszcze nie powiedzieliśmy
- LIST DO PALĄCYCH
- ALKOHOL I AIDS
- NAUKA: "SKALA ZAPRZECZANIA"



BIULETYN KOMISJI EDUKACJI W DZIEDZINIE ALKOHOLIZMU  
I INNYCH UZALEŻNIEŃ FUNDACJI IM. STEFANA BATOREGO



## DRODZY CZYTELNICY

Oddajemy do rąk Państwa dziesiąty numer Arki z uczuciem lekkiego zaskoczenia. Jubileusz? Ano, tak. Nie będziemy go jednak świętować w duchu podsumowań, ocen czy planów na przyszłość. Wszystko będzie nadal tak jak dotąd. My robimy biuletyn, Czytelnicy czytają i oceniają. Niektórzy pozostają z nami w kontakcie od pierwszego numeru, za co zbiorowo i uroczyście dziękujemy. Dziękujemy też korespondentom, którzy nadsyłają nam teksty i ilustracje wykorzystywane w druku. O to właśnie chodzi, więc zapraszamy do dalszej współpracy.

Oprócz stałych kolumn „Prosto z mitingu” czy „Nasze książki” polecam tym razem artykuł pt. „Alkohol i AIDS”, zwracający uwagę na jedną z „najboleśniejszych konsekwencji” picia, niestety rzadko jeszcze dostrzeganą. Na życzenie Czytelników drukujemy materiał o paleniu z nadzieją, że znów kilkoro (lub więcej) palaczy znajdzie dla siebie powód, aby przestać szkodzić sobie i otoczeniu.

Mamy też zapowiedź dla absolwentów wyższych uczelni wykonujących lub planujących pracę w zawodach „pomagaczy”, a więc jako nauczyciele, psychologowie, lekarze, pracownicy socjalni, wychowawcy, kuratorzy sądowi itp.

Na Uniwersytecie Łódzkim chcemy utworzyć roczne podyplomowe zaoczne Studium Profilaktyki Uzależnień. Program ma objąć zagadnienia z zakresu teorii i praktyki w dziedzinie wczesnego rozpoznawania, diagnostyki, interwencji i profilaktyki uzależnień w różnych środowiskach i grupach społecznych. Informacji udziela Fundacja „Uwolnienie”, Łódź, tel. 40-62-40. „Uwolnienie” bowiem, obok naszej Komisji, uczestniczy w pracach programowych i zasili kadry Wydziału Pedagogiki UŁ w realizacji programu. Komisja zaś pokryje część kosztów w pierwszym roku pracy Studium. Pragnę zapewnić zainteresowanych, że ta nowa szkoła zapowiada się fascynująco. W chwili, gdy oddaję do druku tę Arkę oczekujemy na zatwierdzenie naszego pomysłu przez Senat uczelni.

*Ewa Woydyłło*

## LECZYĆ, DORADZAĆ, CZY POMAGAĆ?



Jedną z głównych zasad tak bujnie rozwijających się ruchów samopomocowych nakierowanych na radzenie sobie z uzależnieniami jest zasada: „Ucz się na cudzych błędach” zawierająca się w formule „dzielenia się doświadczeniem”. Nie istnieje jeszcze wprawdzie grupa samopomocy dla osób pracujących z ludźmi uzależnionymi, którzy w swej pracy obok wiedzy wykorzystują osobiste doświadczenie choroby i wieloletniego zdrowienia, podobnie jak nie istnieje jednoznaczna nazwa dla tego co robią. Istnieje już jednak spory zasób doświadczeń i właśnie w tym duchu pragnę dorzucić parę swoich do powstającego skarbcza poradnictwa uzależnień, a także podzielić się wiedzą zdobytą dzięki Komisji Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień.

Skupię się na kilku spośród wielu trudności, z którymi może spotkać się „pomagacz” podejmujący pracę w placówce uzależnień.

1. Największa grupa to trudności wynikające z charakteru tego zupełnie nowego zawodu. Zaczniemy od nazwy. Istnieje ich kilka: instruktor terapii odwykowej,

terapeuta uzależnień itp. Kluczowe jest słowo terapeuta. Pomaga radzić sobie z cierpieniem będącym skutkiem choroby, pracuje w służbie zdrowia więc może to taki niepełny lekarz? Po grecku *therapeutes* znaczy pielęgniujący, ale oprócz tego w słowniku wyrazów obcych podane jest znaczenie – lekarz specjalista. Czy w takim razie leczy? Po angielsku ten zawód nazywa się counselor – doradca, a czynność nazywa się counseling – doradztwo albo może poradnictwo. A zatem blisko opiekuna-terapeuty.

Jeśli tak opiszymy sobie zajęcie terapeuty, łatwiej nam będzie poradzić sobie z jedną z najtrudniejszych sytuacji jaką jest „klęska terapeutyczna” wtedy kiedy pacjent, często dobrze rokujący, aktywnie uczestniczący w zajęciach, bywa że niemal nazajutrz po zakończeniu terapii wraca do picia. Pół biedy kiedy jest to tylko próba „sprawdzenia się”, a jej skutkiem jest silniejsze zaangażowanie się w terapię albo uczestnictwo w AA po pełnym przyznaniu bezsilności wobec alkoholu; gorzej gdy jest to powrót do dawnego stylu życia. Jeśli jestem tylko doradcą, a nie lekarzem, to w zdrowieniu powinien uczestniczyć aktywnie pacjent, a nie ja; i naczniej niż w przypadku chorób somatycznych, gdzie rolę aktywną odgry-

wa lekarz. On ordynuje leki i zabiegi, a zatem podejmuje decyzje.

2. Druga sytuacja to przyjęcie postawy „koleżeńskiej” wobec pacjenta. Wiąże się ona z jednej strony z tendencją do wczuwania się w sytuację pacjenta w związku z własnym doświadczeniem choroby, a z drugiej strony, z pracą z wieloletnim uczestnikiem AA (czy innego ruchu samopomocowego), często znajomym, który decyduje się na leczenie czy to w wyniku nawrotu choroby często połączonego z przerwaniem abstynencji lub uczęszczającym do AA ale nie zdolnym do dłuższej abstynencji. Tutaj bardzo pomogła mi rada po raz pierwszy usłyszana na kursie: „Pracując jako terapeuta będziesz nosił dwa kapelusze, uważaj abyś ich nie zamieniał”. Dostrzegli to również Anonimowi Alkoholicy bowiem w wydanej ostatnio broszurze dla uczestników ruchu zajmujących się zawodowo pomaganiem ludziom cierpiącym na alkoholizm zalecają aby ci nie kontynuowali pracy ze swoimi pacjentami na gruncie AA.

3. Trzeci rodzaj trudności to tarcia na styku „pomagacze”-profesjonaliści, a więc konflikty między nami a „uczonymi (lekarzami, psychologami i innymi osobami z dyplomami akademickimi). Osobiście wyżyłem się poczucia niepełnej kompetencji po odbyciu stażu w kilku ośrodkach amerykańskich. Przekonałem się, że poradnictwo uzależnień jest tak specyficzną dziedziną iż wykształcenie akademickie w tej pracy nie jest niezbędne, a czasami może nawet utrudniać pracę. Gorzej natomiast z dostosowaniem zdoby-

tej wiedzy do praktyki. Ponieważ nie istnieją ściśle standardy placówek leczenia odwykowego, a każda z obecnie pracujących w oparciu o psychoterapię jest właściwie programem autorskim, terapeuta który ukończył kurs czy szkolenie zastaje sytuację często odmienną od tej, do której był przygotowany. Nie dotyczy to mnie osobiście, ale zdarza się, że psychologowie traktują terapeutów-zdrowiejących alkoholików jako personel „pomocniczy”, a ich zajęcia z pacjentami jako mniej ważną część programu.

Jest nas, osób w lecznictwie odwykowym, które w swej pracy obok wiedzy wykorzystują osobiste doświadczenie choroby i wieloletniego zdrowienia, coraz więcej. Brakuje mi grup wsparcia, supervizji uwzględniającej specyfikę poradnictwa odwykowego oraz stałego forum, na którym moglibyśmy wymieniać swoje doświadczenia. Oprócz tych spraw merytorycznych jesteśmy również pracobiorcami. Dotychczas zajmujemy najprzeróżniejsze etaty i nie mamy żadnego regulaminu, który pomagałby nam określać zakres praw i obowiązków. Zbliża się lato: odbędą się znowu szkoły i kursy, wiele osób weźmie zapewne udział w programie dla profesjonalistów przygotowanym przez organizatorów V Kongresu AA w Krakowie. Stwarza to szansę porozmawiania na nurtujące nas problemy a może też podjęcia konkretnych działań. Myślę, że redakcja „Arki” użyczy swoich łamów również na poruszenie tych spraw.

*Antoni Pawłowski*  
terapeuta Ośrodka Terapii Uzależnień  
IPN Warszawa

# Opiekuńcza Służba Pracownicza w Odlewni Żeliwa SA – Kutno

Opiekuńcza Służba Pracownicza w Odlewni Żeliwa SA – Kutno, ul. Skłęczkowska 18 jest faktem.

Formalne zaistnienie w schemacie organizacyjnym firmy poprzedzały nieśmiałe działania podjęte przez nas – pracowników zakładu, działania propagujące trzeźwy styl życia wśród społeczności zakładowej.

Inspiratorami tych działań byli pierwsi AA-owcy pracujący w Odlewni Żeliwa – Kutno. Mogły one być realizowane ponieważ prezes Odlewni Żeliwa mgr.inż. Stanisław Majda wykazał bardzo duże zrozumienie tworząc klimat aprobaty dla tych usiłowań.

Pomysł utworzenia Opiekuńczej Służby Pracowniczej miał swój początek właśnie w „Arce”. Zamieszczone w numerze 4 z października 1992 r. informacje na temat alkoholizmu w miejscu pracy oraz artykuł do czytelników pani Ewy Woydyłło zaowocowały zalegalizowaniem działalności na terenie naszego zakładu.

Przedstawiony program zamierzeń Opiekuńczej Służby Pracowniczej został przychylnie przyjęty przez Zarząd Odlewni Żeliwa. Zostaliśmy wyposażeni w pomieszczenie z telefonem na terenie zakładu. Pierwsza informacja, którą skierowaliśmy do kadry kierowniczej, nadzoru średniego, Związków Zawodowych, przychodni zakładowej zawierała skopiowane fragmenty artykułów autorstwa pani Ewy Woydyłło.

Nie wyważamy otwartych drzwi, korzystamy z doświadczeń autorytetów i mamy nadzieję, że nie wzbudzimy takim postępowaniem negatywnych odczuć z ich strony.

Początki są trudne. Przekazana w lutym 1994 r. do poszczególnych działów organizacyjnych informacja wzbudziła różnorakie komentarze, słowa uznania jak i uszczypliwe uwagi. Wyniesione z programu AA doświadczenia pozwoliły przejść nam, przedstawicielom Opiekuńczej Służby Pracowniczej przez te sytuacje w sposób bezpieczny.

Swą pracę zaczynamy od podstawowych informacji związanych z problemem alkoholowym i nie tylko; interesuje nas człowiek i rzeczywistość, która go otacza.

Uruchomiliśmy stałe dyżury poza godzinami pracy. W poniedziałki od godz. 14.00 do godz. 16.00 jesteśmy do dyspozycji zainteresowanych kontaktem telefonicznym lub osobistym. Z przyjemnością możemy stwierdzić, że pierwsze telefony, rozmowy utwierdzają nas w przekonaniu, że działalność jest potrzebna, obroni się i zaistnieje na stałe w firmie. Pierwsze osoby jakie zgłosiły się po pomoc to kobiety. Kobiety, które chcą walczyć o siebie, o swoją rodzinę i jej przetrwanie. Wydaje się nam, że na tym etapie potrafimy im przekazać takie informacje, które zainicjują zmiany w nich samych oraz w ich bezpośrednim otoczeniu.

Wprowadziliśmy również do grup AA na terenie Kutna pierwszych pracowników naszego zakładu, którzy z problemem swoim zwrócili się do Opiekuńczej Służby Pracowniczej.

Pracownicy ci po zadeklarowaniu chęci zmiany dostali szansę na dalszą pracę pod warunkiem, że chęć zmiany będzie czynna. Mamy możliwość obserwacji czynnych zachowań pracowników w procesie „zdrowienia” i jeżeli widzimy zmiany potwierdzamy taką postawę, co jest warunkiem niezbędnym do przedłużenia kontraktu na pracę z zainteresowanym pracownikiem.

Wszystkie przedstawione wyżej przykłady są ważne, jednak najistotniejszą korzyścią, która wynika z faktu powołania Opiekuńczej Służby Pracowniczej jest ranga jaką uzyskał problem alkoholowy w naszym zakładzie pracy. Ranga wynikająca z aprobaty i akceptacji działań Opiekuńczej Służby Pracowniczej przez Zarząd Odlewni Żeliwa SA w Kutnie.

*Jerzy Stanisławski  
Adam Truszczyński*

## SKALA OCENY ZAPRZECZANIA U ALKOHOLIKÓW

R. Jeffrey Goldsmith, M.D. i Bonnie L. Green, Ph.D.

Zaprzeczanie stanowi jedną z największych przeszkód obniżających skuteczność leczenia odwykowego. Gdyby klinicytom udało się osiągnąć lepsze zrozumienie mechanizmów obronnych alkoholików, zapewne też i skuteczniejsze byłyby ich interwencje. Zaprzeczanie w alkoholizmie, podobnie jak w innych chorobach, np. w przypadkach raka czy chorób serca, może obejmować zaprzeczanie samej choroby lub tylko pewnych jej aspektów, np. utraty kontroli nad pićciem. Skala Oceny Zaprzeczania (*Denial Rating Scale - DRS*) może pomóc zidentyfikować zarówno zaprzeczanie alkoholizmu w ogóle, jak też poszczególnych aspektów choroby. Poniższe omówienie dotyczy samej skali DRS oraz wstępnych potwierdzeń jej przydatności na podstawie przeprowadzonych badań.

### Co wiemy o zaprzeczaniu?

Zaprzeczanie uważa się już od bardzo dawna za główną przeszkodę utrudniającą

alkoholikom skuteczne wytrzeźwienie; jednakże, ze względu na niemożność jednoznacznego ujęcia mechanizmu „zaprzeczania” z uwagi na ogromnie złożoną i niejednorodną naturę tego zjawiska, klinicyści nadal niezbyt dobrze radzą sobie z nim w praktyce. Opracowana przez nas skala DRS, oparta na spójnym systemie pojęciowym, pomaga określić stopień zaprzeczania w kategoriach ilościowych. Z jej pomocą można więc kierować interwencje kliniczne wprost do określonych zakresów zaprzeczania u osób odbywających leczenie odwykowe.

Zaprzeczaniem bodźców wewnętrznych i zewnętrznych lub ich znaczenia zajmowało się wielu uczonych, począwszy od Freuda, który definiował to zjawisko jako „spełniającą pragnienie ułudę (złudzenie, iluzję); subiektywny stan świadomości, likwidujący przykre doznanie przez odmienne wyobrażenie tak silne, że faktyczna rzeczywistość znika z pola widzenia, a zastępuje ją to, co pragniemy zobaczyć”. Weisman z kolei powiada, że

zaprzeczanie pozwala „odrzuć oczywiście fakty i zignorować przykre konsekwencje”. Lazarus uważa, że zaprzeczanie jest zbiorem sprzecznych procesów myślowych i podkreśla, że skomplikowany charakter tych procesów wynika ze współdziałania otoczenia. Pogląd ten pozwala odejść od psychoanalitycznego ujmowania zjawiska i objąć nim również inne psychologiczne sposoby obronne spełniające podobne funkcje. Lazarus zwraca również uwagę na interpersonalny element zaprzeczania.

Zaprzeczanie u alkoholika może dotyczyć utraty kontroli nad piciem, krzywd i przykrości doznawanych przez rodzinę, a także roli, jaką alkohol odgrywa w powstawaniu problemów życiowych. Dobrze znana jest zbieżność zaprzeczania przez rodzinę z zaprzeczaniem przez alkoholika. U większości alkoholików występuje typ zaprzeczania związany ze stereotypem „alkoholika z rysztoła” (*Skoro nie jest ze mną aż tak źle, to znaczy że nie jestem w ogóle alkoholikiem*). Dean i Poremba zwracają uwagę na to, jak powyższy rodzaj zaprzeczania może zaważyć na losach wielu alkoholików, dla których sam fakt uznania, że *jestem alkoholikiem*, może nierozzerwalnie kojarzyć się z tym właśnie stereotypem myślenia, że *inni będą mnie postrzegać jako kogoś z rysztoła*.

Zaprzeczanie alkoholizmu może również zawierać komponent biologiczny. Tarter zauważa, że do zaprzeczania może się przyczyniać pewien stopień deficytu poznawczego wynikającego z odstępstw od normy pod względem organicznym (wrodzony lub nabyty). Dokładniej mówiąc, autor ten uważa, iż wielu alkoholików nie potrafi rozróżniać sygnałów informujących o stanach emocjonalnych, co powoduje umniejszenie znaczenia zdarzeń wywołujących skutki emocjonalne.

Anonimowi Alkoholicy z kolei określają zaprzeczanie jako brak uświadomienia sobie własnego alkoholizmu. Ten brak świadomości stanowi część mechanizmu

zaprzeczania, bowiem jeżeli ktoś nie ma świadomości problemu, to rozumiałe jest, że nie będzie mieć motywacji, aby coś w tej sprawie robić. Im większą świadomość swej choroby ma alkoholik, tym bardziej będzie szukać sposobu, aby się z niej wyleczyć.

## Opis skali DRS

Skala oceny zaprzeczania u alkoholików ma na celu ilościowe określenie świadomości choroby i jej skutków, jak również rozmiarów samego zaprzeczania. Skalą DRS mogą posługiwać się w codziennej praktyce terapeuci odwykowi, psychologowie, psychiatry i in. Należy poprzedzić ją krótkim wywiadem (15-30 min.). Uzyskane za pomocą skali DRS informacje pogłębiają wiedzę o stanie umysłu pacjenta/klienta w momencie badania, a nie tylko o etapie „zdrowienia” na jakim on/ona się znajduje. Dane wynikające ze skali są więc opisem afektywnego (emocjonalnego) i intelektualnego zrozumienia własnego alkoholizmu przez badaną osobę. Skala zaczyna się od poziomu „silnego zaprzeczania/malej świadomości alkoholizmu” i przechodzi przez kolejne fazy aż do „słabego zaprzeczania/dużej świadomości alkoholizmu”.

Poziom I cechuje nastawienie, iż w ogóle żaden problem nie istnieje. Na poziomie II problem owszem jest, ale nie ma nic wspólnego z alkoholem. Poziom III określa uświadomienie sobie, że alkohol odgrywa pewną rolę w problemach życiowych, zaś poziom IV – że picie wymknęło się spod kontroli. Na poziomie V osoba jest przestraszona utratą kontroli nad piciem i chce pomocy. Poziom VI przypomina nastrój „miesiąca miodowego”, to znaczy osoba dobrze zdaje sobie sprawę ze swojego alkoholizmu, ale uważa, że niepicie będzie łatwe. Na poziomie VII osoba wkłada wiele wysiłku w utrzymanie trzeźwości. Dopiero gdy ten ostatni etap trwa odpowiednio długo (zwykle

wiele miesięcy), a przy tym osoba nabiera naturalnej pewności siebie i sprawności w radzeniu sobie zupełnie bez alkoholu – co wskazuje na pozytywne przestawienie się na nowy, bezalkoholowy styl życia – można powiedzieć o znalezieniu się tej osoby na poziomie VIII.

Skala DRS nie jest pierwszą tego typu próbą opisu zaprzeczania. Watson i in. (1984) sporządzili model wywiadu nagrany na taśmę magnetofonową dla pacjentek z nowotworem sutka; wywiad ten miał na celu ocenę stopnia zaprzeczania według następującej gradacji: a) całkowite zaprzeczanie; b) zaprzeczanie implikacji diagnostycznych; c) zaprzeczanie stanu uczuciowego i d) akceptacja. Z badań tych autorów wynikało, iż zaprzeczanie wiąże się z dobrymi, szybkimi rezultatami terapii pacjentek z nowotworem. Inny badacz, Lazarus (1983) opisał trzy typy zaprzeczania wcześniej sklasyfikowane przez Weismana u pacjentów z chorobą nowotworową. Według niego, zaprzeczanie pierwszego stopnia to zaprzeczanie samego faktu wystąpienia choroby. Drugi stopień dotyczy zaprzeczania najgorszych jej skutków. I wreszcie trzeci stopień zaprzeczania polega na odmowie akceptacji ewentualności własnej śmierci w wyniku choroby.

Podobny kierunek przyjęły badania dotyczące zaprzeczania przeżywanego stresu. Po konferencji na ten temat Breznitz (1983) opublikował pracę, w której opisał hierarchię różnych stopni zaprzeczania w odpowiedzi na zagrażające sytuacje w bezpośrednim otoczeniu człowieka. Poziomy Breznitza – od najsilniejszego do najslabszego zaprzeczania – można ułożyć w następującym porządku: zaprzeczanie informacji, zaprzeczanie zagrażającej informacji, zaprzeczanie jej znaczenia, zaprzeczanie uczuć, zaprzeczanie własnej nieodporności/odpowiedzialności, zaprzeczanie nagłości i zaprzeczanie osobistego znaczenia.

Poszczególne skale określają podobne stopnie zaprzeczania na różnych pozio-

mach. Znany jest jeszcze model psychologii społecznej, który również dotyczy szeroko pojmowanej definicji zaprzeczania jako zjawiska obejmującego trzy procesy: a) wyższy próg rozpoznawania zagrażających bodźców; b) bodźce takie wywołują zmienną percepcję, co uniemożliwia prawidłowe rozpoznanie; i c) zagrażające bodźce wywołują reakcje układu nerwowego mimo braku właściwego rozpoznania (Secord i Backman, 1964).

Podsumowując, można powiedzieć, że stopniowanie zaprzeczania opisywano za pomocą różnych skal, od kompletnego zaprzeczania zagrażającego bodźca stresującego do częściowego zaprzeczania niektórych implikacji danego bodźca stresującego. Charakter owych „stresorów” nadaje zaprzeczaniu swoisty kształt i wymiar; tak więc zaprzeczanie tornado jest inne niż zaprzeczanie alkoholizmu. Społeczna reakcja również nadaje zaprzeczaniu swoisty charakter, i tak na przykład, łatwiej zapewne uzyskać społeczne wsparcie od otoczenia przy zaprzeczaniu alkoholizmu niż tornado. Kulturowy symbolizm danego „stresora” ma również wpływ na rodzaj i nasilenie zaprzeczania, np. w wielu kulturach łatwiej zaakceptować atak serca niż alkoholizm. Nie jest też wykluczone, że istnieją biologiczne i psychologiczne cechy mogące przyczyniać się do tego, że ktoś jest bardziej lub mniej skłonny do zaprzeczania.

## SKALA OCENY ZAPRZECZANIA

### DENIAL RATING SCALE-DRS

#### *Poziom I: „Nie ma problemu”*

Osoba znajdująca się na tym poziomie zaprzecza jakimkolwiek problemom emocjonalnym lub rodzinnym. Znalazła się na leczeniu odwykowym jedynie mocą wyroku sądowego (zobowiązanie do leczenia) lub pod innym „przymusem”. Taki alkoholik nie ma najmniejszego



zamiaru się zmieniać ponieważ nie uważa, że cokolwiek jest źle. Przyjmuje podstawę defensywną i nieco zdeorientowaną, gdy ma skupić się na alkoholu, ale sam w żadnym wypadku nie porusza tego tematu. Zapytany mówi, że bez trudu może kontrolować swoje picie, że sprawia mu ono przyjemność oraz, że w rodzinie nikt z tego powodu nie ponosi żadnej szkody. Może też stwierdzić, że gdyby chciał, to powstrzymałby się od picia (całkowicie lub okresowo) z rozmaitych powodów. W każdym razie, osoba ta nie ma nic do powiedzenia od siebie na temat picia ani alkoholu; terapeuta nie ma więc tutaj co leczyć.

### **Poziom II: „Problem jest”**

Osoba na tym poziomie będzie nadal czynnie zaprzeczać, że alkohol stanowi problem; może natomiast stwierdzić, że jej problemem jest nerwica, depresja, kłopoty z dziećmi, zły stan zdrowia, brak pieniędzy itp.; może też poczuć się nie zrozumiana, gdy na jej „problem” nie zwraca się uwagi i skrzywdzona, gdy każą jej się zajmować alkoholizmem. Z drugiej strony, osoba taka może wyrażać pewne zaniepokojenie, że dalsze picie mogło by się stać problemem, i w tym sensie można w terapii liczyć na współpracę tej osoby oraz jej gotowość do włączenia się w proces leczenia.

### **Poziom III: „Alkohol jest problemem”**

Osoba na tym poziomie zgadza się, że alkohol przyczynia się do kłopotów życiowych; jest jednak przekonana, że potrafi zapanować nad swoimi kłopotami. Uważa picie za reakcję na stresy wynikające z trudnych sytuacji życiowych. A zatem, gdyby udało się opanować te sytuacje, to zniknąłby powód do picia. W takim myśleniu brakuje zrozumienia istoty alkoholizmu jako problemu samego w sobie, jako choroby progresywnej, istniejącej niezależnie od innych problemów. Utrata kontroli nad piciem również

podlega zaprzeczaniu. Osoba taka wciąż upiera się przy twierdzeniu, że alkoholikiem jest ktoś, kto pije „więcej niż ja”. A więc osoba ta będzie reagować defensywnie, gdy terapeuta zacznie zajmować się jej piciem.

### **Poziom IV: „Trzeźwość może być wskazana, ale ja i tak dam sobie radę”**

Osoba na tym poziomie akceptuje opinię, że ma problem z alkoholem, może nawet mówić o sobie „jestem alkoholikiem” lub „alkoholiczką”. Zaprzecza jednak jakoby utraciła kontrolę i usiłuje nadal „kontrolować” swoje picie. Może się to przejawiać w próbach (mniej lub bardziej udanych) ograniczania picia lub w zachowaniach zaprzeczających chęci picia, np. gdy powoli sączy drinki i wtedy domaga się potwierdzenia, że nie utraciła kontroli nad alkoholem. Osoba taka może również wspominać o tym, że kiedyś piła nałogowo, ale obecnie tak nie jest. Natura uzależnienia jest zwodnicza i podstępna, ale na tym poziomie nie ma jeszcze potrzeby zaprzestania picia jak to nastąpi na poziomie V.

### **Poziom V: „Trzeźwość mi się przyda”**

Osoba taka uznaje, że picie wymknęło się spod kontroli i że przestała kierować swoim życiem właśnie z powodu alkoholu. W związku z utratą kontroli pojawia się świadomy niepokój, poczucie winy i wstyd oraz silne emocjonalne wzburzenie obejmujące sprawę utraty kontroli nad alkoholem i nad sprawami życiowymi. Osoba ta może nadal pić lub nie pić od niedawna oraz niepokoić się ewentualnością utraty pracy lub rodziny, zagrożeniem utraty zmysłów lub kary więzienia. Osoba taka zajmuje się przede wszystkim brakiem kontroli zamiast tym, jak sobie poradzić w danej sytuacji; wynika to z przekonania, że nie da sobie z niczym rady. Osoba taka gotowa jest zrobić wszystko, żeby się zmienić. Alkoholizm postrzegany jest jako choroba, chociaż nie

wszystkie implikacje tego faktu zostały już rozpoznane.

#### **Poziom VI: „Trzeźwość jest łatwa”**

Następuje tu decyzja zachowania trzeźwości, ale znika niepokój towarzyszący wcześniej (na poziomie V). Niektórzy ludzie na tym poziomie czują się świetnie; bywa to nazywane „miesiącem miodowym” w procesie trzeźwienia. Niektórzy jednak czują się fatalnie. Uderzającym rysem jest tu przekonanie, że alkoholik może sobie poradzić sam, bez żadnej pomocy. Za „trzeźwienie” uważa się jedynie samo niepicie oraz minimalizuje się stopień uzależnienia całego życia od alkoholu. W konsekwencji, osoba na tym poziomie minimalizuje też zmiany niezbędne do utrzymania trzeźwości i przebudowy życia własnego i najbliższych (rodzina, praca, znajomi itp.)

#### **Poziom VII: „Trzeźwość jest trudna”**

Osoba na tym poziomie znów przeżywa niepokój, tym razem jednak dotyczy on zmian w życiu oraz zadośćuczynienia, np. w celu ocalenia małżeństwa. Alkoholik zaczyna sobie zdawać sprawę, że sam odgrywa główną rolę w tym, aby urzeczywistnić swe plany życiowe; zaczyna się uczyć korzystać z pomocy i wsparcia zamiast przerzucać na terapeutę odpowiedzialność

za to co dzieje się w jego życiu. Nie zajmuje się zgłębianiem swojej przeszłości czy teraźniejszości pod względem psychologicznym. Skupia się raczej na kontrolowaniu zachowań i reakcji, rozwiązywaniu konkretnych problemów i trenowaniu nowych umiejętności.

#### **Poziom VIII: „Życie jest trudne”**

Osoba znajdująca się na tym poziomie nabrała już ufności, że może żyć bez alkoholu i nawet potrafi radzić sobie z subtelnymi dylematami egzystencjalnymi stopniowo osiągając odpowiednią do swego wieku dojrzałość. Osoba ta, gdy dozna je nerwicowych objawów, stara się uzyskać wgląd w schematy swoich reakcji emocjonalnych. Ponieważ alkoholik na tym poziomie potrafi już panować nad emocjami na tyle, że może mówić o swoich zachowaniach i myślach, może przyglądać się swoim lękom, wstydowi, poczuciu winy, złości itp. Na tym poziomie poczucie tożsamości jako alkoholika jest już trwałe i alkoholik zdaje sobie sprawę, jak łatwo byłoby ześliznąć się z powrotem po równi pochyłej, gdyby nastąpił powrót do picia; obecnie jednak świadomość ta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia trzeźwości.

*Opr.E. Woydyłło*

Vernon E. Johnson

## Interwencja

Jak pomóc komuś, kto nie chce pomocy

Dziś o „Interwencji” Vernona E. Johnsona, książce wydanej wiosną przez IPN wspólnie z naszą Komisją. Zamieszczamy poniżej przedmowę doktora Bohdana Woronowicza, który doceniając w pełni motywującą rolę tej procedury, ostrzega jednak przed niewprawnym jej przeprowadzaniem. Dodajmy, że tym, co może najbardziej zrazić potencjalnego pacjenta do pozytywnego skorzystania z interwencji jest dojdzie do głosu gniewu, pretensji lub rezygnacji ze strony osób biorących udział w decydującym spotkaniu. Żeby w najważniejszej chwili nie „zagrały” wrogie emocje, terapeuta kierujący interwencją powinien odpowiednio każdego uczestnika przygotować. Przygotowanie to polega m.in. na terapii psychodynamicznej, wymagającej czasu.

## INTERWENIOWAĆ, ALE FACHOWO

Nie upłynęło zbyt wiele lat od czasu, kiedy poszukujących pomocy alkoholiczków przyjmowano do stacjonarnych placówek odwykowych jedynie wtedy, gdy nie wszystkie miejsca były zajęte przez osoby skierowane sędownie na przymusowe leczenie. Również nie tak dawno jeszcze podstawową formą „terapii” w tych placówkach była tzw. ergoterapia

czyli „leczenie” przez pracę, a tak naprawdę – wykorzystywanie przebywających tam alkoholiczków jako taniej siły roboczej. Prowadzona w ten sposób „kuracja” kończyła się na ogół wszczęciem Esperalu. Z kolei niemal wszystkie poradnie odwykowe były wówczas prawie wyłącznie punktami wydawania Anticolu. Placówki, które miały cokolwiek więcej do zaoferowania można było policzyć na palcach jednej ręki.

Dzisiaj, kiedy patrzymy z perspektywy kilku lat, wydaje nam się to wszystko nierealne. Placówki pracujące tak jak wspomniane wyżej należą, na szczęście, do relikwów przeszłości, aczkolwiek tak jak od każdej reguły, i w tym przypadku mogą zdarzać się wyjątki.

Wprawdzie pozostajemy w tyle za liczącymi się na świecie ośrodkami leczenia uzależnień, musimy jednak pamiętać, że przez wiele lat żyliśmy w znacznie trudniejszych warunkach, a tym samym rozwijaliśmy się

JEST JUŻ ZA PÓŹNO...



NIE JEST ZA PÓŹNO,



NIGDY NIE JEST  
ZA PÓŹNO.

— jeden  
głos (X)

Rys. Izabela Przyborowska

znacznie wolniej. Dla przykładu – dynamiczny rozwój Wspólnoty AA na świecie przypadał na lata pięćdziesiąte, a u nas do roku 1981 spotykały się jedynie 4 grupy AA (w Poznaniu – 2, w Będzinie – 1 i w Warszawie – 1). Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie, o czym wspomina V.E. Johnson we wstępie do tej książki, uznało alkoholizm za chorobę w 1956 r. Tymczasem u nas jeszcze do niedawna zwalczano alkoholizm zamiast go leczyć, a wielu lekarzy nadal nie potrafi odróżnić alkoholika – czyli człowieka chorego, któremu należy pomóc – od pijaka, który może przestać pić bez naszej pomocy.

Znakomita większość stacjonarnych placówek leczenia odwykowego jest obecnie w stanie zaproponować swoim pacjentom (nazywanym niekiedy klientami lub gośćmi), w zależności od swoich możliwości kadrowych i finansowych, mniej lub bardziej konkretne programy trzeźwienia i radzenia sobie z chorobą. W poradniach

odwykowych coraz częściej prowadzone są grupy psychoterapeutyczne o różnych profilach (w zależności od etapu leczenia), a na terenie większości spośród około 450 poradni spotykają się regularnie grupy samopomocowe takie jak Anonimowi Alkoholicy (około 800 na terenie Polski), Al-Anon, Alateen, Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA), a także organizują swoje spotkania członkowie klubów abstynenta.

Teraz, kiedy coraz więcej osób, dzięki różnego rodzaju szkoleniom w kraju i za granicą, potrafi już skutecznie pomóc cierpiącemu alkoholikowi i ich bliskim, a coraz więcej placówek wdraża konkretne programy pomagania – pora zrobić kolejny krok, polegający na udoskonaleniu stosowanych metod.

Często słyszymy, że alkoholik musi „sięgnąć dna”, żeby miał się od czego odbić, wypłynąć na powierzchnię i rozpocząć nowe życie. Istnieje jednak niebezpieczeństwo, że czekając aż ktoś „sięgnie dna”,

które dla różnych osób leży na różnej głębokości, można nie zdążyć z udzieleniem pomocy. Dlatego w latach sześćdziesiątych w Instytucie Johnsona w Minneapolis, zrodziła się idea przybliżenia wspomnianego „dna” przez zastosowanie metody interwencji. Popularyzacji tej idei służy książka, którą właśnie oddajemy do rąk Czytelnika.

Należy jednocześnie pamiętać, że metodę interwencji stosuje się nie tylko w odniesieniu do osób uzależnionych od alkoholu, ale także w przypadku uzależnienia od jakichkolwiek innych substancji psychoaktywnych. (Autor używa zresztą zamiennie nazw – alkohol, substancje chemiczne, środki zmieniające nastrój itp.).

Niestety, nie wszystkie propozycje Autora, dotyczące przeprowadzania interwencji w stosunku do osób uzależnionych, można powszechnie stosować w naszych polskich warunkach. Powodów jest wiele, a tylko niektóre z nich próbuję zasygnalizować.

Po pierwsze, metoda interwencji znana jest na razie jedynie nielicznym profesjonalistom, a niewielu spośród nich potrafiłoby ją prawidłowo przeprowadzić. Ponadto, osoby, które nawet słyszały o tej metodzie bądź zetknęły się z nią, nie mają jeszcze dostatecznej praktyki i doświadczenia w jej bezpiecznym stosowaniu.

Po wtóre, trudno byłoby znaleźć pracodawcę, który rozumiałby na czym naprawdę polega alkoholizm i zechciał poświęcić czas na wzięcie udziału w przygotowaniach do interwencji i w samej interwencji.

Po trzecie, nie wszędzie byłoby możliwe (choć to chyba kwestia najbliższego czasu) wcześniejsze zarezerwowanie miejsca w ośrodku odwykowym dla pacjenta, u którego w trakcie interwencji udało się naruszyć system zaprzeczeń i nakłonić go do podjęcia leczenia.

Kolejnym problemem może okazać się uzyskanie wiarygodnych informacji na temat konkretnych ośrodków terapeutycznych. Większość z nich nie ma folderów ani jakichkolwiek innych materiałów informujących o stosowanych metodach leczenia; nie ma również rzetelnych i poprawnych metodologicznie opracowań oceny sku-

teczności stosowanych przez siebie oddziaływań terapeutycznych.

Problemów tych, jak już wspomniałem, znaleźlibyśmy znacznie więcej. Na szczęście sytuacja w leczeniu odwykowym ulega korzystnym zmianom. Działania, których celem jest poprawa dostępności placówek odwykowych, polepszenie jakości oraz skuteczności świadczonych przez nie usług terapeutycznych, zostały już wdrożone przez stworzenie sieci, tzw. placówek wiodących (ich lista jest cały czas otwarta). Placówki te wspierane są finansowo i merytorycznie przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; w przyszłości planuje się pomiar skuteczności prowadzonych przez nie oddziaływań.

W naszej praktyce terapeutycznej bardzo często spotykamy się z prośbami, błaganiami, naciskami, a nawet szantażem byśmy pomogli osobie, która zupełnie nie chce pomocy i broni się przed nią rozpaczliwie, mimo ewidentnych dowodów na to, że alkohol niszczy ją oraz jej najbliższych. Zbyt często czujemy się tak samo bezradni jak proszące nas o pomoc żony, matki, mężowie czy dzieci alkoholików. Z tych właśnie powodów powinniśmy dokładnie zapoznać się z przedstawionymi w niniejszej książce propozycjami Vemona E. Johnsona, którego metoda interwencji stała się jednym z podstawowych elementów nowoczesnych programów terapeutycznych. Ukazanie się książki powinno pomóc w możliwie szybkim i powszechnym wprowadzeniu tej metody również do naszych placówek odwykowych, przyczyniając się pośrednio do uratowania życia wielu, cierpiącym i uważanym za „beznadziejnie” chorych, alkoholikom.

Kończąc te swoje rozważania chciałbym jeszcze raz przestrzec przed stosowaniem metody interwencji bez odpowiedniego treningu i profesjonalnego przygotowania w tym kierunku. Niefachowość może bowiem przynieść ogromne szkody; może na długie lata odstraszyć pacjenta od podjęcia leczenia, a relacje rodzinne zaburzyć do tego stopnia, że nawet najlepsi fachowcy mogą okazać się bezradni.

*dr. n. med. Bohdan Woronowicz*

## ALKOHOL I AIDS

Edukacja zdrowotna, zwana też promocją zdrowia, to względnie nowa dziedzina w wielu krajach, ale w Polsce, obawiam się raczej *bezwzględnie* nowa. Praktycznie dopiero się rodzi. Chcę zwrócić uwagę na jeden tylko aspekt, który występuje aktualnie we wszystkich programach sympozjów i konferencji, w publikacjach i memoriałach na temat edukacji zdrowotnej. Chodzi o światową epidemię AIDS.

Uświadamiamy sobie w pełni bezpośredni związek pomiędzy dożywianiem narkotyków i groźbą zakażenia wirusem HIV. Na razie jednak prawie nikt nie dostrzega związku tej epidemii z używaniem alkoholu. Wraz ze wzrostem liczby nosicieli wirusa HIV, przede wszystkim wśród osób młodych, rośnie też niestety groźba rozprzestrzeniania zakażeń przez kontakty seksualne, w tym także – co warto zawsze podkreślać – heteroseksualne.

Dlaczego nagle ArkA zabiera głos na temat AIDS? – ktoś mógłby zapytać. To proste. Dlatego, że zagrożenie tą chorobą zwiększa się wraz z podejmowaniem przypadkowych stosunków seksualnych. Zaś picie alkoholu, tak samo jak używanie innych substancji zmieniających nastrój (uwaga: niekoniecznie alkoholizm)

zwiększa prawdopodobieństwo wszelkich ryzykownych zachowań.

Wielu pijących (znów, nie tylko u-  
zależnionych) wie, że pod wpływem kilku kieliszków czy kufla piwa często (a) ustępuje onieśmienie i ostrożność; (b) ogarnia uczucie mocy, bezkarności, nietykalności; (c) zamazuje się różnica między tym co dobre i złe, słuszne i niesłuszne, bezpieczne i niebezpieczne; (d) dochodzą do głosu impulsy i odruchy zwykle tłumione przez wychowanie, rozwagę oraz system uznawanych wartości.

W tych czterech punktach zawierają się przyczyny podejmowania podczas picia i po wypiciu rozmaitych ryzykownych zachowań. Nie tylko zresztą seksualnych. Dlatego właśnie wszędzie obowiązuje zakaz prowadzenia pojazdów po wypiciu alkoholu; z tych samych przyczyn wszędzie zabrania się pić podczas pracy.

Smutne jest jednak to, że wciąż wielu z nas nie traktuje poważnie zagrożenia wirusem HIV, gdyż kojarzy go sobie z „określonymi” albo „pewnymi” ludźmi. Oprócz wspomnianych „dożylnych” narkomanów przeważnie zalicza się do grupy największego ryzyka jeszcze homoseksualistów. A więc wielu ludzi myśli: to „nie my”, to „oni”.

I w poczuciu zupełnego uspokojenia oddala od siebie temat AIDS.

Literatura medyczna także opornie podchodzi do tej sprawy. Choć w Wielkiej Brytanii już w 1986 roku wstrząsnął opinią publiczną artykuł Stalla, McKusicka i Wiley'a opublikowany w kwartalniku British Health Education na temat pilotażowych badań ponad stu osób zakażonych wirusem HIV inną niż dożylna drogą; autorzy rozpoznali spożycie alkoholu jako bezpośrednią przyczynę braku zahamowań przed podjęciem współżycia seksualnego z przypadkowymi partnerami i partnerkami bez żadnych środków zabezpieczających przed jakimikolwiek zakażeniami.

Dł. Hiroshi Nakajima, dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia, zapowiada, że epidemia AIDS gwałtownie się rozszerzy w najbliższych latach. W swoim referacie wygłoszonym z okazji Światowego Dnia AIDS powiedział, że do końca wieku liczba osób chorych na AIDS wzrośnie dziesięciokrotnie – z około półtora miliona o-

becnie do 12-18 milionów. W tym samym czasie liczba dorosłych i dzieci zakażonych śmiertelnym wirusem potroi się lub zwiększy nawet czterokrotnie, z 9-11 milionów obecnie do 30-40 milionów w roku 2000.

Podobne lub jeszcze bardziej katastroficzne szacunki przedstawiają inni epidemiolodzy. Nie o to jednak chodzi, by wyłącznie szerzyć grozę. Z wszystkich przewidywań wynika, że epidemia AIDS sama nie zgaśnie. Nie zgaszą jej też od razu działania rządów, państw i organizacji międzynarodowych. Każdy może jednak potraktować te ostrzeżenia poważnie i o s o b i ś c i e. Może zacząć od uświadomienia sobie związku między zagrożeniem a własnymi zachowaniami. A potem pomyśleć, jak tymi zachowaniami kierować tak, by nie zdać się na przypadek, odruch, nagłą zachciankę. Zaś w kierowaniu własnym życiem, jak wiedzą chyba wszyscy Czytelnicy Arki, alkohol raczej na dłuższą metę nie pomaga.

*Ewa Woydyłło*

# PROSTO Z MITINGU

Jak w każdym numerze, prezentujemy kolejne przykłady doświadczeń i przeżyć uczestników spotkań AA, nadesłanych do Arki. Żadnych wyrażonych tu opinii nie należy przypisywać wspólnocie AA jako całości.

## CZY ODSTRASZAMY NOWO — PRZYBYŁYCH?

Wyobraźmy sobie sytuację: Na swoim pierwszym mitingu patrząc i słuchając „nowy” nabiera otuchy. „Może ja również potrafię wytrzeźwieć? Ale jak to ugryźć? Czego ci ludzie będą chcieli ode mnie?”. Kiedy miting kończy się odmówieniem „Ojcze nasz...” jest pewien, że próbują go wciągnąć do jakiejś dziwnej sekty religijnej. Wychodzi i nigdy nie wraca.

Czy coś podobnego wydarzyło się ostatnio w twojej grupie? Oczekujemy duchowej a nie religijnej orientacji, a mimo to wiele grup odmawia tę religijną modlitwę na zakończenie mitingu.

Ta niezgodność nasunęła mi myśl, że neutralna modlitwa (np. Modlitwa o pogodę ducha) będzie mniej odstraszać dla niewierzących nowicjuszy. Podzieliłem się tym spostrzeżeniem na jednym z naszych mitingów organizacyjnych, ale nie zostało to dobrze przyjęte. „Pro-

gram działa 50 lat” – powiedział ktoś – „zostaw to w spokoju”.

Nadal nie mogę się zgodzić, żeby „Ojcze nasz...” było częścią programu AA. To jest religijna modlitwa używana przez liczne wyznania chrześcijańskie przez setki lat.

Mój pierwszy kontakt z AA pozostawił wrażenie, że każdy musi przyjąć jakąś religię aby osiągnąć trzeźwość. Wychowałem się w środowisku religijnym, ale w trakcie lat picia stałem się ateistą. Nie chciałem mieć nic wspólnego z religią i przez pięć lat nie pokazywałem się w AA. – Jestem jednym z tych szczęśliwców, którym udało się powrócić.

Dziś mam program duchowy i wierzę w Siłę Wyższą, ale nadal nie praktykuję żadnej religii. W świecie mojej duchowości nie ma ani nieba ani piekła, nie ma też grzechów. Mnie program AA uczy, że duchowy styl życia jest niezbędny dla zachowania trzeźwości, ale wiara religijna jest sprawą wyboru.

Założyciele AA byli świadomi, że nie powinniśmy mieć żadnych religijnych powiązań. AA było jedną z odrośli Grup Oksfordzkich, a jednym z powodów szukania przez nie własnej drogi



było twarde stanowisko religijne tych wspólnot. Grupy Oksfordzkie usychały aż upadły. AA rozkwitało i nadal prosperuje.

Niektórzy z was mogą powiedzieć, że ten pomysł jest zbyt kontrowersyjny, ponieważ wielu uczestników AA praktykuje jakąś religię – więc odpadną. Nie sądzę, aby usunięcie religijnych modlitw z mitingów aowskich było kontrowersyjne – nawet osoby religijne zgodzą się z tym, że religia nie powinna być częścią mitingu.

Być może stąd jest tak wielu wierzących w AA, bo odstraszamy wielu potencjalnych uczestników nie praktykujących żadnej religii.

*Bob M. South Lake Tahoe  
Kalifornia*

Tytuł oryginału „Are We Scaring Newcomers Away?” „AA Grapevine”, czerwiec 1988.  
Tłum. A. Pawłowski

## ŻYCIE MOŻE BYĆ TAKIE PROSTE

Znalazłam kolejny pozorny paradoks. Kiedy daję, to najwięcej biorę. Pojechałam na miting do małego miasteczka. Przysłali do nas wici, że potrzebują kogoś, kto im pomoże rozruszać AA. Znalazło się jeszcze dwóch chętnych i pojechaliśmy. Dzielić się swoim doświadczeniem, siłą i nadzieją. Doświadczeniem to ja się może i podzie-

liłam, bo tego nabyłam i w Gdańsku, i w Warszawie, i w Poznaniu. Ale siły, nadziei i wiary przywiozłam na pewno więcej niż zawiozłam. Mieszkam w Gdańsku. Każdego dnia przynajmniej jeden miting, do wyboru różnego rodzaju terapie. Łatwo jest trzeźwieć, gdy ma się tyle w zamian. Tak myślę od powrotu z mitingu w małym miasteczku. W Gdańsku łatwo znaleźć grupę, w której nie ma znajomych. Tylko na początek, na ten najważniejszy pierwszy krok. Na przyznanie się do bezsilności i zaakceptowanie jej. Dopóki chodzi się z opuszczoną głową. Tak trudno uwierzyć, że bycie alkoholikiem nie znaczy bycie złym człowiekiem. Łatwo w Gdańsku cieszyć się trzeźwieniem, gdy tak łatwo o drugiego trzeźwiejącego. Jest za kim iść i jest za kim się oglądać. Tylu pięknych ludzi wokół. I tylko tak trudno o tym pamiętać, gdy nawrót akurat doskwiera. To jeden z moich sposobów na nawrót; wyjść do ludzi, zapomnieć przez chwilę o sobie. I tym razem pomogło. Zapomniałam o sobie i rozżalaniu się nad sobą słuchając innych. I zmęczenie gdzieś sobie poszło. Na całą długą chwilę, bo chce mi się o tym pisać i uśmiecham się gdy myślę, że życie może być takie proste. Wystarczy zaakceptować pozorny paradoks – kiedy daję to najwięcej biorę. Słyszałam te słowa nieraz. A poczułam ich sens dopiero teraz. Wracaliśmy do swego dużego miasta wszyscy troje uśmiechnięci, radośniejsi. Kocham cię, życie, nawet jeśli jesteś paradoksem.

*Elżucha AA*

# MOŻE WARTO?

Uczestniczyłam w kilku mitingach AA i muszę przyznać, że zrobiły na mnie duże wrażenie, dały mi wiele do myślenia, a przede wszystkim zmieniły moje dotychczasowe stereotypy dotyczące alkoholizmu. Powszechnie alkoholizm jest uznawany za chorobę, która niszczy człowieka, degraduje z każdej strony, sprawia, że życie traci sens i cel a wszystko wokoło jest szare i beznadziejne.

Obecność w AA dla niektórych jest odradzaniem się do nowego życia. Jeden z uczestników grupy stwierdził, że rośnie i dojrzewa razem ze swoją wnuczką, która przyszła na świat krótko przed tym gdy on zaprzestał picia. Teraz na nowo poznaje świat, z tą różnicą, że ogląda go z innej perspektywy niż kiedyś. Widzi inne, weselsze barwy.

Dzielenie się radościami i smutkami tych ludzi bardzo mnie wzruszyło. Mówią oni szczerze i otwarcie o tym wszystkim co ich boli, trapi, a także mówią o bardzo prostych, czasem drobiazgowych promyczkach szczęścia, które ich spotkały.

Myślę, że każdy z nas od tych ludzi może się nauczyć bardzo dużo. Dzielią się oni tym co ich spotyka, opowiadają o swoich zmaganiach z rzeczywistością,

która często przytłacza. A co ważne, nikt nikogo nie krytykuje, nie poucza, nie osądza.

Uważam, że to już znaczy dla każdego bardzo wiele i bardzo pomaga w życiu szczerym i otwartym. Myślę, że każdy z nas, niekoniecznie uzależniony od alkoholu potrzebuje dzielić się tym co przeżywa, a przez to odkrywać bogactwo siebie i dojrzewać do piękniejszego życia.

Życie jest bardziej radosne, gdy ma się świadomość zrozumienia i szacunku ze strony drugiego człowieka oraz gdy się wie, że można liczyć na przyjaciół. A to właśnie zapewnia AA.

Człowiek uzależniony każdego dnia musi podejmować trud wyboru, nie wystarczy jedna decyzja „nie piję”, ale codziennie trzeba ją ponawiać.

Ale to wszystko co jest okupione jakimś trudem, wysiłkiem czy staraniem daje potem człowiekowi radość i szczęście.

Dlatego myślę, że warto podjąć taki wysiłek a na pewno nikt nie będzie tego żałował. Czasami warto pomyśleć do kąd się spieszę, po co takie zaganianie i ciągle stresy. Może istnieje coś ponad sprawy codzienne, co warto poznać i w imię czego podejmować trud stawania się i rozwoju.

*Ewa Serafin  
IV rok psychologii*

## SPOSOBY POMAGANIA RODZINIE

*Ewa Woydyłło*

Przy rozpowszechnionej już u nas sporej liczbie fachowej i popularnej literatury niewiele zostało do dodania jeżeli chodzi o problemy rodziny zaburzonej przez nadużywanie alkoholu. Słowo „koalkoholizm” weszło do codziennego żargonu nie tylko wspólnoty Al-Anon czy klienteli ośrodków odwykowych, ale pojawia się coraz częściej w wypowiedziach osób „neutralnych”. Krótko mówiąc, wiadomo o co chodzi.

Na rodzinę można patrzeć jak na system, w którym każdy na każdego oddziałuje; dlatego, jak wiadomo, wystarczy jedna osoba z problemem, a cała rodzina staje się stopniowo „chora”. O rodzinie alkoholowej mówimy właśnie „chora rodzina”. Nie znaczy to jednak, że wszystkich trzeba wziąć do szpitala i dać im zwolnienie lekarskie. Ta choroba ma swoją specyfikę, z której wynikają określone zaburzenia.

Współmałżonek zaczyna być coraz bardziej nadopiekuńczy wobec coraz bardziej nieodpowiedzialnego alkoholika. Coraz mniej uwagi poświęca własnemu rozwojowi i innym obowiązkom. Tracą na tym przede wszystkim dzieci. Nie tylko pijący rodzic staje się emocjonalnie chory i niedostępny, często w dodatku agresywny i niekonsekwentny, ale niepijący rodzic też stopniowo zaniedbuje stronę uczuciową, wychowawczą i opiekuńczą. Z czasem, obsesyjnie pochłonięci walką z alkoholem, oboje rodzice przestają więc spełniać rolę organizującą wspólnotę rodzinną dla siebie i dzieci. Świadomie używam tu liczby mnogiej i mówię o „oboju rodzicach”; za zaburzoną uważam bowiem rodzinę z obojgiem rodziców, w któ-

rej tylko matka ma się troszczyć o rozwój i dobrobyt uczuciowy, praktykować i umacniać szczerłość, wzajemność i troskliwość. Możliwe, że do „tradycji” należy to, by jeden rodzic tworzył klimat domu, podczas gdy drugi nie musi być uczuciowy, dobry i serdeczny, może nie brać udziału w radościach i troskach codziennego życia domowego i może być tylko maszynką do zarabiania na życie. Jeżeli ten model to tradycja, to niech sobie tam zostanie, jak najgłębiej pogrążony w przeszłości. Dzisiejszy model niech będzie inny, oparty na jednakowej odpowiedzialności obojga rodziców by rodzina była zdrowa, a więc oparta na wzajemności, współpracy, szczerości, sprawiedliwości i poszanowaniu praw należnych każdemu jako człowiekowi. Zdrowa rodzina umacnia się na gruncie wzajemnej miłości wokół wspólnych wartości i dążeń; i czyni to wspólnie, tak by również tego uczyły się dzieci i umiały w przyszłości powielić zdrowy model własnej rodziny.

Chora rodzina alkoholowa łamie zasadę otwartości i szczerości uparczywie broniąc swego sekretu („Żeby się tylko nie wydało, że mamy wśród nas alkoholika”), niekiedy całymi latami. Często się rozpada pod wpływem erozji uczuć i krzywd nie do wytrzymania. A jeżeli trzyma się razem mimo krzywd i nadużyć jakie powoduje alkohol, to dzieje się to mocą strachu, wstydu i patologicznego współzależnienia. Rodzina alkoholowa to poza tym po prostu smutna rodzina.

Rodzina zdrowa – także taka, która nazywa siebie „zdrowiejącą”, gdzie alkoholik już nie pije – to wspólnota wzajemnie życzliwych ludzi, zdolnych do miłości, pracy i radości. Oczywiście większość z nas zdaje sobie sprawę, że nie wystarczy samo zaprzestanie picia przez alkoholika, aby małżonkowie, dzieci i reszta rodziny, automatycznie wszyscy odzyskali od razu pogodę ducha, wiarę i radość życia. Często ludziom tym potrzeba pomocy, czasem specjalistycznej, a czasem po prostu ludzkiej. Tym bardziej pomoc bywa niezbędna w tych rodzinach, gdzie pijaństwo trwa nadal narażając pośrednio i bezpośrednio na pogorszenie jakości życia wszystkich członków rodziny. Zdarzają się też rzadkie przypadki, kiedy o pomoc zwracają się członkowie rodzin dotkniętych alkoholizmem nie po to, by coś zmienić, lecz po to, by nauczyć się cierpliwości i zgody na czyjś alkoholizm.

Widzimy więc, jak trudno jest mówić o sposobach pomagania rodzinie w uniwersalnym wymiarze. Zależy kto pomaga i komu. Zależy też w jakich warunkach się to odbywa. No i oczywiście zależy też, jaki cel zamierzamy osiągnąć. Czy zażegnać kryzys i przez chwilę mieć spokój? Czy komuś chodzi o jak najlepszy rozwój osobisty i wykorzystanie własnych możliwości, jakimi obdarza życie? Czy może po prostu o to, żeby przetrwać nic nie zmieniając, siebie też?

Nikt nie może narzucać nikomu własnych celów. Można jednak ludzi uczyć, oświecać i ukazywać im różne możliwości, roztaczając perspektywy wynikające z poszczególnych wyborów. Można wskazywać na różnice między dobrymi wyborami i złymi, między decyzjami honorującymi godność i decyzjami rodzącymi poniżenie i krzywdę. Rolę „drogowskazu” spełniają między innymi różne formy doradztwa, psychoterapii, a nawet profilaktyki i edukacji.

Zróbmy więc skrótowy przegląd „sposobów pomagania rodzinie”.

## Zażegnać kryzys

Na kryzysy dobre są: pogotowie ratunkowe, straż pożarna, policja itp. Nie ma to wiele wspólnego z terapią, raczej z interwencją i ewentualną poradą, najlepiej kompetentną i fachową, odnoszącą się wprost do zagrożonej dziedziny. Prawnik może wskazać sposób ratowania materialnych zasobów rodziny przez sądowy podział majątku; alimenty można ściągać z pomocą odpowiednich urzędów; policja może usunąć awanturnika z otoczenia nieletnich członków rodziny. I tak dalej. Wiemy jednak, że z pomocą prawną, sądową czy policyjną bywa u nas różnie. Dopóki zajmujący się sprawami interwencji w rodzinach alkoholowych urzędnicy czy funkcjonariusze nie złączą działań w oparciu o praktyczną wiedzę i dopóki nie przestaną zbywać wołających o pomoc rodzin lekceważeniem lub wykręcaniem się przepisami, dopóty z wielu rodzin alkoholowych nie zniknie przemoc, chaos, bieda i zagrożenie bezpieczeństwa zarówno dzieci jak i dorosłych.

A więc – żeby móc liczyć na mądrość i autentyczną pomoc sędziów, doradców prawnych i administracyjnych, kuratorów sądowych czy policjantów – trzeba ich wyszkolić. Może niektóre przestarzałe przepisy – na przykład meldunkowe lub dotyczące konsekwencji wykroczeń popełnionych pod wpływem alkoholu należałoby znowelizować tak, by osoba karana za wykroczenie uzyskiwała jednocześnie możliwość pogłębiania wglądu we własne obyczaje alkoholowe i zobaczyła bezpośredni związek między piciem a nagannymi zachowaniami.

Na przykład w USA, Kanadzie, Skandynawii i wielu krajach zachodnich zatrzymanie za jazdę po pijanemu pociąga za sobą nie tylko pozbawienie prawa jazdy i mandat, ale także obowiązek przeszkolenia m.in. w zakresie działania alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy. Za szkolenie w takiej *driving school* musi oczywiście zapłacić skierowany przez

policję delikwent, a więc państwo ani niewinnych podatników ta edukacja nie kosztuje nic. Prawodawcy wychodzą tam jednak z założenia, że jeśli ktoś wypił i siada za kierownicą, to najwyraźniej nie zdaje sobie sprawy z tego jak alkohol działa na percepcję, refleks, emocje i zachowania. I trzeba go tego nauczyć. A u nas czytamy w gazetach, że sami policjanci jadąc po pijanemu zabili dziecko. Zaś na wzmiankę o szkoleniu w tej dziedzinie policjant z Komendy Stołecznej Ruchu Drogowego powiedział mi niedawno: „Szkolenie kierowców byłoby wbrew prawu. Za jazdę po pijanemu są u nas określone kary i starczy. Poza tym, sprawy alkoholowe należą do resortu zdrowia, a nie spraw wewnętrznych.”

Dobrze by było, aby osoby pomagające rodzinie uniknąć katastrofy z powodu alkoholizmu nie tylko doraźnie zaradziły nieszczęściu, ale umiały też zmotywować swoich klientów do poznania sposobów radzenia sobie w przyszłości. Innymi słowy, powinniśmy kierować dzieci i dorosłych cierpiących z powodu alkoholizmu w rodzinie do odpowiednich placówek terapeutycznych i grup samopomocy, a gdy ich brakuje – pomóc je zorganizować.

Do tego znowu potrzebne jest odpowiednie przeszkolenie; o istniejących formach pomocy trzeba wiedzieć, mieć pod ręką odpowiednie adresy i telefony. Ale przede wszystkim trzeba chcieć i potrafić ludzi przekonać, że znajdują tam wsparcie i wskazówki na życie i dlatego warto z tej pomocy korzystać.

## Rozwój osobisty

Trochę inaczej będziemy pomagać rodzinie, która mimo aktualnego problemu alkoholowego lub częściej, po zaprzestaniu picia przez alkoholika, pragnie zmienić swoje dotychczasowe nawyki, styl życia, system wartości i sposób myślenia. Będzie to zadanie dla psychoterapeutów i doradców pomagających w zmianie osobistej. Dwanaście Kroków jako podstawa wspólnoty AA,

Al-Anon, Alateen – to właśnie przykład takiego programu, ale nie jedyny. Istnieją wspólnoty religijne promujące trzeźwość i odpowiedzialność również w oparciu o rozwój duchowy. Do wyboru mamy tu wiele szkół i modeli psychoterapii, które zainteresowani mogą wypróbować zależnie od potrzeb.

Ostatnio zwiększa się zapotrzebowanie na różne formy terapii małżeńskiej, zwłaszcza w zakresie poprawy komunikacji. Drugim popularnym kierunkiem są warsztaty polepszenia poczucia wartości i stanowczych zachowań oraz treningi asertywności. Dzieciom i młodzieży pomagać można zarówno w wyzbyciu się poczucia winy za pijaństwo rodziców jak i w zainteresowaniu zdrowym stylem życia w ich własnym środowisku. Upowszechniają się też ostatnio programy profilaktyczne realizowane w szkołach lub podczas wakacyjnych kolonii i obozów, dzięki którym dzieci uzyskują niezbędną wiedzę i sposoby rozwiązywania wielu własnych problemów, nie tylko zresztą ściśle rodzinnych.

Oczywiście ta kategoria pomocy jest najbardziej potrzebna dla wychowawców, pedagogów, duchownych, psychologów itp. Jej celem jest rozwój osobisty i poprawa jakości życia, umacnianie wartości duchowych i międzyludzkich, zmniejszenie poczucia wyobcowania, uwolnienie od poczucia krzywdy, winy, osamotnienia i smutku.

Wydawałoby się, że właśnie ten cel warto podsunąć każdemu kto cierpi z powodu alkoholizmu w rodzinie. Uwaga, powtórzmy jeszcze raz: nie sposób nikomu narzucić własnych celów. Pamiętając o tym dodajmy, że do tego celu trzeba dojrzeć. Trzeba mieć chociaż odrobinę nadziei i bodaj trochę wyzbyć się poczucia wstydu. Cierpienie z powodu świeżo doznanych krzywd czasami tak bardzo zniechęca, że nie dziwimy się, gdy niekiedy ludzie po prostu nie mają siły na terapię czy chodzenie do Al-Anon. Nie zapominajmy też, że rozwój osobisty to z m i a n a siebie samego; a gdy ktoś stał się

ofiara straszliwej przemocy i zagrożeń – czy można od razu oczekiwać, że da się łatwo przekonać, by zmieniać siebie?

## Aby przetrwać bez żadnej zmiany

Dlatego wyszczególniam jeszcze tę kategorię osób, które aktualnie nie są zdolne, do wezwania na pomoc policji czy prokuratora, zupełnie nie mogą myśleć o własnej terapii i pracy nad sobą, i mogą jedynie skorzystać ze wsparcia „aby w ogóle przetrwać”. Zwykle są to osoby chronicznie obcujące z alkoholem niezbyt agresywnym, zdolnym do dłuższych przerw w piciu i przez to nie rujnującym doszczętnie domowego budżetu i własnego zdrowia. Dzięki temu problem alkoholowy w takiej rodzinie może pozostawać mrocznym sekretem, ale nie powodującym spektakularnych katastrof.

Zwłaszcza dzieci z takich rodzin powinniśmy starać się ustrzec przed kontynuacją alkoholowego obyczaju domowego; powinny one dowiedzieć się o podwyższonym ryzyku z tytułu genetycznych uwarunkowań alkoholizmu. Niech będą świadome własnych zagrożeń, aby mogły ich w przyszłości uniknąć. Ktokolwiek spełnia w takiej rodzinie rolę „wspólnika” – żona, matka albo może mąż, dzieci czy rodzeństwo – trzeba ich uświadomić w zakresie osobliwej dynamiki uzależnienia. Powinny zrozumieć, że „pomaganie” w piciu to nie tylko kupowanie czy nalewanie alkoholu, ale również wybawianie pijącego z kłopotów spowodowanych przez picie. I tak dalej – są to już na ogół znane zasady elementarza koalkoholizmu.

Warto przy tej kategorii „beznadziejnych” rodzin wspomnieć, że nie muszą one na zawsze pozostać takie beznadziejne. Możliwe, że wsparcie bez potępiania, edukacja bez pouczania, rozpoznanie problemu bez wytykania palcem – ocknie z czasem tych ludzi „przyzwyczajonych” do pijaństwa

wa bliskiej osoby i wskaże im sposób na przerwanie beznadziejnego cyklu.

## Nietypowa kategoria

Kilka dni temu odnalazła mnie w Warszawie pani, elegancka jak z żurnala i utytułowana naukowo, której nie potrafię zaliczyć do żadnej z trzech powyższych kategorii. Żyje niewątpliwie w rodzinie alkoholowej, z tym bowiem przyszła do mnie prosząc o poradę. Jej mąż, powszechnie poważany pan na stanowisku, pije od wielu lat dosłownie codziennie, a nierzadko upija się poza granice przyzwoitości. Na protesty żony oburza się i odwołuje do opinii znajomych, którzy zgodnie stwierdzają, że ona jest chyba nienormalna, bo o co jej chodzi, przecież wszyscy piją. Owszem, zdarzyło się, że kilkakrotnie odebrano mu prawo jazdy, ale odzyskiwał je natychmiast i nigdy nie trafił ani do kolegium ani broń Boże do sądu. Słowem, porządny człowiek, tyle, że lubi sobie ostro popić.

Moja klientka stanęła ostatnio przed wielkim problemem. Mianowicie, boi się dać mu dwójkę dzieci – 7 i 3 lata – na urlop na wsi, gdzie sama nie może w tym czasie pojechać. On się upiera by zabrać dzieci, a ona protestuje ze strachu, że będzie z nimi jeździł samochodem po alkoholu albo zaśnie podпиты, a dzieci wywędrują same na szosę. Wszystkich pełnych grozy scenariuszy tutaj nie powtórzę; każdy, kto chociaż przez jeden dzień obcował z kimś, kto codziennie pije, z łatwością wyobrazi sobie, co jeszcze może się przytrafić dzieciom zdanym na taką „opiekę”. No i gdzie zaklasyfikować tę rodzinę? Czy ratować ich przed katastrofą? Tak, przecież chodzi o zagrożenie bezpieczeństwa dzieci. Ale może powinni – przynajmniej żona, uwolnić się od obsesji typu „Co znów zrobi pijący mąż?” i zająć się własnym rozwojem, stać się lepszą matką („jeszcze lepszą...”) itd. Albo trzeci wariant – może powinnam jej pomóc zaakceptować dotychczasowy stan rzeczy i cieszyć się, że jeszcze nic straszego się nie stało i na tej

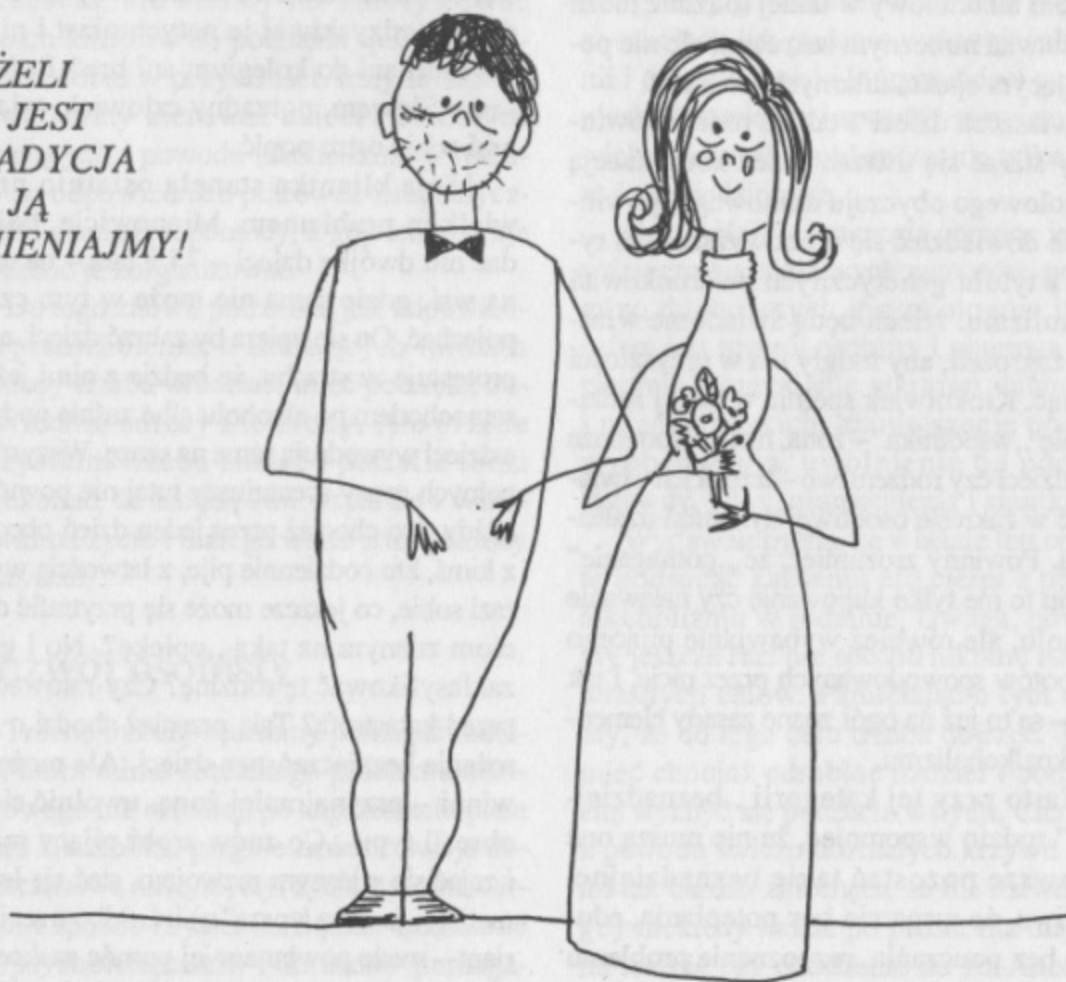
podstawie zaufać, że może nic złego nie stanie się ani jej ani dzieciom, ani mężowi, więc niech sobie on bierze te dzieci i jedzie na wakacje. Na wzmiankę, że może z mężem porozmawiałby ktokolwiek albo nawet ona sama, usłyszałam oczywiście, że to wykluczone, bo wszystkie dotychczasowe próby kończyły się awanturą i wmawianiem jej, że „Chyba zwariowała i o co jej właściwie chodzi?”

Oto jeden taki przykład, który pokazuje jak trudno jest mówić o „sposobach pomagania rodzinie alkoholowej”. Tym trudniej, gdy o pomoc prosi sam niepijący członek rodziny. A tak najczęściej bywa. Pijący przeważnie uważają, że żadnego problemu nie ma i właściwie trzeba im przyznać rację, przynajmniej do czasu. To znaczy dotąd, aż

picie faktycznie spowoduje jakiś problem. Tylko wtedy czasem może być za późno.

Podsumowując, pragnę zauważyć, że pomoc można dosyć łatwo pod warunkiem, że ktoś już uznał swoją bezsilność. Wtedy powstaje gotowość do słuchania innych i podjęcia nowych działań. Najtrudniej przebić się przez pancierz w rodzaju: „Poradzę sobie sam”, „Nikogo nie potrzebuję” lub „I tak nikt mi nie pomoże”. Czasem więc pomoc rodzinie może polegać po prostu na tym, aby zachwiać taką postawą obronno-samowystarczalną a następnie na tym, aby rozbudzić tęsknotę do dzielenia się z innymi swoimi życiowymi troskami. Bo w ostateczności, jeżeli już zupełnie nie możemy zmienić swego losu, to przynajmniej warto nie tkwić w samotności.

**JEŻELI  
TO JEST  
TRADYCJA  
TO JĄ  
ZMIENIAMY!**



Rys. Urszula Gembara

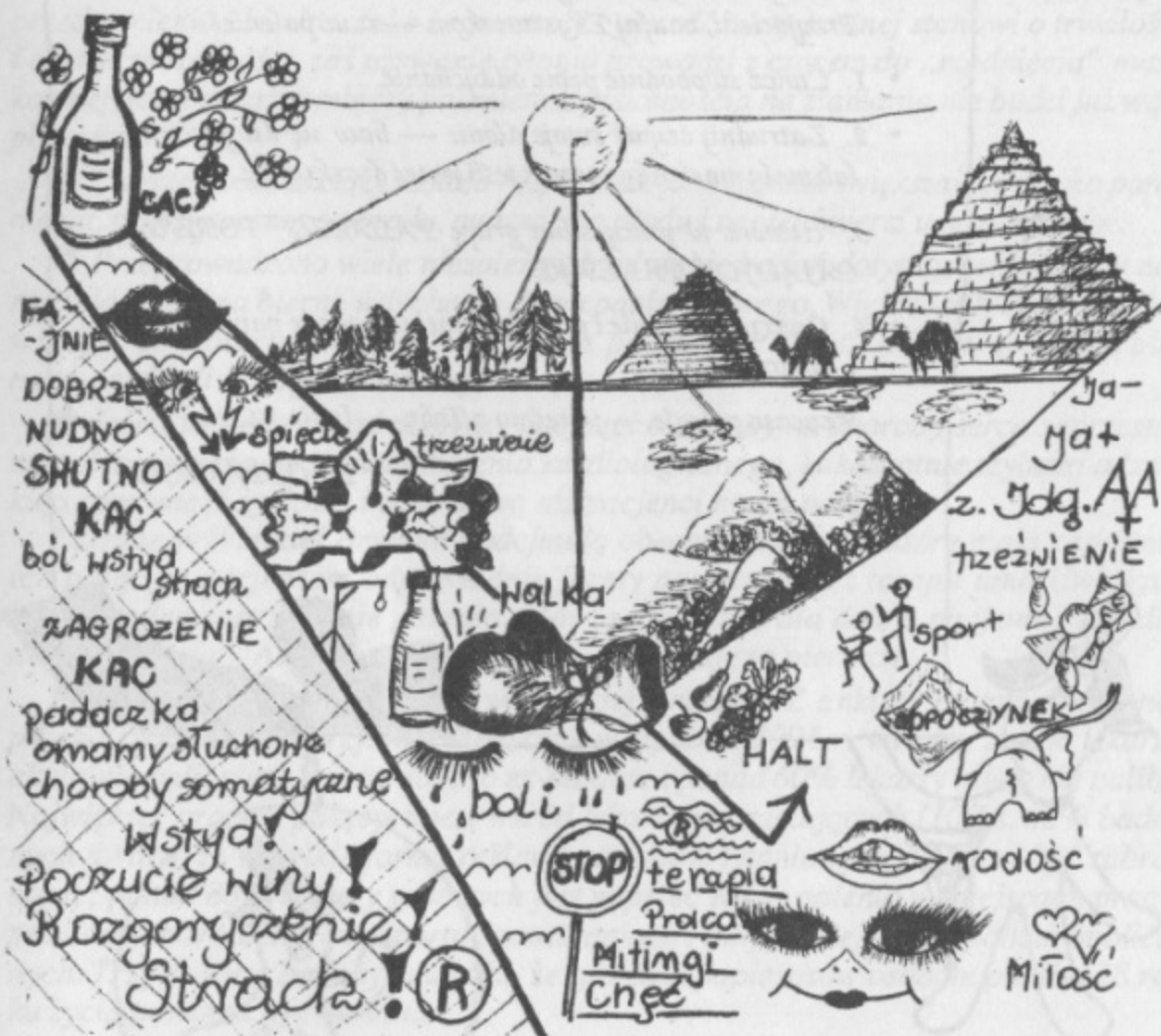
# Ludzie listy piszą

Droga „Arko”

Nigdy nie pisałam do żadnej redakcji, więc nie wiem jak to się robi i przepraszam. Ale chyba wiem, o jakim filmie napisała p. Dorota Glińska w poprzednim numerze Arki.

To jest po prostu smutne, że wykształceni ludzie, artyści, tak kompletnie nic nie wiedzą o tysiącach ludzi, którzy jako alkoholicy żyją normalnie. Im się wydaje, że alkoholik musi pić bo jest chory. A przecież jeżeli alkoholik przestanie pić, to może normalnie żyć, ale oni o tym nie wiedzą. Ja myślę, że ci artyści sami często piją za dużo i wolą myśleć, że to już tak musi zostać. Ciekawa jestem, co by powiedział ten pan reżyser, gdyby ktoś mu dał przeczytać chociażby jeden numer Arki?

Pozdrowienia od Kazi, Al-Anon



MÓJ WYKRĘS CHOROBY  
I POWROTU DO ZDROWIA

Ida, AA  
Warszawa



## LIST DO PALĄCYCH

Drogi Przyjacielu!

Czy wiesz o tym, że:

nie ma bezpiecznego palenia,

nie ma bezpiecznych papierosów.

A właściwie — kto tu rządzi? — Ty czy p a p i e r o s?  
spróbuj włączyć wyobraźnię — czy nie widzisz, że mo-  
żesz być wolny od nałogu?!

Przyjacielu, zaufaj Ekostworkom — rzuć palenie!

- 1. Ćwicz swobodnie pełne oddychanie.
- 2. Zatrudnij czymś swoje dłonie — baw się długopisem lub małą maskotką, nawet jeśli jesteś dyrektorem.
- 3. Utwórz w pracy silną grupę PALĄCZY PORZU-  
CAJĄCYCH PALENIE.
- 4. Opakuj starannie i pięknie ostatnią paczkę papierosów i... wyrzuć ją!

Rzucasz palenie — jesteśmy z Tobą — lubimy Cię!

EKOSTWORKI



medal Ekostworków

**LIST DO PALĄCYCH** pochodzi z publikacji pt. „Ekostworki” wydanej w 1992 r. przez Ośrodek Poradnictwa Konsumenta IRWiK nakładem ZG PCK. Broszurę napisała Maria Danuta Kamecka, a opracowała graficznie Małgorzata Wysocka, której zresztą zawdzięczamy posiadanie broszury.

Arka powraca do tego tematu tym chętniej, że i u nas zaczyna z wolna rosnąć liczba osób zainteresowanych rzuceniem nałogu oraz tych, którym się to już udało. Nie wątpimy, że dzieje się tak ponieważ niepalenie zaczęły propagować niektóre prywatne stacje radiowe (w Warszawie np. Radio Zet) i prasa np. Gazeta Wyborcza (choć nadal jej „Magazyn” reklamuje marsy, prince i westy). Naszym wciąż jeszcze nikotyżującym się Czytelnikom pragnę zostawić garść najnowszych wiadomości zaczerpniętych z biuletynu ASH – Action on Smoking and Health wydawanego przez Brytyjską Fundację Serca w Londynie. Informacje poniższe stanowią konkluzje serii badań naukowych prowadzonych w ostatnich latach w Wielkiej Brytanii i innych krajach.

● Palenie uznane zostało za czynnik ryzyka w złamaniach kości kręgosłupa, przedramienia i biodra. Jako że zwartość i gęstość masy kostnej stanowi o trwałości i elastyczności kości, zaś używanie tytoniu prowadzi z czasem do „rzędnięcia” masy kostnej, toteż związek między paleniem a podatnością na złamania nie budzi już wątpliwości.

● Palenie podczas ciąży zostało rozpoznane jako czynnik zwiększający ryzyko poronienia, przedwczesnego porodu, martwienia płodu i nagłej śmierci u noworodków.

● Przeprowadzono wiele niezależnych od siebie badań dotyczących skutków narażania dzieci na bierne wdychanie dymu papierosowego. Większość tych badań dowiodła, że „bierne palenie” zwiększa podatność dzieci na alergię, choroby nosogardzieli i dróg oddechowych.

● Jeżeli uzależnieni od nikotyny pacjenci cierpiący na choroby serca zaprzestaną palenia wraz z podjęciem leczenia kardiologicznego, kilkakrotnie szybciej odzyskują sprawność życiową i zawodową niż pacjenci nadal palący.

Lekarze w Wielkiej Brytanii podejmują obecnie działania, które mają zapewnić ich palącym pacjentom odpowiednie formy poradnictwa i terapii umożliwiające bezwzględne zaprzestanie palenia. Mówią oni: „Nie dla dobra pacjenta, lecz dla dobra leczenia”. Ale oczywiście to drugie powoduje to pierwsze...

● A teraz słowo o lekarzach w Wielkiej Brytanii. Z ankiety przeprowadzonej przez Brytyjskie Towarzystwo Medyczne w styczniu 1994 r. wynika, że 6% lekarzy aktualnie pali, nieco ponad 30% to ex-palacze i ponad 60% lekarzy nigdy nie paliło. Największy procent palących jest wśród lekarzy początkujących (10%). 62% badanych uważa, że wszelkie formy reklamy wyrobów tytoniowych powinny być zabronione; ponad 80% lekarzy gotowych jest poprzeć zakaz palenia w miejscach pracy, publicznych środkach transportu, restauracjach i innych miejscach spotkań publicznych. Trzy czwarte badanych uważa, że sprzedaż papierosów osobom poniżej 18 roku życia powinna być karalna.

**CHCIAŁABYM, ŻEBY PODOBNĄ ANKIETĘ ROZPISANO WŚRÓD POLSKICH LEKARZY.**

Ewa Woydytło



## FUNDACJA im. STEFANA BATOREGO

### Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień

Al. Ujazdowskie 33/35

Warszawa \* Telefon 622-1286 \* Fax 622-1280

---

Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień przy Fundacji im. 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 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 Osiatyński, publicysta, doktor nauk prawnych (przewodniczący)

Adam Sokołowski, przedsiębiorca (dyrektor)

Adam Strzembosz, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego

Zbigniew Wierzbicki, profesor socjologii

Ewa Woydyłło, psycholog (koordynatorka szkoleń)

## SPIS TREŚCI

● Drodzy Czytelnicy .....	1
● „Będąc młodym terapeutą” – leczyć, doradzać czy pomagać? .....	2
● Opiekuńcza Służba Pracownicza w Odlewni Żeliwa SA – Kutno .....	4
● Nauka: Skala zaprzeczania u alkoholików .....	5
● Nasze książki: „Interwencja” Johnsona .....	10
● Alkohol i AIDS .....	13
● Prosto z mitingu .....	15
● Sposoby pomagania rodzinie .....	18
● Ludzie listy piszą (i rysują) .....	23
● List do palących .....	24

WYDAWCA ZEZWALA NA PRZEDRUK NASZYCH  
ARTYKUŁÓW Z PROŚBĄ O UMIEŚCZENIE NASTĘPUJĄCEJ  
ADNOTACJI: „Przedruk z kwartalnika ARKA wydawanego  
przez Komisję Badań w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych  
Uciążliwych Problematyk”



# FUNDACJA im. STEFANA BATOREGO

## Komisja Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień

ul. Białostocka 1A  
01-111 Warszawa  
tel. 22 624 44 44  
e-mail: k.edukacja@fundacja-batorego.pl

**SPIS TREŚCI**

---

1. **Opis choroby** ..... 1

2. **Opis choroby** ..... 2

3. **Opis choroby** ..... 3

4. **Opis choroby** ..... 4

5. **Opis choroby** ..... 5

6. **Opis choroby** ..... 6

7. **Opis choroby** ..... 7

8. **Opis choroby** ..... 8

9. **Opis choroby** ..... 9

10. **Opis choroby** ..... 10

11. **Opis choroby** ..... 11

12. **Opis choroby** ..... 12

13. **Opis choroby** ..... 13

14. **Opis choroby** ..... 14

15. **Opis choroby** ..... 15

16. **Opis choroby** ..... 16

17. **Opis choroby** ..... 17

18. **Opis choroby** ..... 18

19. **Opis choroby** ..... 19

20. **Opis choroby** ..... 20

21. **Opis choroby** ..... 21

22. **Opis choroby** ..... 22

23. **Opis choroby** ..... 23

24. **Opis choroby** ..... 24

25. **Opis choroby** ..... 25

26. **Opis choroby** ..... 26

27. **Opis choroby** ..... 27

28. **Opis choroby** ..... 28

29. **Opis choroby** ..... 29

30. **Opis choroby** ..... 30

31. **Opis choroby** ..... 31

32. **Opis choroby** ..... 32

33. **Opis choroby** ..... 33

34. **Opis choroby** ..... 34

35. **Opis choroby** ..... 35

36. **Opis choroby** ..... 36

37. **Opis choroby** ..... 37

38. **Opis choroby** ..... 38

39. **Opis choroby** ..... 39

40. **Opis choroby** ..... 40

41. **Opis choroby** ..... 41

42. **Opis choroby** ..... 42

43. **Opis choroby** ..... 43

44. **Opis choroby** ..... 44

45. **Opis choroby** ..... 45

46. **Opis choroby** ..... 46

47. **Opis choroby** ..... 47

48. **Opis choroby** ..... 48

49. **Opis choroby** ..... 49

50. **Opis choroby** ..... 50

51. **Opis choroby** ..... 51

52. **Opis choroby** ..... 52

53. **Opis choroby** ..... 53

54. **Opis choroby** ..... 54

55. **Opis choroby** ..... 55

56. **Opis choroby** ..... 56

57. **Opis choroby** ..... 57

58. **Opis choroby** ..... 58

59. **Opis choroby** ..... 59

60. **Opis choroby** ..... 60

61. **Opis choroby** ..... 61

62. **Opis choroby** ..... 62

63. **Opis choroby** ..... 63

64. **Opis choroby** ..... 64

65. **Opis choroby** ..... 65

66. **Opis choroby** ..... 66

67. **Opis choroby** ..... 67

68. **Opis choroby** ..... 68

69. **Opis choroby** ..... 69

70. **Opis choroby** ..... 70

71. **Opis choroby** ..... 71

72. **Opis choroby** ..... 72

73. **Opis choroby** ..... 73

74. **Opis choroby** ..... 74

75. **Opis choroby** ..... 75

76. **Opis choroby** ..... 76

77. **Opis choroby** ..... 77

78. **Opis choroby** ..... 78

79. **Opis choroby** ..... 79

80. **Opis choroby** ..... 80

81. **Opis choroby** ..... 81

82. **Opis choroby** ..... 82

83. **Opis choroby** ..... 83

84. **Opis choroby** ..... 84

85. **Opis choroby** ..... 85

86. **Opis choroby** ..... 86

87. **Opis choroby** ..... 87

88. **Opis choroby** ..... 88

89. **Opis choroby** ..... 89

90. **Opis choroby** ..... 90

91. **Opis choroby** ..... 91

92. **Opis choroby** ..... 92

93. **Opis choroby** ..... 93

94. **Opis choroby** ..... 94

95. **Opis choroby** ..... 95

96. **Opis choroby** ..... 96

97. **Opis choroby** ..... 97

98. **Opis choroby** ..... 98

99. **Opis choroby** ..... 99

100. **Opis choroby** ..... 100

---

**WYDAWCA ZEZWALA NA PRZEDRUK NASZYCH  
ARTYKUŁÓW Z PROŚBĄ O UMIESZCZENIE NASTĘPUJĄCEJ  
ADNOTACJI: „Przedruk z kwartalnika ARKA wydawanego  
przez Komisję Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych  
Uzależnień Fundacji im. Stefana Batorego”**