

Renata Szczepanik

Rodzice osób pijących alkohol problemowo

O ambiwalencji pomocy



Rodzice osób pijących alkohol problemowo

O ambiwalencji pomocy



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO

Renata Szczepanik

Rodzice osób pijących alkohol problemowo

O ambiwalencji pomocy



Renata Szczepanik – Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu
Pracownia Pedagogiki Specjalnej, 91-408 Łódź, ul. Pomorska 46/48

RECENZENT

Wiesław Ambrozik

REDAKTOR INICJUJĄCY

Urszula Dzieciatkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Aleksandra Urzędowska

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA

Leonora Gralka

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/chupi

© Copyright by PARPA, Łódź 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Zadanie „Wspieranie badań naukowych w obszarze problemów wynikających z używania alkoholu”
finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.09367.19.0.M

Ark. wyd. 28,8; ark. druk. 22,125

Egzemplarz bezpłatny

ISBN 978-83-8142-709-8

e-ISBN 978-83-8142-710-4

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wprowadzenie	7
Część I. Rodzina, rodzice, dorosłe dzieci i alkohol	15
1.1. Relacje między rodzicami i dorosłymi dziećmi	15
Rodzaje (nie)zależności	15
Rodzice i rodziny ich dzieci	23
Ambiwalencja międzypokoleniowej wymiany troski i opieki	31
1.2. Rodzina z problemem szkodliwego picia alkoholu	45
Dominujące kierunki badań z udziałem członków rodzin osób z uzależnieniem	45
Rodzice dorosłego dziecka używającego alkoholu problemowo. Stan (nie)wiedzy ...	56
Strategie badań rodzin z problemem uzależnienia. Możliwości podejścia jakościowego	64
Rodzice osób problemowo pijących alkohol w świetle założeń badań własnych	72
1.3. Konteksty teoretyczne definiowania problemów i doświadczeń rodziców osób nadużywających alkoholu i z diagnozą uzależnienia	86
Przyczynowe i sprawcze funkcje języka	86
Polityczna (nie)poprawność rodziców alkoholików	94
Medykalizowanie	109
Stygmatyzowanie	142
Część II. Rodzicielskie strategie radzenia sobie i pomocy dorosłemu dziecku używającemu alkoholu w sposób szkodliwy dla siebie i otoczenia	165
2.1. Problemowe picie alkoholu (dorosłego) dziecka jako element rodzicielskich biografii	165
Między dewiacją a chorobą	165
Perspektywa matek i ojców	172
Perspektywa specjalistów	179
Perspektywa badaczy	198
2.2. Oswajanie szkód	206
Obliczanie strat	206
Lokowanie przyczyn	224
Warianty relacji	235
Program reagowania	242

2.3. Siłami instytucji	247
Zdejmwowanie kurtyny	247
Budowanie programu reagowania na podstawie ekspertyzy	261
Obsadzanie w rolach	268
Na skrzyżowaniu oczekiwań	272
2.4. Siłami rodziny	281
Przychodzi matka do lekarza... i już do niego nie wraca	281
Zarządzanie zasobami	286
Rodzinne dogłądanie zła	294
2.5. Siłami natury	300
Osamotnienie	300
Wizja transferu opieki „na czarną godzinę”	308
Trzymanie problemu pod kluczem	311
Zakończenie	315
Bibliografia	319
Aneks	337
Oznaczenia wywiadów	353

Wprowadzenie

Kiedy na początku lat 90. Ramona M. Asher¹ pisze książkę na podstawie wywiadów z kilkudziesięcioma kobietami, które „przetwały” małżeństwo z partnerami nałogowo pijącymi alkohol, punktem wyjścia czyni słowa przysięgi małżeńskiej: „być z sobą na dobre i złe”. Jej praca jest właśnie o takich doświadczeniach – bycia z sobą w sytuacji pomyślności i kryzysu. Ta romantyczna przysięga bywa jednak łamana i współcześnie nikt specjalnie nie ma pretensji do kobiet, że decydują się na przerwanie związku, który jest patologiczny i zły. Związku, w którym jedna strona łamie przyrzeczenia wierności, lojalności i miłości. Co więcej, kobieta nie znajduje zrozumienia, kiedy zostaje w krzywdzącym związku, mimo że partner nie zmienia swojego dewiacyjnego zachowania. Jej heroiczność i poświęcenie mogą nie być docenione, a wręcz przeciwnie – ona sama może stać się podejrzana, oskarżona o to, że „lubi” znosić cierpienie, że jest patologiczna i nie radzi sobie z życiem. W najlepszym przypadku zostanie uznana za współzależną, uwikłaną w dewiację męża. Współzależna etykieta obwinia ofiarę, sugeruje bowiem, że podtrzymuje nałóg i sprzyja sięganiu po alkohol.

Inaczej jest w przypadku matek. Matki nie składają takich przyrzeczeń, ale w odróżnieniu od żon wymaga się od nich bezwzględności trwania przy dziecku „na dobre i złe”. Nie znajdują zrozumienia, kiedy przestają „chcieć” swoje dziecko, nawet jeśli jest naznaczone etykietą dewianta. To do matek wracają te dzieci, zwłaszcza synowie, które zostały opuszczone lub wyrzucone z domów przez żony. Takie matki (ale nie tylko one) są bohaterkami tej książki. Matki powracających synów-alkoholików stanowią tylko część szerszego zjawiska, które określam mianem rodziców dorosłych dzieci pijących alkohol problemowo.

I znowu wrócę do książki Asher, która pisze, że powstanie jej pracy spowodowane było dwoma zamiarami: po pierwsze chciała zaprezentować historie tych kobiet z ich perspektywy, a po drugie przyjrzeć się zjawisku ogólnie znanemu pod nazwą „współzależnienie żon/partnerek życiowych alkoholików”, stosując inną optykę niż psychologiczna. Doświadczenie kobiet osadziła Asher w szerokim kontekście społecznym i kulturowym, a nie psychologicznym. Uzależnienie bowiem oraz radzenie sobie z nałogiem zwykle lokowane są w problematyce badań

¹ R. M. Asher, *Women with alcoholic husbands: Ambivalence and the trap of codependency*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 2018.

psychologicznych i medycznych oraz z użyciem terapeutycznej siatki interpretacji. Relatywnie rzadko zagadnienia te stają się przedmiotem analiz z wykorzystaniem innej perspektywy poznawczej. Badaczka pyta o to, w jaki sposób alkoholizm męża wpływa na proces „stawania się” jego żoną i chce, aby z punktu widzenia osoby, która na co dzień mieszka pod wspólnym dachem z „alkoholikiem”, przyrzec się problemom i zrozumieć dynamikę przebiegu takiego małżeństwa. Rekonstruuje doświadczenia kobiet od momentu zidentyfikowania problemu alkoholowego po przezwyciężanie kryzysów związanych z pokonaniem nałogu. Książka jest więc o tym, w jaki sposób kobiety podążają długą, krętą i pełną wybojów drogą „stawania się żoną alkoholika”.

Podobnie jest z moją publikacją – w tym sensie, że podjęłam się próby nakreślenia tego, co dzieje się z rodzicami osób, które nałogowo piją alkohol, przyjmując inną optykę niż dominujący dyskurs problemów zdrowia psychicznego i uzależnień. Dlatego też w książce pomijam zagadnienia związane z psychologicznymi koncepcjami zdrowia, choroby, uzależnienia i radzenia sobie z kryzysami. Wręcz przeciwnie – poświęcam cały rozdział na krytyczne spojrzenie na tendencje definiowania i interpretowania tych zagadnień wyłącznie (niemal) z wykorzystaniem medycznych i psychologicznych kategorii analizy. I w tym miejscu posłużę się pewną opowieścią. Wielu Czytelnikom znana jest hinduska przypowieść o ślepcu i słoniu. *The blind men and the elephant*² to często przywoływana przez różnych naukowców historia, której sławę zawdzięcza się nieco zmodyfikowanej wersji XIX-wiecznego, amerykańskiego poety Johna Godfreya Saxe’a. W wielkim skrócie jej treść jest następująca: ślepcy chcieli opisać słonia. Jeden dotknął nogi i uznał, że słoń przypomina drzewo. Drugi dotknął trąby i stwierdził, że słoń przypomina węża. Trzeci dotknął ucha i wywnioskował, że słoń przypomina nietoperza. Kiedy podzielili się ze sobą zdobytą w wyniku badania wiedzą, żaden z nich nie zgadzał się z wnioskami przedstawionymi przez współtowarzyszy i każdy z nich trwał przy swojej opinii. Poniekąd można stwierdzić, że wszyscy oni mieli rację, ale także jej nie mieli. Bowiem w zależności od przyjętej perspektywy dojść można do różnych wniosków.

Zważywszy na przekaz zawarty w tej przypowieści, mogę zaryzykować stwierdzenie, że przyjęcie w książce odmiennej perspektywy niż psychologiczna/ terapeutyczna czy medyczna jest próbą przyjrzenia się innej części ciała słonia... Oczywiście ci Czytelnicy, którzy są „zorientowani” psychologicznie, w rekonstruowanych przeze mnie działaniach rodziców oraz ich uwarunkowaniach będą poszukiwali czy rozpoznawali „typowe” mechanizmy odpowiedzialne za współuzależnienie czy wadliwą adaptację do sytuacji przewlekłego stresu itp. Nie kwestionuję takiego sposobu odbioru, a wręcz dopuszczam tego rodzaju interpretacje podczas recepcji książki. Rzecz jednak w tym, że nie czynię ich dominującymi i nie stawiam sobie za cel ich wyszukiwania w doświadczeniach rodzicielskich oraz tym bardziej interpretowania w kategoriach psychologicznych czy z użyciem języka terapii. Nie jest przedmiotem analiz w książce to, co przeżywają rodzice, ale to, w czym uczestniczą, jakie definicje sytuacji przyjmują, i odpowiednio do

² R. Granfield, W. Cloud, The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts, *Journal of Drug Issues*, 26(1), 1996: 45–61.

tego, jakie działania podejmują. Zatem nawet jeśli używam określeń, które nasuwają skojarzenia kategorii psychologicznych (np. kategoria centralna: *rodzicielski program reagowania*), to określeniom tym nadaję inne znaczenie (przez „reagowanie” rozumiem tu przyjętą strategię działań).

Przywołanie książki Asher jest także istotne dla mnie jeszcze z innego powodu niż te, które opisałam. Podobnie jak ona przyjmuję strategię tzw. badań jakościowych i zasadniczymi technikami gromadzenia danych czynię wywiady. Nie są to jednak wywiady biograficzne w pełnym znaczeniu tego słowa, a na pewno nie wszystkie. Nie było także moją ambicją prześledzenie dynamiki procesu „stawania się rodzicem dziecka z problemowym piciem” (choć przyznam, że było to moim pierwotnym zamiarem). Niestety problemy, na jakie natknęłam się podczas realizacji badań – zarówno te związane z dostępem do próby badawczej, jak i etyczne, zweryfikowały dość poważnie moje cele oraz ostudziły ambicje. Paradoksalnie także problemy, na jakie natrafiłam podczas dwuletniego doświadczenia badawczego, pozwoliły mi znaleźć odpowiedź na nurtujące pytania, które wywołały moją ciekawość badawczą. Dlaczego nie ma badań, które poświęcone są problematyce rodziców osób szkodliwie pijących? Dlaczego nie są „samodzielnymi” bohaterami opracowań naukowych? Odpowiedź na te pytania zawiera się w następującym wniosku sformułowanym na podstawie doświadczeń związanych z gromadzeniem materiału empirycznego: jest to niezwykle trudna do badania grupa ze względu na ograniczony dostęp, ponieważ relatywnie rzadko rodzice stają się „pacjentami” terapii, niechętnie pozwalają „instytucjonalizować” swoje macierzyństwo, a zwłaszcza ojcostwo, oraz podlegają ogromnym procesom stygmatyzacji i autostygmatyzacji.

Najprościej mówiąc, książka traktuje o sposobach radzenia sobie przez rodziców z problemowym piciem alkoholu przez ich dorosłe dzieci. To „radzenie sobie” przybiera postać specyficznych programów reagowania, które w zależności od posiadanych lub identyfikowanych zasobów opierają się na instytucji i rodzinie. Istnieje jeszcze trzeci „program reagowania”, który nie ma specjalnego źródła oparcia, chyba że uczynimy takim regułą bezwarunkowej matczynej miłości. Jest to jednak duże uproszczenie, ponieważ program reagowania, który nie ma oparcia ani w rodzinie, ani w instytucji, jest opisem sposobów radzenia sobie przez rodziców osamotnionych, z silnymi napięciami w obrębie ich ról rodzicielskich i brakiem wspólnego frontu (w przypadku małżeństw). O problemach „radzenia sobie” i uwarunkowaniach tychże traktuje część druga książki.

Rozpaczynam ją od charakterystyki problemów nałogowego picia, którym nadałam znaczenie istotnego elementu rodzicielskich biografii. Zagadnienie to analizuję z trzech perspektyw: opowieści rodzicielskich, optyki specjalistów oraz doświadczeń osób realizujących badania. W tym miejscu wyjaśnię, że kiedy w książce (często) używam słowa „specjalista”, mam na myśli przedstawicieli różnorodnych instytucji publicznych, prywatnych i pozarządowych, medycznych, kościelnych, służb społecznych i wymiaru sądowego oraz leczenia odwykowego, którzy „tworzą” system rozwiązywania problemów alkoholowych.

Co prawda książka składa się z dwóch części, ale nie jest to związane ze sztywną granicą podziału na partię stanowiącą wprowadzenie teoretyczne do

problematyki badawczej i partię empiryczną. Niektóre rozdziały pierwszej części odnoszą się bezpośrednio do projektu badawczego i prezentowane są w nich po trosze wyniki z badań. W pierwszej partii w największej mierze koncentruję swoją uwagę na teoretycznych koncepcjach, które uznałam za szczególnie użyteczne do opisu doświadczeń rodziców osób z problemowym pićm alkoholu. Wyjątkowe miejsce nadaję zagadnieniom relacji międzypokoleniowych ze szczególnym uwzględnieniem możliwości, jakie tkwią w koncepcji ambiwalencji Roberta K. Mertona do wyjaśniania problemów w ich obrębie. W rozdziale poświęconym rodzinie z problemowym pićm główną uwagę skupiam na ukazaniu dominujących kierunków badań z udziałem członków rodzin osób z uzależnieniem, ze szczególnym ukazaniem znaczenia badań jakościowych w opisie zagadnień. Podejmuję się także próby prezentacji istniejącego stanu wiedzy nad problemami rodziców osób z diagnozą uzależnienia, a w końcu przedstawiam własne postępowanie badawcze z udziałem ojców i matek dorosłych dzieci z problemem alkoholowym oraz dylematy mu towarzyszące.

Istotnie ważnym fragmentem książki jest ten, w którym prezentuję kategorie będące użyteczne podczas analizy i interpretacji wyników badań własnych tkwiące w koncepcjach medykalizacji i stygmatyzacji. Osobną uwagę poświęcam także językowi jako narzędziu zarządzania rzeczywistością społeczną. Przy okazji szczegółowo wyjaśniam także, dlaczego rodzice osób problemowo pijących alkohol, których doświadczenia stanowią przedmiot zainteresowania niniejszej publikacji, nie są „matkami i ojcami alkoholików”.

Całość zamyka Aneks, w którym zamieszczam obszernie fragmenty wywiadu (eksperckiego) z Markiem Staniaszkiem, psychiatrą, biegłym sądowym w zakresie uzależnień, wieloletnim pracownikiem różnych instytucji leczenia odwykowego i poradni zdrowia psychicznego. Jego sylwetkę opisuję w treści książki w rozdziale 1.3; w tym miejscu nadmienię jedynie, że wywiad uznałam za niezwykle poznawczy, chociażby ze względu na to, że zaznacza się w nim dynamika przemian w zakresie podejścia do leczenia uzależnień w Polsce i postępowania z rodzicami osób problemowo pijących alkohol i zażywających narkotyki. Postanowiłam więc pozyskać zgodę rozmówcy na umieszczenie wywiadu w książce jako dodatkowego materiału, samego w sobie wartościowego.

Jak pisze Ewa Tabakowska, „metafora jest ludzkim sposobem pojmowania i wyrażania rzeczy trudnych, abstrakcyjnych i nieznanych w kategoriach rzeczy konkretnych i od dawna znanych”³. Przytaczam to stanowisko, ponieważ w książce używam często metafor do opisu doświadczeń rodzicielskich. Wydaje mi się, że wiele nazw, jakimi określam poszczególne kategorie i omawiane problemy, z jednej strony precyzują znaczenia, jakie im nadaję, a z drugiej pozwolą się Czytelniczkom i Czytelnikom do tych „precyzji” zdystansować. W książce wyjaśniam bowiem przyczyny, z powodu których traktuję wyłonione i opisane przeze mnie „rodzicielskie programy reagowania” jako niekompletne, a listę zasobów i taktów pozostawiam otwartą (rozdziały: 1.2 i 2).

³ E. Tabakowska, *Gramatyka i obrazowanie. Wprowadzenie do językoznawstwa kognitywnego*, Wydawnictwo Polska Akademia Nauk, Kraków 1995: 4.

Książka jest rezultatem trwającego dwa lata projektu naukowego pt. „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym. Badania biograficzne z udziałem rodziców (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu”⁴. Projekt zakładał, że zasadniczym zainteresowaniem badań objęty będzie swoisty proces „stawania się” rodzicem (dorosłego) dziecka z problemem alkoholowym. Założeniem zaś było prześledzenie nabywania określonej roli społecznej (z całym jej bagażem oczekiwań społecznych oraz kulturowych powinności, nakazów i norm wynikających z więzów rodzinnych). Prześledzenie, zrozumienie i opisanie przebiegu oraz uwarunkowań określonych strategii zaangażowania rodzicielskiego w pokonywaniu problemów związanych z nałogowym pićiem dorosłego dziecka wymaga zastosowania jakościowej strategii badań. Zaplanowano zgromadzenie podstawowego materiału empirycznego w postaci wywiadów biograficznych i swobodnych z udziałem rodziców dorosłych dzieci. Materiał taki miał być uzupełniony o perspektywę pracowników instytucji wsparcia społecznego (głównie wywiady swobodne, obserwację i analizy dokumentów).

W ramach projektu przygotowany został cykl opracowań naukowych i specjalistycznych, co w zamiarze realizatorek projektu miało wypełnić pewną lukę w polskim piśmiennictwie naukowym. Punktem wyjścia do realizacji projektu było bowiem uznanie, że jest to problematyka zupełnie nieporuszana, nieobecna na gruncie piśmiennictwa naukowego w Polsce, ale także i na świecie⁵. Niemniej istotnym zamierzeniem było sformułowanie refleksji metodologicznej nad badaniem środowiska rodzinnego osób z uzależnieniem od alkoholu. W końcu zaś dokonanie pewnego wkładu w rozwój instytucjonalnych form wsparcia osób z diagnozą uzależnienia od alkoholu poprzez ukazanie uwarunkowań przyjętych strategii rodzicielskich (a tym samym ich specyficznych oczekiwań i potrzeb w relacjach z instytucją).

Dane, jakie zostały wykorzystane w badaniach, pochodziły z dwóch źródeł: zastanych i (w głównej mierze) wywołanych. Jeśli chodzi o te pierwsze, były nimi ogłoszenia i opis oferty instytucji pomocowych i ośrodków terapii (publicznych i prywatnych) adresowanych do rodzin osób z problemem uzależnienia od alkoholu. Źródłem wywołanym były wywiady oraz konferencja naukowa. Materiał empiryczny, na podstawie którego wyłonione zostały rodzicielskie strategie opisane w książce, pochodził (jak założono) głównie z wywiadów biograficznych naracyjnych i swobodnych oraz fokusowego. Uczestnicy tych wywiadów (zarówno

⁴ Realizowanego jako zadanie „Wspieranie badań naukowych w obszarze problemów wynikających z używania alkoholu”, finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Badania z udziałem rodziców oraz przedstawicieli instytucji leczenia odwykowego, zdrowia psychicznego i służb społecznych były finansowane w ramach wniosku na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego, składanego na podstawie art. 88 ust. 6 Ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 471) oraz zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 24).

⁵ R. Szczepanik, K. Okólska, Zapomniani rodzice (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu, *Alcohol Drug Addict/Alkoholizm i Narkomania*, 31(4), 2018: 273–300.

rodzice, jak i specjaliści) byli mieszkańcami miast i małych miejscowości leżących na terenie całego województwa łódzkiego. Wywiady nagrano, a następnie podano transkrypcji. Na potrzeby badań przeprowadziłam też trzy rozmowy (dwie z pastorem i księdzem oraz jedną z terapeutką uzależnień). Nie nagrywałam ich, a jedynie sporządzałam notatki w trakcie trwania rozmów i tuż po ich zakończeniu.

Zebrano 60 wywiadów: 24 z rodzicami (dorosłych) dzieci, które piją problemowo alkohol, 6 od rodzeństwa osób nałogowo pijących alkohol. W badaniach wzięło również udział 30 przedstawicieli różnych instytucji. Zrealizowane zostały z nimi wywiady swobodne. Najwięcej było terapeutów (18 wywiadów indywidualnych), głównie przedstawicieli publicznych instytucji leczenia odwykowego i poradni uzależnień, ale także prowadzących własne gabinety psychoterapii, lekarzy psychiatrów (2), pracowników socjalnych (5). W książce przywołuję fragmenty pochodzące z wielu tych wywiadów i odpowiednio oznaczam autorów cytowanych wypowiedzi. Dodatkowo wykorzystuję też fragmenty wywiadów eksperckich i fokusowego. Dla ułatwienia recepcji krótki opis uczestników oraz symboli, jakich użyłam na potrzeby oznaczeń fragmentów wywiadów, zamieściłam w osobnym miejscu, w ostatniej części Aneksu.

Ponadto materiał stanowiły notatki sporządzone z dyskusji w sesjach podczas ogólnopolskiej konferencji naukowej poświęconej problemom wsparcia rodziny w systemie rozwiązywania problemów alkoholowych. Ogólnopolska Konferencja Naukowa *Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym* zorganizowana została na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego 23 maja 2019 roku i była jednym z elementów prezentowanego wyżej projektu. Wzięło w niej udział blisko 230 osób. Zgromadziła przede wszystkim tzw. praktyków oraz naukowców. Łącznie przedstawiono ponad 40 referatów. W pierwszej części udział wzięli eksperci – naukowcy, których prace wniosły szczególny wkład w rozwój psychologicznej wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień w Polsce, zwłaszcza w odniesieniu do problemów rodzinnych (Lidia Cierpiałkowska, Krzysztof Gąsior, Iwona Grzegorzewska, Beata Pastwa-Wojciechowska), oraz Marek Staniaszek (zob. *Aneks*). Prace w poszczególnych sesjach skupione były wokół czterech tematów: Rodzina, Instytucje, Pomoc, Relacje⁶. W trakcie trwania konferencji zaproszono do wywiadu fokusowego specjalistów, dbając, by była to grupa zróżnicowana jeśli chodzi o staż i miejsce pracy oraz zawód (terapeuci, pracownicy socjalni, kuratorzy sądowi, członkowie komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, ośrodków interwencji kryzysowych). Wywiad fokusowy trwał ponad godzinę, a dyskusja była moderowana przez dwie badaczki, całość zaś nagrywana (materiał audio i video).

Wszystkie dane informatorów zostały starannie ukryte. Jeśli we fragmentach ich wypowiedzi, które umieszczam zwłaszcza w drugiej części książki, znalazły się imiona, nazwiska, nazwy ulic czy miejscowości, to są one nadane przeze mnie na potrzeby zachowania istoty przekazu prezentowanych części materiału. Wyjątek

⁶ Szczegółowe sprawozdanie z konferencji przedstawiła Magdalena Staniaszek w Sprawozdaniu z konferencji „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym”, *Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne*, 2(9), 2019 [w druku].

stanowią dwa wywiady – eksperckie. Piszę o nich szczegółowo w rozdziale pt. *Rodzice osób problemowo pijących alkohol w świetle założeń badań własnych*.

Projekt naukowy, w ramach którego gromadzone były dane empiryczne, na podstawie których przygotowana została ta książka, realizowany był przez Zespół Pracowni Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego. Prawie wszystkie osoby uczestniczyły w pracach na rzecz przygotowania wniosku i przyjmowały role wykonawczyń poszczególnych zadań organizacyjnych i naukowych. Podstawowy Zespół tworzyły: Angelika Cieślikowska-Ryczko, Gabriela Dobińska, Agnieszka Jaros, Diana Müller-Siekierska, Katarzyna Okólska, Justyna Ratkowska-Pasikowska, Magdalena Staniaszek, Karolina Walczak-Człapińska oraz autorka niniejszej publikacji we własnej osobie. Wczesną wiosną 2019 roku skład zasilili Paweł Leśniewski, który stał się odpowiedzialny za gromadzenie części wywiadów z rodzicami. Przejął niektóre zadania Agnieszki Jaros przebywającej wówczas na urlopie macierzyńskim.

Wszystkie uczestniczki projektu były jednocześnie badaczkami w terenie i osobami analizującymi materiał empiryczny. Problemy natury metodologicznej, jakie pojawiły się w trakcie trwania projektu, oraz sposoby ich pokonywania opisuję w rozdziałach 1.3 i 2.1, w tym miejscu zaznaczę tylko, że początkowo materiał był omawiany wspólnie, natomiast z biegiem czasu wyłoniły się w jego obrębie pewne podzespoły.

Wróćę na chwilę do przytoczonej wcześniej opowieści o słońcu... Rozległość pozyskanego materiału powodowała, że w trakcie analiz i dyskusji zespołowych pojawiały się różne „pomysły” oraz sposoby interpretacji, a ten sam materiał zaczął być analizowany z użyciem różnych perspektyw teoretycznych. W rezultacie ten sam materiał empiryczny zaczął być „czytany” przez niektóre badaczki odmiennie.

Ramy teoretyczne i wyniki badań zaprezentowane w książce są rezultatem mojej „koncepcji”, aczkolwiek pierwsze kierunki poszukiwań i sposoby interpretacji to wynik wspólnych analiz i dyskusji nad materiałem podczas regularnych spotkań Zespołu. Niektóre nazwy kategorii czy ich cech zostały ukute przez koleżanki z Zespołu (odpowiednio sygnalizuję to w książce). W kilku miejscach odnoszę się zwłaszcza do ustaleń wypracowanych przez Angelikę Cieślikowską-Ryczko i Gabrielę Dobińską. Przykładowo jednym z kierunków dokonywanych przez nie analiz była instytucjonalna optyka rodzicielskich strategii radzenia sobie z problemami alkoholowymi⁷. Diana Müller-Siekierska⁸ i Agnieszka Jaros⁹ skupiały uwagę na psychologicznych kontekstach rodzicielskich doświadczeń. Justyna Ratkowska-Pasikowska podjęła się próby odczytania biografii matek z użyciem

⁷ G. Dobińska, A. Cieślikowska-Ryczko, Strategie pracy z rodzicami osób z uzależnieniem od alkoholu. Perspektywa profesjonalistów, [w:] D. Müller-Siekierska, J. Ratkowska-Pasikowska, K. Walczak-Człapińska (red.), *Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020 [w druku].

⁸ D. Müller-Siekierska, Emocjonalny charakter więzi rodzinnych – perspektywa rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu, *Studia nad Rodziną (Rodzina wobec uzależnień)*, 49, 2018.

⁹ A. Jaros, Wzbudzanie emocji samoświadomościowych jako strategia wykorzystywana przez rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu do wywoływania u nich zmiany zachowania, *Studia nad Rodziną...*

perspektywy symboliki psychoanalitycznej¹⁰, natomiast Karolina Walczak-Człapińska koordynowała prace zespołu wykorzystującego perspektywę dyskursów (zewnętrznego/wewnętrznego) w analizie materiału empirycznego pochodzącego z wywiadów ze specjalistami¹¹. Dodam, że niektóre członkinie Zespołu są jednocześnie redaktorkami naukowej książki, która została przygotowana na podstawie materiałów z konferencji, o której pisałam wcześniej. Wspólna praca podczas realizacji projektu, jego fazy koncepcyjnej, wykonawczej, a zwłaszcza wzajemnie okazywane wsparcie podczas pokonywania problemów natury etycznej i rozwiązywania trudności organizacyjnych, zaangażowanie i pomoc była dla mnie bardzo pozytywnym doświadczeniem. Badania z udziałem rodziców dzieci nałogowo pijących alkohol, zwłaszcza jeśli szkody są poważne i rozległe, okazały się być bardzo trudnym przedsięwzięciem. Jestem przekonana, że jedna osoba nie byłaby w stanie dźwignąć całego ciężaru doświadczeń i problemów natury moralnej, emocjonalnej oraz etycznej w czasie zbierania danych w terenie oraz ich analizowania. O doświadczeniach badaczek piszę szczegółowo w rozdziałach 1.2 i 2.1.

Szczególne podziękowania składam Magdalenie Staniaszek, która była koordynatorką projektu oraz wykonawczynią części zadań naukowych. Dodam, że była także inicjatorką i wraz ze mną pomysłodawczynią oraz współautorką koncepcji projektu. Magdo, za czuwanie nad organizacyjną stroną realizowanych badań, czas i energię włożoną w pracę nad formalno-materialnym (nieprzyjaznym dla badaczek i badacza) obliczem projektu, życzliwe dyscyplinowanie całego zespołu i troskę nad tworzeniem sprzyjających nam warunków do realizacji wywiadów oraz opracowywania danych serdecznie Ci dziękuję. Gdyby nie Ty, nie byłoby tej książki.

¹⁰ Wyniki swoich analiz zaprezentowała m.in. w referatach: *Miejsca i (nie)miejsca, czyli labiryntowe próbowanie siebie. Z doświadczeń kobiet-matek dorosłych dzieci pijących problemowo* (XXV Tatrzańskie Sympozjum Naukowe „Edukacja jutra”, Zakopane 24–26 czerwca 2019) i (wraz z G. Dobińską), *Demitologizująca krytyka relacji matka–dziecko, czyli o (prze)milczanych rolach matek w procesie wyprowadzania dziecka z nałogu. Narracje biograficzne* (Ogólnopolska Konferencja Naukowa: Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym, zorganizowana została na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego 23 maja 2019).

¹¹ G. Dobińska, K. Walczak-Człapińska, *Metodologiczno-etyczne aspekty prowadzenia badań fokusowych z udziałem przedstawicieli instytucjonalnego systemu wsparcia dla rodzin z problemem alkoholowym*, [w:] D. Müller-Siekierska, J. Ratkowska-Pasikowska, K. Walczak-Człapińska (red.), *Rodzina w systemie wsparcia...*

Część I. Rodzina, rodzice, dorosłe dzieci i alkohol

1.1. Relacje między rodzicami i dorosłymi dziećmi

Rodzaje (nie)zależności

Nawet pobieżna analiza piśmiennictwa, na łamach którego podejmowane są problemy dorosłych dzieci, które pozostają w stosunkach zależnościowych od swoich rodziców, każe sądzić, że zagadnienie analizowane bywa zwykle w kontekście dwóch zjawisk. Pierwsze obejmuje szereg doświadczeń i trudności składających się na tzw. syndrom „pustego gniazda”¹, natomiast drugie określane jest mianem „zagraconego gniazda”². „Puste gniazdo” to trudności będące udziałem rodziców, których dzieci opuszczają dom rodzinny i wkraczają na drogę swojej dorosłości. Mnie bardziej interesuje problematyka domu rodzinnego, który jest „zagracony”, ponieważ dorosłe dzieci nie opuszczają go. Jest to problem odraczania w czasie pełnego startu w dorosłość i analizowany jest głównie przez pryzmat warunków ekonomicznych i kulturowych. Oznacza sytuację, kiedy dorosłe dzieci nie wyprowadzają się z rodzinnego domu lub po pewnym okresie samodzielności, z powodu różnych wydarzeń życiowych, wprowadzają się do niego ponownie i wchodzą w związki zależnościowe od swoich rodziców. Trzeba jednak zaznaczyć, że skłonności do opieki i angażowania się w życie swojego dorosłego dziecka są widoczne nie tylko wtedy, gdy mieszka ono z rodzicami, ale także wówczas, gdy co prawda usamodzielniało się i prowadzi własne gospodarstwo domowe, ale nie założyło własnej rodziny i mieszka blisko domu rodziców. Skłonność tę odnotowuje się szczególnie w odniesieniu do matek i ich niezamężnych córek³.

¹ L. Wojciechowska, *Syndrom pustego gniazda: dobrostan matek usamodzielniających się dzieci*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2008.

² K. Pillemer, J. J. Sutor, Explaining mothers' ambivalence toward their adult children, *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 2002: 602–613; M. Piszczakowska-Oleksiewicz, Polscy gniazdownicy. O powodach, dla których dorosłe dzieci mieszkają z rodzicami, *Pogranicze. Studia Społeczne*, t. 24, 2014: 181–210; A. Bzymek, Karmienie miłości. Gniazdownik Piotruś w zagraconym gnieździe rodzicielskim, *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 68(4), 2014: 163–169.

³ J. J. Sutor, K. Pillemer, J. Sechrist, Within-family differences in mothers' support to adult children, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 2006: 10–17.

Istnieje jeszcze inna perspektywa analizowania tego, co się dzieje między dorosłymi dziećmi i ich rodzicami, których łączą bezpośrednie więzy zależnościowe. Mowa o osobach, które dzielą swoje zaangażowanie pomiędzy pomoc starzejącym się rodzicom i wkraczającym w dorosłe życie (lub już dorosłym) dzieciom⁴. Rodziców, którzy są jednocześnie dziećmi opiekującymi się swoimi rodzicami, określa się wówczas mianem „pokolenia kanapki” (*sandwich generation*). Dla Anny Kotlarskiej-Michalskiej ta specyficzna wielość ról rodzinnych współczesnego pokolenia średniego dowodzi przede wszystkim tego, że polska rodzina jest (nadal) przyjazną grupą społeczną, oferującą szeroki zakres wzajemnego wsparcia w wielu formach⁵.

Autorka rozważań o „przyjaznym charakterze” polskich rodzin przygląda się różnym doniesieniom statystycznym pokazującym wewnątrzrodzinne działania opiekuńcze realizowane wobec osób potrzebujących konkretnych form pomocy. Okazuje się, że blisko 80% osób w wieku 55–59 lat świadczy pomoc finansową swoim dzieciom. Wyraźna grupa tychże wspiera finansowo swoje wnuczeta (18%) i rodzeństwo (13%). Mniej więcej co dziesiąty rodzic w tej grupie wiekowej wspiera materialnie swoich rodziców. Kolejną formą pomocy jest udostępnianie miejsca zamieszkania swoim dzieciom i wnuczkom. Ten rodzaj transferu międzypokoleniowego wsparcia w rodzinie omówię za chwilę. Aktywność pomocowa średniego pokolenia dotyczy również pomocy w organizacji i wypełnianiu codziennych obowiązków wynikających z prowadzenia gospodarstwa domowego, załatwianiu spraw urzędowych itp. W podobnym zakresie i na podobnym poziomie statystycznym świadczą pomoc o dekadę starsi rodzice (około 70% z nich pomaga finansowo swoim dorosłym dzieciom, a co trzeci – wnukom). Przedstawione przez Kotlarską-Michalską ustalenia różnych badaczy znajdują w dużym stopniu potwierdzenie w innych badaniach. Otóż w latach 2005 i 2012 CBOS dokonał rozpoznania zależności dorosłych dzieci od rodziców. Jego celem było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o to, kim są dorosłe osoby, które zamieszkują ze swoimi rodzicami, i jakie są tego powody⁶.

Okazuje się, że w 2012 roku aż 38% Polaków twierdziło, że w ich najbliższej rodzinie jest przynajmniej jedna pełnoletnia osoba, która nie zawarła związku małżeńskiego i nadal mieszka pod jednym dachem ze swoimi rodzicami (opiekunami).

Blisko 60% dorosłych dzieci, które mieszkały z rodzicami i były stanu wolnego, to mężczyźni. Ponad połowa dorosłych dzieci to młodzi dorośli (w wieku 18–24 lat), natomiast aż jedna trzecia to osoby między 25 a 34 rokiem życia. Co ciekawe, w porównaniu z pomiarem z 2005 roku spadł odsetek najmłodszych dorosłych (18–24 lat) zamieszkujących z rodzicami oraz najstarszych (po 45 roku życia). W 2012 roku co dziesiąte dorosłe dziecko mieszkające z rodzicami przekroczyło 35 rok życia.

⁴ C. R. Pierret, The sandwich generation: Women caring for parents and children, *Monthly Labor Review*, 129, 2006: 3–9.

⁵ A. Kotlarska-Michalska, Przyjazna rodzina w dobie nieprzyjaznej gospodarki, *Humanizacja Pracy*, 3(293), 2018: 25–46.

⁶ Pełnoletnie dzieci mieszkające z rodzicami, Komunikat z badań nr 98/2017, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2017.

Autorzy raportu z badań zauważają, że mimo że nieżonaci mężczyźni chętniej niż mężatki pozostają w „rodzinnym gnieździe”, to widoczna jest pewna zależność od wieku. I tak, z rodzicami mieszka nieco więcej mężczyzn niż kobiet po 35 roku życia, natomiast spośród mających od 18 do 24 lat nieznacznie więcej kobiet niż mężczyzn.

Najmniej młodych dorosłych, którzy z różnych względów pozostają w domu rodzinnym z rodzicami, posiada tylko wykształcenie podstawowe, nieznacznie wyższy odsetek stanowią ci, którzy legitymują się wykształceniem wyższym magisterskim lub licencjackim. Ponad połowa pełnoletnich dzieci mieszkających z rodzicami to osoby pracujące, a nieco ponad jedną czwartą stanowią uczniowie i studenci. Tylko 9% ogółu dorosłych dzieci pozostających „na garnuszk” rodziców to bezrobotni (znacząco mniej niż w 2005 roku, co autorzy badań tłumaczą ogólną poprawą sytuacji na rynku pracy w ciągu ponad dekady dzielącej te dwa badania). Badacze zauważają pewne zjawisko: mimo wspomnianego wzrostu odsetka osób pracujących zawodowo w wieku 25–44 lat, w tej kategorii wiekowej obserwowany jest w ciągu 12 lat od pierwszego badania wzrost odsetka osób, które pozostają pod jednym dachem z rodzicami. Może to dziwić, ponieważ zwykle stabilność finansowa kojarzy się z autonomią i samodzielnością. Zależności takiej badacze jednak nie zaobserwowali. Należy więc sądzić, że brak pracy zarobkowej i kłopoty ze stałymi dochodami nie są czynnikami, które decydują o pozostawaniu w domu rodzinnym przez dorosłe dzieci.

Badacze postanowili rozwinąć wątek i ustalić charakter pracy, a także rodzaj oraz frekwencję otrzymywanych zarobków przez dorosłe dzieci (stanu wolnego). Okazało się, że aż 30% osób jest finansowo całkowicie zależna od swoich rodziców. Co zrozumiałe, pełna zależność finansowa od rodziców dotyczy przede wszystkim pełnoletnich uczniów i studentów mieszkających z rodzicami. Natomiast blisko połowa dorosłych dzieci nie potrzebuje wsparcia materialnego, a mimo to nie dąży do samodzielności, której zasadniczym przejawem jest prowadzenie osobnego gospodarstwa domowego. Pozostałe osoby to te, które mają niestabilną sytuację finansową i nie posiadają wystarczających zarobków na samodzielne utrzymanie się. Co ciekawe, zdecydowana większość pracujących córek i synów (aż 73%) ma jednak zarobki wystarczające do całkowitej niezależności finansowej. Nie jest to jednak dla nich zadowalający warunek samodzielnego zamieszkania.

Skoro więc w 2012 roku kwestie finansowe wydawały się nie być najważniejsze, przynajmniej nie we wszystkich grupach wiekowych dorosłych dzieci, to badacze zadali pytanie o powody, które sprawiają, że synowie i córki nie wyprawdzają się od rodziców.

Czynniki ekonomiczne (w tym: brak mieszkania, poczucie niedostatecznej ilości pieniędzy, niestabilność zawodowa, niskie koszty utrzymania) plasowały się na pierwszym miejscu wskazywanych przyczyn. Kolejno odroczenie w czasie decyzji o opuszczeniu domu rodzinnego tłumaczone było kontynuowaniem nauki i zdobywaniem wykształcenia. Zaskakująco wysoki odsetek dorosłych dzieci (na poziomie 24%) przyznawało wprost, że nie podejmuje się samodzielnego życia z powodu wygód, jakie niesie z sobą mieszkanie z rodzicami. Podobny odsetek

dorosłych dzieci mieszka z rodzicami z powodu silnych więzi emocjonalnych. Relatywnie rzadko wskazywane powody dotyczyły poczucia własnej niesamodzielności, komfortu mieszkania i samotności. Na samym dole hierarchii przyczyn, z powodu których dorosłe dzieci nie opuszczają gniazda rodzinnego, znalazły się deklaracje związane z potrzebą pomagania i opiekowania się rodzicami oraz „bycia zaopiekowanym/-ą” przez matki i ojców z powodu choroby.

Mariola Piszczakowska-Oleksiewicz przywołuje powyżej zaprezentowane badania oraz dodatkowo zestawia te wyniki z danymi Eurostatu z badań z 2012 roku i analizuje je na tle statystyk z 27 krajów UE⁷. Z jej ustaleń wynika, że odsetek dorosłych dzieci (25–34 lat) mieszkających wspólnie z rodzicami (lub opiekunami) w Polsce w porównaniu do średniej europejskiej był w tym czasie wyższy o 13 punktów procentowych. Podobne wyniki uzyskały: Słowenia, Rumunia, Portugalia i Włochy. Co ciekawe, w czasie realizacji badań, mimo że w Hiszpanii obserwowano bardzo głęboki kryzys na rynku pracy, zwłaszcza niekorzystną sytuację młodych dorosłych⁸ – wskaźnik dorosłych dzieci pozostających z rodzicami w domu rodzinnym był niższy niż w wymienionych krajach.

Najwięcej dorosłych dzieci zostaje w rodzinnym domu w państwach Europy Południowej (Grecja, Chorwacja) oraz w Słowacji i Bułgarii. Mowa tu o odsetku rzędu 50% i więcej. Dla porównania, najmniej „gniazdowników” jest w krajach Europy Północnej – Danii, Finlandii, Szwecji i Norwegii, stanowią oni zaledwie 1,8–4,2%. Analiza powodów, dla których młodzi ludzie zwlekają z opuszczeniem domu rodzinnego, skłoniła autorkę do następującego wniosku:

[...] sytuacja ekonomiczna jednostki nie decyduje w prosty sposób o gniazdowaniu [...] Życiowe plany i dążenia gniazdowników koncentrują się głównie wokół szeroko pojętej stabilizacji, którą należy rozumieć przez pryzmat bezpieczeństwa finansowego oraz rodzinnego, ujawniając tym samym niechęć do zmian (podejmowania ryzyka) i samotności (bycia samemu). Należy zauważyć, że spełnienie tej podstawowej potrzeby (stabilizacji finansowo-rodzinnej) gwarantuje młodym układ rodzinny, w którym funkcjonują tu i teraz. Widać wyraźnie, że choć dziś nie są gotowi do podjęcia wyzwania, jakim jest niezależnienie od rodziny pochodzenia, to myśl ta – w formie planów czy marzeń – przebija się w ich świadomości. Póki co, potrzebę wyprowadzki racjonalizują brakiem mieszkania, pieniędzy, chęcią oszczędności, chęcią znalezienia partnera⁹.

Problemy odraczanej czy też płynnej dorosłości stanowią przedmiot wielu opracowań anglojęzycznych¹⁰. W analizach pojawia się także wątek finansowy¹¹. Autorzy zwracają m.in. uwagę na dążenie rodziców do zorganizowania swoim dorosłym dzieciom lepszych warunków „na start” niż sami mieli. Mają też swoisty

⁷ M. Piszczakowska-Oleksiewicz, Polscy gniazdownicy...

⁸ Media donosiły w tym czasie o dramatycznej sytuacji młodych Hiszpanów na rynku pracy i fali zamachów samobójczych z powodu poczucia beznadziei i kryzysu.

⁹ M. Piszczakowska-Oleksiewicz, Polscy gniazdownicy...: 204.

¹⁰ J. J. Arnett, Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties, *American Psychologist*, 5(5), 2000: 469–480; L. J. Nelson i in., If you want me to treat you like an adult, start acting like one! Comparing the criteria that emerging adults and their parents have for adulthood, *Journal of Family Psychology*, 21(4), 2007: 665–674.

¹¹ Np. D. Drake i in., Should parents financially support their adult children? Normative views in Australia, *Journal of Family and Economic Issues*, 39(2), 2018: 348–359.

problem z odcięciem pępowiny, który przejawia się w tworzeniu warunków i dawaniu swobody wkraczającemu w dorosłość dziecku do eksperymentowania z różnymi dorosłymi rolami. Opóźnienie w całkowitym usamodzielnieniu się powodowane bywa także koncentrowaniem się na samorealizacji i samorozwoju, a pomoc finansowa i zaplecze domu rodzinnego bywa tu symboliczną siatką zabezpieczającą (dorosłe) dzieci przed upadkiem. Rodzice tym samym świadomie tworzą dorosłemu dziecku warunki „sprawdzenia się” w różnych rolach, nie krępując go koniecznością koncentrowania się na zaspokajaniu podstawowych potrzeb¹².

Badania wśród rodziców przeprowadzone przez australijskich badaczy pozwoliły na sformułowanie wniosku, że próbują oni racjonalnie zarządzać wsparciem, jakie dostarczają swoim dorosłym synom i córkom. Podejmują starania, by zachować równowagę między poczuciem powinności i emocjami (presja odpowiedzialności rodzicielskiej) a tworzeniem warunków do rozwoju samodzielności i autonomii młodych dorosłych (społeczny nakaz bycia niezależnym dorosłym)¹³.

Być może to właśnie duża wyrozumiałość, a także akceptacja rodziców dla poszukiwań „swojej drogi” przez ich wkraczające w dorosłość dzieci oraz eksperymentowania ze swoją dorosłością powodują, że wsparcie finansowe jest dość częstym zjawiskiem nawet w krajach, które kojarzone są z dobrobytem, wysoką stopą życia i dobrze rozwiniętym systemem opieki socjalnej nad obywatelami. Wróć jeszcze do badań australijskich. Przykładowo, kiedy dekadę temu przebadano tam rodziców, odnotowano, że aż $\frac{3}{4}$ z nich stosuje jakąś formę pomocy finansowej dla dorosłego potomstwa, a połowa przyznała nawet, że wsparcie finansowe dzieci jest stałym elementem ich roli rodzicielskiej. Aż $\frac{3}{4}$ badanych rodziców wyraziło zdanie, że rodzice powinni wspierać dorosłe dziecko zawsze, gdy tego potrzebuje¹⁴. Oczywiście gotowość rodziców do wspomaganie finansowego dorosłego dziecka uwarunkowana jest oceną jego rzeczywistych potrzeb (np. pomoc medyczna, ale nie luksusowe wakacje). Nie jest to więc pomoc bezwarunkowa. Deirdre Drake i współpr. przytaczają badania, które pokazują, że dorosłe dzieci najczęściej pozyskują pomoc od rodziców w sytuacji (realnej lub wyimaginowanej) choroby lub trudności finansowych¹⁵.

Należy również wspomnieć, że gotowość rodziców do pomagania swoim dzieciom (nie tylko finansowego) jest silnie zróżnicowana kulturowo. Najogólniej mówiąc – rodzice zamieszkujący państwa Europy Północno-Zachodniej wyznają bardziej rygorystyczne „normy pomagania” swoim dzieciom i dystans wobec ich kłopotów w porównaniu z tymi, którzy pochodzą z regionów Europy Południowo-Wschodniej. Można powiedzieć, że im dalej na południe i wschód (np. Gruzja), tym większe przekonanie o konieczności bezwarunkowego wsparcia i pomocy dorosłym dzieciom, a nawet dostosowywania swojego trybu życia i poświęcania potrzeb na rzecz dobrostanu i komfortu córek i synów. Natomiast w krajach

¹² M. K. Johnson, Parental financial assistance and young adults' relationships with parents and well-being, *Journal of Marriage and the Family*, 75, 2013: 713–733.

¹³ D. Drake i in., Should parents financially...

¹⁴ S. Vassallo, D. Smart, R. Price-Robertson, The roles that parents play in the lives of their young children, *Family Matters*, 82, 2009: 8–14.

¹⁵ D. Drake i in., Should parents financially...

Europy Zachodnio-Północnej (np. Norwegia) ciężar pomocy młodym dorosłym przenoszony jest na barki systemu pomocy społecznej i instytucji socjalnych¹⁶. Dane te stanowią potwierdzenie wcześniej sygnalizowanego zjawiska wspólnego zamieszkiwania dorosłych dzieci z rodzicami w krajach europejskich.

Kiedy Ray Forrest i Yosuke Hirayama¹⁷ analizują to zjawisko, porównując sytuację w Wielkiej Brytanii i Japonii, donoszą o wyraźnym wzroście liczby dzieci pozostających „na garnuszku” rodziców w okresie dorosłości. Zarówno japońscy pasożytujący single (jap. *parasaito shinguru*; ang. *parasite singles*), jak i brytyjscy „kippersi” (*kidsin parents' pockets eroding retirement savings*), czyli dorosłe dzieci czerpiące korzyści z oszczędności rodziców, przyciągają uwagę nie tylko naukowców i badaczy, ale również mediów. W Japonii wskaźnik *parasaito shinguru* w ciągu 20 lat wzrósł znacząco – z 23 do 42% dla osób w wieku 25–29 lat i z 7 do 24% dla osób w wieku 30–34 lat. Badacze zwracają uwagę na ciekawe uwarunkowania znaczącego wzrostu zjawiska dorosłych dzieci mieszkających (wciąż) z rodzicami w domu rodzinnym. Otóż związane jest to m.in. z atrakcyjną ofertą sprzedaży mieszkań własnościowych, co zachęciło pokolenie rodziców *parasaito shinguru* do kupna własnego, przestronnego domu, dzięki czemu młodsze pokolenie może żyć z nimi w komfortowych warunkach.

Nie jest to jednak związane z domem wielopokoleniowym, tj. przestrzenią, w której mieszkają rodzice i ich dorosłe dzieci z rodzinami, jakie założyły. Problem, o którym piszę, nie dotyczy także sytuacji naturalnego rozwoju wydarzeń, w której dzieci zostają w domach rodzinnych, ponieważ kontynuują pracę rodziców. Dotyczy to głównie gospodarstw wiejskich. Na marginesie – ciekawym elementem jest specyficzne źródło konfliktów pokoleniowych w takich rodzinach, związane z fazą rozwoju rodziny, kiedy dzieci wchodzi w wiek usamodzielniania się, w czasie zanim rodzice kończą aktywność związaną z prowadzeniem gospodarstwa rolnego¹⁸.

Problemy związane z opisywaną sytuacją opatrywane są szeregiem terminów. Przykładowo, oprócz wspomnianego wyżej „zagraconego gniazda”¹⁹, na łamach piśmiennictwa popularnego i naukowego można znaleźć takie pojęcia jak: „generacja bumerang”²⁰ – do nazywania osób, które w okresie swojej wczesnej dorosłości powracają do rodziców po tymczasowej nieobecności, oraz „gniazdownik”²¹ – do opisu sytuacji tych dzieci, które nie decydują się z różnych powodów na opuszczenie domu, w którym dorastali. Wobec tych, którzy unikają zobowiązań charakterystycznych dla osób dorosłych, ukuto nazwy mające zdecydowanie

¹⁶ Tamże.

¹⁷ R. Forrest, Y. Hirayama, The uneven impact of neoliberalism on housing opportunities, *International Journal of Urban and Regional Research*, 33(4), 2009: 998–1013.

¹⁸ A. Sikorska, Dylematy w definiowaniu rodzinnych gospodarstw rolnych (na przykładzie Polski), *Zagadnienia Ekonomiki Rolnej*, 4, 2014: 31–49.

¹⁹ H. L. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S-ka, Poznań 2004.

²⁰ S. F. Goldfarb, Who Pays for the Boomerang Generation: A Legal Perspective on Financial Support for Young Adults, *Harvard Journal of Law & Gender*, 37, 2014: 45–105; C. Tsekeris i in., Boomerang kids in contemporary Greece: young people's experience of coming home again, *Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe*, 108, 2017: 1–49.

²¹ A. Bzymek, Karmienie miłości...

pejoratywny i ironiczny wydźwięk, jak: „dziecinnie dorośli” (*kidults, twixters, thresholds*)²² czy „nie całkiem dorośli” (*adultescents*)²³. Własne nazewnictwo, zabarwione ironią, a nawet obraźliwe, mają różne kraje nieanglojęzyczne, np. „duże bobasy” (*bamboccioni*) we Włoszech, sygnalizowani wyżej „pasożyty single” (*parasaito shinguru*) w Japonii czy „maminsynek” w Polsce. Witold Wrzesień²⁴ uważa, że termin „gniazdownik” jest bardzo nieprecyzyjny i woli używać dwóch innych określeń: powstałego w rezultacie francuskiej dyskusji publicznej „tanguy” i wywodzącego się z Kanady „bumeranga”. Pierwsza nazwa ma związek z filmem Etienne Chatileza z 2001 r., a właściwie jego tytułowym bohaterem. Typ *tanguy* to osoby mieszkające od urodzenia z rodzicami, które nigdy nie wyprowadzały się z domu rodzinnego. Będąc już na etapie pomyślnie realizowanej kariery zawodowej i osiągnąwszy stabilizację zawodową, nie snują planów o samodzielności i wyprowadzeniu się od rodziców. Natomiast typ bumeranga to osoby, które mieszkały już samodzielnie, ale wracają do rodzinnego domu. Jednym z powodów powrotu jest szukanie warunków do spokojnego budowania swoich planów na przyszłość. Kiedy Wrzesień definiuje te dwie sylwetki, mówi, że ich wspólnym mianownikiem jest niechęć do planów matrymonialnych, przynajmniej w najbliższym czasie.

Trzeba jednak krytycznie oceniać tendencje do operowania takimi etykietami, zwłaszcza w opracowaniach popularnonaukowych czy przekazach medialnych. Powoduje to zniekształcenia poznawcze i znaczące uproszczenia w sposobie wnioskowania i uogólniania. Bywa także, że media „szukające sensacji” i sięgające po sugestywne nazwy zapadające w pamięć powodują, że błędnie rozpoznawane są złożone niekiedy warunki problemów tych osób (np. utożsamianie trudności na rynku pracy czy problemów mieszkaniowych z indywidualnym wyborem życiowym²⁵). Bywa bowiem, że „gniazdownictwo” jest konsekwencją rezygnacji z marzeń o samodzielności i pogodzeniem się z rolą „niedorosłych dorosłych” z powodu na przykład choroby czy porażek na rynku pracy i kłopotów finansowych w samodzielnym prowadzeniu gospodarstwa domowego²⁶. Jednocześnie należy uznać, że dla niektórych dorosłych dzieci mieszkających z rodzicami problemy te są pozorne i wykorzystywane do racjonalizacji lub utajenia rzeczywistych powodów niemożności lub niechęci do usamodzielnienia się²⁷.

Bardzo młodzi dorośli mieszkający ze swoimi rodzicami nierzadko są bohaterami artykułów naukowych, w których analizowane są różne wymiary funkcjonowania społecznego osób wchodzących w dorosłość, w tym także problemy nadużywania substancji psychoaktywnych²⁸. Niektórzy badacze donoszą

²² G. Jones, *Youth*, Polity Press, Cambridge 2009.

²³ A. Brzezińska, Becoming an adult – contexts of identity development, *Polish Psychological Bulletin*, 44(3), 2013: 239–244.

²⁴ W. Wrzesień, Zmiana pokoleń w czasach globalnej anomii, *Societas/Communitas*, 24(2), 2017: 37–52.

²⁵ A. Malita i in., Reflections on turning 21: Income, gender and ‘adulthood’, *Youth Studies Australia*, 32(3), 2013: 37–45.

²⁶ M. Wieteska, Międzypokoleniowy dialog wspólnie zamieszkujących dorosłych dzieci i ich rodziców – perspektywa społeczno-ekonomiczna, *Wychowanie w Rodzinie*, 11(1), 2015: 154–177.

²⁷ M. Piszczakowska-Oleksiewicz, Polscy gniazdownicy...

²⁸ K. Hayward, Life stage dissolution’ in anglo-american advertising and popular culture: kidults, lil’britneys and middle youths, *The Sociological Review*, 61(3), 2013: 525–548; M. Weier, L. Christina,

bowiem, że zwłaszcza w porównaniu z wcześniejszym okresem rozwojowym (późnego dorastania), w przypadku młodych dorosłych dość dramatycznie wzrasta problem sięgania po alkohol i inne używki²⁹. Zgodnie z ustaleniami Deborah M. Galvin i jej zespołu³⁰ w piśmiennictwie naukowym rozważane są różne czynniki ryzyka szkodliwego sięgania po alkohol czy narkotyki przez młodych dorosłych. Zalicza się do nich: niskie wynagrodzenie, trudności adaptacyjne w pracy, stres powodowany koniecznością dokonywania „dorosłych” wyborów życiowych itp. Nie wnikając głębiej w rzeczywiste powody sięgania przez „niedorosłych dorosłych” i dorosłych mieszkających u rodziców po używki, należy stwierdzić, że w problemie, jakie są ich udziałem, w sposób naturalny angażowani są (lub angażują się sami) ojcowie i matki, chociażby poprzez fakt wspólnego zamieszkiwania.

Oczywiście niewłaściwym uproszczeniem byłoby sprowadzanie problemu wspólnego mieszkania dorosłych dzieci z rodzicami do świadomego odraczania swojej samodzielności i kierowania się wygodą materialną. Trzeba przyznać, że istnieją sytuacje, kiedy zamieszkiwanie to nie jest powodowane tradycją, kryzysem czy wyborem, ale koniecznością. Mowa o rodzicach i dzieciach z niepełnosprawnościami i zaburzeniami psychicznymi.

Rodzice osób z niepełnosprawnością intelektualną definiują dorosłość swoich (dorosłych) dzieci wyłącznie przez pryzmat ich niesamodzielności i ograniczeń. Ich dorosłe dzieci nie posiadają umiejętności kierowania swoim życiem i podejmowania ważnych decyzji. Kiedy Iwona Myśliwczyk³¹ analizuje narracje rodziców, odnosi wręcz wrażenie, że są oni „uwikłani” w życie dorosłych dzieci. Znaczącym problemem sygnalizowanym na kartach wielu publikacji z zakresu pedagogiki specjalnej i rehabilitacji jest lęk rodziców przed przyszłością, który wyraża się w pytaniach: co z nim/nią będzie, gdy mnie zabraknie? Kto się nim/nią zaopiekuje? Czy będzie mu/jej dobrze w domu opieki społecznej?

W podobnej sytuacji psychologicznej pozostają rodzice (dorosłych) dzieci, które wymagają codziennego wsparcia i znaczącej opieki, ponieważ borykają się z zaburzeniem zdrowia psychicznego. Problem rodzicielstwa osób z niepełnosprawnościami i z zaburzeniami psychicznymi analizowany bywa z zastosowaniem różnych kategorii opisu, jak np. wypalenie sił³², stygmatyzacja, a także piętno przeniesione czy rodzinne brzemie³³. Jeśli chodzi o to ostatnie, to rozpatruje się je z perspektywy wpływu zaburzenia psychicznego jednego członka rodziny na jego bliskich. Ma ono wiele obliczy i dotyczy właściwie wszystkich wymiarów życia rodziny – od spraw finansowych po organizację i spędzanie czasu wolnego.

Stagnant or Successful, Carefree or Anxious? Australian university students' goals and beliefs about adulthood and their current well-being, *Australian Psychologist*, 51(6), 2016: 422–430.

²⁹ D. M. Galvin i in., The young adults in the workplace initiative: an introduction, [w:] J. W. Bray i in. (eds.), *Young adults in the workplace: a multisite initiative of substance use prevention programs*, RTI International Press, North Carolina 2011: 1–14.

³⁰ Tamże.

³¹ I. Myśliwczyk, (Nie)szczęśliwi rodzice – refleksje rodziców dorosłych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w rekonstrukcjach biograficznych, *Niepełnosprawność*, 25, 2017: 55–71.

³² Np. M. Sekułowicz, P. Kwiatkowski, Wypalanie się sił u rodziców dzieci z niepełnosprawnością – konstrukcja nowego narzędzia badawczego, *Studia Edukacyjne*, 25, 2013: 29–50.

³³ Zagadnienia te omawiam w punkcie 3.

Natomiast co do źródła brzemienia rodzinnego, to wymienia się dwa. Pierwsze związane jest z opieką i dawaniem wsparcia osobie z problemami zdrowia psychicznego, natomiast drugie wiąże się z koniecznością sprawowania funkcji kontrolnej nad osobą chorą³⁴. Kiedy zestawi się źródła brzemienia z problemami formułowanymi przez rodziny osób szkodliwie pijących alkohol i z diagnozą uzależnienia, widać zbieżność. Co więcej, w analizowaniu problemów określanych mianem „współzależnienia” to właśnie w tych źródłach upatruje się przyczyn wadliwego przystosowania się do sytuacji związanej z chorobą alkoholową w rodzinie³⁵.

Rodzice i rodziny ich dzieci

Relacje między rodzicami i ich dorosłymi dziećmi, które posiadają już własne rodziny (czy stałe związki nieformalne), zwykle opisywane są w piśmiennictwie naukowym przez pryzmat więzi rodzinnych i potencjalnych (oraz rzeczywistych) obszarów wzajemnego wsparcia, a także konfliktów międzypokoleniowych. Jednocześnie badacze zauważają, że jakość i siła tych relacji nie jest stała. Wręcz przeciwnie – jest dynamiczna i zmienia się wraz z wiekiem wszystkich uczestników omawianej relacji oraz wyzwań i kryzysów życiowych, z jakimi muszą sobie radzić³⁶. Uwaga ta nasuwa w pierwszym rzędzie skojarzenie z chorobą w rodzinie, starzeniem się czy opieką nad małymi dziećmi. Nawet pobieżna analiza frekwencji podejmowanych zagadnień związanych z rodzinami uwidacznia, że problemy te najczęściej poruszane są na łamach licznej i bogatej literatury naukowej przedmiotu.

Istnieje też cała gama zagadnień, które rzadziej stanowią przedmiot zainteresowań naukowych. Przykładowo niedocenianym i zaniedbanym polem dociekań jest to, co dzieje się między rodzicami i ich dorosłymi dziećmi, które mają już własne rodziny, w kontekście obustronnych wpływów na jakość małżeństw³⁷. Jest to bardzo ciekawa pula badań dotyczących na przykład analizy granic podsystemów rodzinnych czy koalicji rodzic–dziecko w sytuacji dysfunkcji związków małżeńskich³⁸. Sprawdzana jest tu hipoteza o korelacji między wysoką jakością związku małżeńskiego rodziców a negatywnymi relacjami na poziomie rodzic–dziecko i odwrotnie. Zjawisko to bywa analizowane z użyciem kategorii kompensacji

³⁴ M. M. Chuchra, Obraz brzemienia rodziny z osobą chorą na schizofrenię, *Roczniki Psychologiczne*, 12(2), 2009: 103–128.

³⁵ B. Będkowska-Korpała, J. Ryniak, Współzależnienie jako zaburzenie adaptacji – perspektywa diagnozy klinicznej, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 6, 2008: 11–15.

³⁶ D. Umberson, C. Reczek, Interactive stress and coping around parenting: Explaining trajectories of change in intimate relationships over the life course, *Advances in Life Course Research*, 1(12), 2007: 87–121.

³⁷ J. E. Lee i in., The interdependence of relationships with adult children and spouses, *Family Relations*, 65(2), 2016: 342–353.

³⁸ A. Engfer, The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship, [w:] R. A. Hinde, J. Stevenson-Hinde (eds.), *Relationships within families: Mutual influences*, Clarendon, Oxford 1988: 104–118.

podsystemów rodzinnych oraz efektu ubocznego (*spillover effect*)³⁹. Zaznaczę, że co prawda zagadnienia te w głównej mierze omawiane są w odniesieniu do wczesnego etapu rozwoju rodziny, tj. z małymi dziećmi, ale badania przeprowadzone przez Jeong Eun Lee i współpr. wśród rodziców i ich dorosłych dzieci potwierdzają występowanie takiej zależności także w sytuacji dorosłości syna czy córki. Badacze stwierdzili bowiem, że związki małżeńskie i relacje rodzic–dorosłe dziecko pozostają w wyraźnej zależności. Efekt uboczny (*spillover effect*) relacji małżeńskich „działa” w ten sposób, że ojcowie posiadający satysfakcjonujące relacje w małżeństwie „przenoszą” je na relacje z dorosłym dzieckiem. Można by więc uznać, że szczęśliwy małżonek to równocześnie szczęśliwy ojciec. Jeśli chodzi o matki, to badacze nie obserwują takiej zależności. W odniesieniu do nich jakość relacji z dzieckiem nie ma znaczenia w odczuwanej satysfakcji małżeńskiej⁴⁰. Dodam, że w tej kategorii badań znajdują się i te, które donoszą o zależności między sposobem postrzegania jakości małżeństwa osób bliskich (w tym: swoich dorosłych dzieci czy rodziców) z odczuwaną satysfakcją z własnego związku⁴¹.

W polskim piśmiennictwie naukowym zagadnienie rodzin międzypokoleniowych jest wyraźnie analizowane przez pryzmat wzajemnej pomocy – wynikającej z kulturowych nakazów powinności dorosłego dziecka wobec starzejącego się rodzica lub wymuszonej trudnościami lokalowymi⁴². Często podejmowanymi problemami są relacje między teściowymi i synowymi. Odnoszę nawet wrażenie, że na gruncie polskiego piśmiennictwa zagadnienie to wręcz zdominowało pole analiz tego, co dzieje się między rodzinami pochodzenia i prokreacji swoich dzieci (w kontekście innym niż opieka nad starzejącymi się rodzicami). „Teściowa” budzi bardzo żywe emocje i zajmuje wyraźne miejsce tak w potocznej świadomości, jak i na łamach piśmiennictwa naukowego⁴³.

Specyficzne relacje między małżeństwami rodziców i ich dorosłymi dziećmi zachodzą w obrębie tzw. rodzin rozszerzonych. Jest to swoista forma rodzin, oparta na wielopokoleniowości. Oznacza to, że pod jednym dachem żyją trzy pokolenia danej rodziny, ale bywa także, że w jednym domu „działa” kilka gospodarstw domowych prowadzonych przez spokrewnione małżeństwa (rodziny rozszerzone). Omawiane gospodarstwa domowe składają się z małżonków oraz dzieci, ale

³⁹ J. A. Nelson i in., Family stress and parental responses to children's negative emotions: Tests of the spillover, crossover, and compensatory hypotheses, *Journal of Family Psychology*, 23(5), 2009: 671–679.

⁴⁰ J. E. Lee i in., The interdependence of relationships...

⁴¹ J. Kiecolt-Glaser, T. Newton, Marriage and health: His and hers, *Psychological Bulletin*, 127, 2011: 472–503.

⁴² W. Juroszek, Rodzice w roli teściów w świetle teorii zadań rozwojowych Roberta Havighursta, *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne*, 49(1), 2016: 169–182; L. Dyczewski, *Więź pokoleń w rodzinie*, Wydawnictwo Ośrodka Dokumentacji i Studiów Społecznych, Warszawa 1976; M. Potoczna, Wzajemna pomoc, wspólne zamieszkiwanie i odpowiedzialność międzypokoleniowa, [w:] W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004: 249–262.

⁴³ E. Sapia-Drewniak, Wizerunek teściowej we współczesnej prasie kobiecej, *Wychowanie w Rodzinie*, 2(2), 2011: 127–138; D. Wodnicka, Sprawozdanie z konferencji naukowej „Różne obrazy solidarności w scenariuszach rodzinnych”, Warszawa, 15 grudnia 2016, *Societas/Communitas*, 24(2), 2017: 253–258.

współtworzone są przez innych krewnych, w pierwszej kolejności przez rodziny pochodzenia małżonków – ich rodziców, rodzeństwo lub dziadków. Kiedy Agata Stanis⁴⁴ bada takie rodziny we współczesnej Polsce, zwłaszcza na wsiach, to stwierdza, że w niektórych przypadkach relacje wewnątrzrodzinne, kształtowane w środowisku domowym, są zawile ze względu na współzamieszkiwanie ze sobą kilku spokrewnionych rodzin prokreacji. Szczególnie swoje analizy odnosi do relacji synowych z teściowymi i stwierdza, że odbiegają one od wyobrażeń rodziny jako przestrzeni opieki, solidarności oraz wzajemnej odpowiedzialności. Ich relacje nacechowane są ambiwalencją oraz napięciami przede wszystkim na tle ich pozycji i ról we wspólnym gospodarstwie domowym. Jedną z ilustracji sensu tej konstatacji jest następujący opis:

Nowonarodzone dziecko automatycznie jest zawłaszczane przez innych i traktowane jako własność oraz dobro rodziny i to na długo przed jego narodzinami. Już w trakcie ciąży kobiety w jej rodzinie zaczyna się kształtować wielopokoleniowy układ praktyk podejmowanych przez inne kobiety, wyraźnie ujawniając istnienie hierarchii władzy oraz jej asymetryczny porządek. Nowa matka najczęściej zaczyna podlegać władzy starszych kobiet, które „zawsze wiedzą lepiej”, zawłaszczają nowonarodzone dzieci oraz rytuały ich dotyczące. Tym samym młoda matka, przynajmniej częściowo, pozbawiana zostaje sprawczości⁴⁵.

Podstawową publicznością kobiecych napięć i konfliktów międzypokoleniowych na ich tle są inne kobiety w rodzinie: matki, teściowe, babki i siostry. Kiedy czyta się fragmenty opracowania, w którym Stanis⁴⁶ opisuje charakter tych relacji, w oczy rzuca się określenie „wtrącanie się”. Wyrażenie to wydaje się być najlepszą kwintesencją źródeł i konsekwencji sygnalizowanych napięć. Bywa, że w relacje te włączane są także sąsiadki.

Szczególnie silne napięcia ról i pozycji społecznych w rodzinach międzypokoleniowych (i rozszerzonych) obserwować można w gospodarstwach wiejskich, w których dodatkowym czynnikiem jest bieda. Jeśli chodzi o relacje „międzyplciowe” w tych rodzinach, to najwyraźniejszy jest wniosek, że wiele niekorzystnych zjawisk, takich jak przemoc wobec kobiet, jest niewidoczne w rodzinach, dopóki rodzina taka nie zostanie oznaczona etykietą alkoholowej czy patologicznej⁴⁶.

Magdalena Stankowska⁴⁷ różnicuje warunki analizowania relacji między kobietami w rodzinie przez pryzmat dwóch rodzajów współzamieszkiwania z rodzicami: kobiety i mężczyzny. Badaczka podkreśla, że w wielu kulturach tradycja nakazuje zamieszkiwanie po ślubie wspólnie z rodzicami męża. Sytuację taką określa się mianem rodziny patrylokalnej. Bywa też, że kulturowy nakaz każe mieszkać po ślubie z rodzicami kobiety (rodziny matrylokalne). W Polsce mamy do czynienia zarówno z jednym, jak i z drugim typem współzamieszkiwania. Autorka przytacza poglądy, z których wynika, że istnieją różnice pomiędzy sytuacją,

⁴⁴ M.in. A. Stanis, *Rodzina made in Poland: antropologia pokrewieństwa i życia rodzinnego*, Wydawca: Agata Stanis, Poznań 2013.

⁴⁵ Tamże: 244.

⁴⁶ Tamże.

⁴⁷ M. Stankowska, Czy taki diabeł straszny? O współzamieszkiwaniu synowych i teściowych, [w:] M. Łukasiuk, M. Jewdokimow (red.), *Socjologia zamieszkiwania*, Wydawnictwo Naukowe Sub Lupa, Warszawa 2014: 63–85.

kiedy młode małżeństwo mieszka u rodziców mężczyzny oraz kiedy zamieszkuje u rodziców kobiety. Okazuje się, że w pierwszym przypadku konflikt dwóch gospodyń w domu i walka pomiędzy synową i teściową jest z „natury” nierówna, ponieważ teściowa jest od początku na uprzywilejowanej pozycji. Również Grażyna Woronecka⁴⁸ sygnalizuje ten problem i zauważa, że dawniej w społecznościach wiejskich konflikt ten instytucjonalizowany był w tradycji wycugu. Kategoria „starzejącego się człowieka na wycugu”⁴⁹ odnosi się do przeniesienia praw do nieruchomości w zamian za dożywotnie utrzymanie. Starzejący się rodzic (zwykle ojciec), któremu zaczynało brakować sił do pracy, podejmował decyzję o przejściu na wycug poprzez oddanie steru w gospodarstwie w ręce któregoś z synów na ustalonych wcześniej warunkach (umowa ustna). W ramach tej tradycji istniała także pewna reguła, że młodej rodzinie przekazywane były wszystkie atrybuty statusu (gospodarstwo, główna izba, prawo dysponowania zasobami, podmiotowość w polityce informacyjnej), a ustępująca para zajmowała pozycję podporządkowaną także przestrzennie (np. izdebka koło spiżarki), podejmując jedynie lżejsze obowiązki gospodarskie i zachowując prawo do wyżywienia. Badaczka formułuje wniosek, że w przypadku współczesnych rodzin międzypokoleniowych w większości przypadków roszczenie terytorialne spotyka się z różnymi formami ignorowania, omijania lub wręcz negocjowania przez dotychczasowych użytkowników przestrzeni i szybko przeradza się w międzygrupowy konflikt o władanie terenem. Wydaje się także, że centralnym miejscem konfliktu jest kuchnia. To w niej ścierają się odmienne przyzwyczajenia, a obowiązki związane z organizacją kuchni stwarzają pole do nieporozumień, pretensji i bezpośrednich konfliktów⁵⁰.

Kiedy Józefa Anna Pielkova⁵¹ badała synowe i teściowe zamieszkujące wspólnie, również uzyskała dane, z których wynika, że niemal wszystkie uczestniczki badań traktują wspólne zamieszkiwanie pod jednym dachem jako bezpośrednią przyczynę ich konfliktów. Dodatkowo zatargi te wywołują określony dysonans lojalności u męża (żona czy matka?), co negatywnie rzutuje na jakość małżeństwa. Ustaliła także, że mieszkanie wspólnie z rodzicami nie sprzyja zacieśnianiu więzi małżeńskiej młodych ludzi.

W wielu diadach synowa–teściowa istnieją tematy tabu, które paradoksalnie nie dotyczą wielkich czy dramatycznych tajemnic rodzinnych⁵², ale codziennych, czasem drobnych spraw, które stanowią źródło dużych konfliktów. Dotyczą one oczekiwań, potrzeb, obaw itp. Bywa, że to właśnie na ich tle dochodzi do zaburzonej komunikacji między kobietami w ogóle, co prowadzi do zjawiska określanego mianem „komunikowania się przez męża”⁵³.

⁴⁸ G. Woronecka, „Ja” czy „my” w przestrzeni? Doświadczenia i klasyfikacje w sytuacjach współzamieszkiwania, [w:] M. Łukasiuk, M. Jewdokimow (red.), *Socjologia zamieszkiwania...*: 44.

⁴⁹ I. Gwóźdź-Szewczenko, Kulturowy szablon człowieka starzejącego się w literaturach kręgu zachodniosłowiańskiego o tematyce wiejskiej – „chłop na wycugu” jako typ literacki, *Slavica Wratislaviensia*, 163, 2016: 511–526.

⁵⁰ G. Woronecka, „Ja” czy „my” w przestrzeni?...

⁵¹ J. A. Pielkova, Stosunki interpersonalne w rodzinie w relacji teściowa – synowa, *Problemy Rodziny*, 1(193), 1994: 11–14.

⁵² Zob. A. Stanisławski, *Rodzina made in Poland...*

⁵³ M. Stankowska, Czy taki diabeł straszny?...

Kiedy Stankowska⁵⁴ analizuje różne wyniki badań, dostrzega pewną prawidłowość – „tolerancja” sytuacji wspólnego zamieszkiwania synowych i teściowych ma związek z długością tegoż. W świetle przeprowadzonych przez nią badań współzamieszkiwanie synowych i teściowych w środowisku wielkomiejskim nie jest sytuacją częstą. Jeśli już występuje, to częściej ma charakter okresowy i bywa wynikiem życiowej konieczności, a nie dobrowolnego wyboru obu stron.

Współzamieszkiwanie starzejących się rodziców z krewnymi i korzystanie z ich pomocy, nawet minimalnej, jest analizowane także jako strategia ograniczania skutków marginalizacji i odczuwania deprywacji materialnych w krajach, które przeszły transformację ustrojową i nie wykształciły (jeszcze) rozwiązań systemowych z zakresu polityki społecznej w obliczu starzenia się populacji. Bywa, że mieszkanie z dorosłymi dziećmi jest traktowane jako wykorzystywanie nieformalnych sieci wsparcia w walce z wykluczeniem społecznym w obliczu niskich emerytur i niedostatecznego systemu wsparcia instytucji publicznych⁵⁵.

Co prawda większą determinację w zakresie pozyskania osobnego mieszkania widać u przedstawicieli młodszego pokolenia, choć pomysłu wspólnego zamieszkiwania nie traktują entuzjastycznie również i (badane) teściowe. Potrzeba zachowania niezależności wśród badanych teściowych jest często silniejsza niż wygoda. Przykładowo wolą dojeżdżać do wnucząt, którymi się opiekują, niż zamieszkać pod wspólnym dachem ze swoimi dziećmi i ich małżonkami. Świadomość ryzyka negatywnych wpływów wspólnego zamieszkiwania na jakość relacji międzypokoleniowych jest wysoka. Niekoniecznie niechęć do mieszkania pod jednym dachem wynika z tego, że kobiety mają złe relacje. Wręcz przeciwnie – stosunki są bardzo dobre i obawiają się, że wspólne zamieszkanie może je popsuć⁵⁶.

Nieco inaczej analizowane są relacje między rodzinami prokreacji i pochodzenia, które nie zamieszkują wspólnie. Okazuje się, że zamężne córki i żonaci synowie o wiele częściej, w porównaniu z tymi, którzy nie założyli własnej rodziny, utrzymują słabe relacje z rodzicami. Rzadziej dzielą wspólne gospodarstwo domowe, spędzają z sobą mniej czasu oraz dostarczają mniejszego wsparcia emocjonalnego. Natalia Sarkisian i Naomi Gerstel⁵⁷ analizują ten rodzaj relacji przez pryzmat koncepcji instytucji zachłannych (*greedy institutions*). Zrozumienie tego, co oznacza lokowanie tych problemów w ramach tej koncepcji, wymaga naszkicowania jej sedna.

Łukasz Połuszny analizuje poglądy różnych autorów, którzy nadają temu zamysłowi status konkurencji w stosunku do instytucji totalnych Ervinga Goffmana⁵⁸. Koncepcja instytucji zachłannych zakłada „totalność oddania” (podczas gdy instytucji totalnej – „totalność zamieszkiwania”), to znaczy:

⁵⁴ Tamże.

⁵⁵ Uwagę tę nasunęła mi lektura artykułu: M. Rosochacka-Gmitrzak, M. Raclaw, Opieka nad zależnymi osobami starszymi w rodzinie: ryzyko i ambiwalencja, *Studia Socjologiczne*, 2(217), 2015: 25–47. W interesującym mnie zakresie autorzy przywołują badania M. F. Hrasta i in., The social exclusion of the elderly: a mixed-methods study in Slovenia, *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 6(48), 2012: 1051–1074.

⁵⁶ M. Stankowska, Czy taki diabeł straszny?...

⁵⁷ N. Sarkisian, N. Gerstel, Till marriage do us part: Adult children's relationships with their parents, *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 2008: 360–376.

⁵⁸ Ł. Połuszny, Instytucje totalne dzisiaj: stan badań, krytyka, rekonfiguracje, *Studia Socjologiczne*, 227(4), 2017: 121–145.

opisuje inny społeczny fenomen, bowiem skutek, jakim jest totalność, dotyczy nie tyle wspólnego przebywania w jednym miejscu w wyniku przymusu, ile woluntarystycznego i całkowitego oddania organizacji [...] Podstawowe różnice dotyczą [...] tego, iż instytucje zachłanne nie muszą być odgródzone czy wyizolowane [...] oraz że przystępuje się do nich na zasadzie dobrowolności. Podobnie jak instytucje totalne próbują one kreować Ja członków, osłabiać inne role i tożsamości, aby osiąść człowieka na wyłączność. W tym celu prowadzą one ścisłą kontrolę społeczną, karzą wewnętrznych wrogów lub heretyków i wymagają absolutnego posłuszeństwa. Fizyczną barierę zastępują ograniczenia symboliczne, które dzielą postrzegany świat i ludzi na towarzyszy oraz obcych. W instytucjach zachłannych jak kibuce, bractwa i loże pojawiają się tendencje uniformizujące, które dotyczą nie tylko sfery poglądów, zwyczajów i stylu życia, ale także niekiedy udręczenia Ja opisywanego przez Goffmana. Przynależność do określonej wspólnoty może stanowić zarówno „emocjonalne więzienie”, jak i „cały świat”, który nadaje sens egzystencji⁵⁹.

Wracając do głównego nurtu rozważań, badacze relacji między rodzinami pochodzenia i prokreacji są skłonni twierdzić, że zawarcie małżeństwa przez dorosłe dzieci – zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn – oznacza zaabsorbowanie życiem „nowej” rodziny, która staje się „zachłanna”, „chciwa” z całymi konsekwencjami zasygnalizowanymi w powyższym cytacie. Oczywiście zjawisko to musi być rozpatrywane i odpowiednio różni się ze względu na warunki kulturowo-społeczne rodzin⁶⁰.

Ciekawy rodzaj badań dotyczy siły relacji z dorosłymi dziećmi ze względu na ich płeć. Relacje te omawiane są przede wszystkim na gruncie psychologii, w tym w ujęciu psychoanalitycznym⁶¹. Wiąż między dorosłą córką a matką wydaje się być specyficzna, a wręcz istnieje kulturowy nakaz takiej bliskości nawet we współczesnych społeczeństwach i wysoko zurbanizowanych krajach. Oczekiwania takie potwierdzają chociażby badania poświęcone migracji dorosłych dzieci w kontekście potrzeb ich starszych rodziców. W ich centrum znajdują się przesiadające się kobiety. Są one w większym stopniu niż migrujący mężczyźni poddane społecznym (negatywnym) ocenom. Zmusza je to do podjęcia dodatkowego wysiłku w państwie imigracji, aby bezpośrednią opiekę osobistą zastąpić substytutem w postaci wsparcia finansowego⁶².

Analizując rodzinne relacje międzypokoleniowe z użyciem psychoanalitycznego narzędzia opisu, badacze spostrzegają, że kobiety usilniej niż ich mężowie dążą do zacieśniania kontaktów z własnymi rodzicami niż rodzicami męża. Podczas gdy relacja matka–córka często stanowi główną oś funkcjonowania rodziny wielopokoleniowej, to – przyjmując optykę psychoanalityczną – można stwierdzić, że synowie charakteryzują się stosunkowo dużym natężeniem „Ja niezależnego”. Być może to jest powodem tego, że w mniejszym stopniu niż ich żony naciskają na kontynuowanie relacji ze swoją rodziną⁶³. Pewnym potwierdzeniem tej więzi jest ustalenie, że wnuki mają częstszy kontakt z babcią ze strony matki niż ojca. Matka ojca ma więc prawdopodobnie mniejszy wpływ na rozwój jego dzieci⁶⁴.

⁵⁹ Tamże: 132.

⁶⁰ N. Sarkisian, N. Gerstel, Till marriage do us part...

⁶¹ Np. W. Juroszek, Relacje małżonków z matką i teściową w świetle teorii niezależności/współzależności Ja, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 18, 2014: 64–73.

⁶² Ł. Krzyżowski, *Polscy migranci i ich starzejący się rodzice*, Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o., Warszawa 2013.

⁶³ W. Juroszek, Relacje małżonków z matką i teściową...

⁶⁴ Tamże.

Przekonanie o międzypokoleniowej bliskości kobiet w rodzinie⁶⁵ powoduje, że szuka się ich potwierdzenia w różnych badaniach. Przykładowo twierdzenie, że matki czują silniejsze i niezerwane więzi ze swoimi córkami (bardziej i wyraźniej niż z synami) było punktem wyjścia badań J. Jill Suito i Karla Pillemera. Badacze rozpoczynają swój artykuł przytoczeniem powiedzenia, w myśl którego „syn jest synem dotąd, dopóki się nie ożeni, ale córka pozostaje córką przez całe jej życie” (*A son's a son 'til he takes a wife, but a daughter's a daughter all of her life*)⁶⁶. Co prawda wyniki ich badań potwierdziły to zjawisko w wielu interesujących wymiarach i konfiguracjach, ale ze względu na rodzaj zgromadzonego materiału empirycznego i pogłębione analizy uwarunkowań tych bliskości sformułowali wniosek o niejednoznaczności wyników mimo licznych argumentów (teoretycznych i empirycznych) na korzyść omawianej zależności. W przeciwieństwie do dominujących sposobów badania tego zjawiska w postaci oceny bliskości matek z każdym z dorosłych dzieci badacze przeanalizowali tę kategorię przez pryzmat wyboru przez nią któregoś z dzieci jako źródła wsparcia w sytuacji kryzysu. Jeśli badana matka początkowo nie wskazała konkretnego dziecka i odpowiadała, że w razie problemu informuje wszystkie dzieci, to osoba prowadząca wywiad precyzowała pytanie poprzez prośbę o wskazanie dorosłego dziecka, do którego zgłosiłaby się jako do pierwszego. Badacze przeanalizowali bogaty materiał pochodzący z badań ilościowych i jakościowych z udziałem blisko pół tysiąca matek i półtora tysiąca dorosłych dzieci. Autorzy wnioskujeją, że „bliskość” między matką i córką zawiera w sobie elementy wsparcia emocjonalnego i pomocniczego, co jest rezultatem wyznawanych wspólnych wartości i podobieństw specyficznych dla płci⁶⁷. W zależności bowiem od rodzaju kryzysu matki „wybierają” córki i uzasadniają to ich dojrzałością emocjonalną, a także lokują swoje wybory w obszarze „kobiecej” troski i odpowiedzialności. Jeśli wybierają synów, to kierują się przekonaniem, że „po męsku” zniosą ciężar kryzysu i odciążą przez to rodzica potrzebującego pomocy. Autorzy omawianych badań formułują jednak bardzo ważny wniosek. Badania siły relacji emocjonalnych rodziców i dorosłych dzieci nigdy nie będą wolne od uproszczeń i zniekształceń, jeśli badacze nie uwzględnią specyficznych relacji wewnątrzrodzinnych oraz indywidualnych doświadczeń, które mogą wpływać na wybór określonego dziecka jako tego, z którym czuje się szczególną bliskość. Ponadto w badaniu relacji międzypokoleniowych faworyzowana jest bliskość kobiet z dziećmi i brakuje badań, które opisują podobne relacje między ojcami i ich dorosłymi dziećmi. Potwierdzeniem tego jest także przegląd rodzimej literatury naukowej, gdzie trudno znaleźć podobne doniesienia. Rodzinne relacje międzypokoleniowe opisywane są przede wszystkim poprzez analizę tego, co się dzieje między kobietami (matkami i córkami czy teściowymi i synowymi).

⁶⁵ C. Gilligan, *In a Different Voice*, Harvard University Press, Cambridge 1982.

⁶⁶ J. J. Suito, K. Pillemer, Choosing daughters: Exploring why mothers favor adult daughters over sons, *Sociological Perspectives*, 49(2), 2006: 139.

⁶⁷ Zob. także: A. Waleszczyński, *Feministyczna etyka troski. Założenia i aspiracje*, Śródko-woeuropejski Instytut Zmiany Społecznej, Warszawa 2013; J. Ostrouch, *Nieuchwytny: relacje matek i córek w codzienności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2004.

Suitor i Pillemer⁶⁸ rozpatrują także pozyskane wyniki badań przez pryzmat współczesnych przemian w zakresie definiowania powinności i oczekiwań społecznych ze względu na role płciowe. Formułują wniosek o trwałości tradycyjnej socjalizacji roli płciowej i oczekiwań społecznych wobec kobiet i mężczyzn, w tym o specyficznej odpowiedzialności kulturowej córek wobec matek w kryzysie np. starzenia się.

Pozostając przy zagadnieniu kryzysów i problemów (które stanowiły podstawową kategorię wyżej omawianych badań), ciekawych wniosków dostarcza Meng Huo z zespołem⁶⁹. Wyniki ich badań wpisują się w pewnej mierze w sferę wątpliwości formułowanych przez Suitor i Pillemera⁷⁰, że zażyłość między matkami i ich dorosłymi dziećmi niekoniecznie musi być powodowana „bliskością płci”, ale indywidualnymi doświadczeniami.

Badacze próbują ustalić, w jaki sposób problemy dorosłych wpływają na ich relacje ze starzejącymi się rodzicami. Problemy dorosłych dzieci są przez starzejących się rodziców bardzo dotkliwie odczuwane i obniżają ich samopoczucie czy jakość życia psychicznego w ogóle. Wkład badaczy do istniejącej wiedzy jest przede wszystkim taki, że wspieranie dorosłych dzieci, które borykają się z różnymi problemami życiowymi, łagodzi rodzicielskie przygnębienie powodowane porażkami doświadczanymi przez swoich synów i córki. Badacze donoszą także, że kryzys doświadczany przez dorastające dzieci (rozwód, utrata pracy itp.) wzmacnia relacje i potęguje bliskość z rodzicami⁷¹. Jakość tych relacji jest intensywniejsza niż w przypadku dorosłych dzieci, które „radzą sobie” w życiu. Co ciekawe, jest to wymiana obustronna. Bliskość emocjonalna z dziećmi, które mają problemy życiowe, powoduje, że rodzice oceniają, że to od tych właśnie dzieci dostają więcej emocjonalnego wsparcia niż pozostałych. Brak tej wymiany odnotowywany jest w przypadku matek i ich dorosłych dzieci borykających się z bardzo poważnymi problemami zdrowotnymi. W sytuacji problemów doświadczanych przez dorosłe dzieci, zwłaszcza związanych z poważną chorobą czy zaburzeniem psychicznym, rodzice, szczególnie matki, mimo zaawansowanego wieku, nie mają warunków do naturalnego przejścia z roli opiekuna (*caregiver*) do roli podopiecznego (*care recipient*) w warunkach międzypokoleniowego wsparcia i wymiany ról rodzinnych⁷².

Na zakończenie dokonanego powyżej przeglądu niektórych badań nad relacjami międzypokoleniowymi w obrębie rodziców i dorosłych dzieci ciekawym spostrzeżeniem jest uwaga badaczy, że rodzice mają tendencję nie tylko do większego inwestowania w swoje dorosłe dzieci, ale również charakteryzowania relacji

⁶⁸ J. J. Suitor, K. Pillemer, Choosing daughters...

⁶⁹ M. Huo i in., Aging parents' daily support exchanges with adult children suffering problems, *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(3), 2017: 449–459.

⁷⁰ J. J. Suitor, K. Pillemer, Choosing daughters...

⁷¹ Zob. także: M. Gilligan i in., Adult children's serious health conditions and the flow of support between the generations, *The Gerontologist*, 57(2), 2017: 179–190.

⁷² Tamże.

z nimi przez pryzmat pozytywnych i korzystnych kategorii oraz ich opisywania lepszymi niż są w rzeczywistości. Odwrotną tendencję badacze przypisują dorosłym dzieciom⁷³.

Ambiwalencja międzypokoleniowej wymiany troski i opieki

Truizmem jest twierdzenie, że rodzina pełni wiele funkcji, a poszczególni jej członkowie realizują określone zadania względem siebie. Jakość i natężenie wypełniania swoich funkcji dla członków jest różna w różnych etapach rozwoju rodziny. Jedną z funkcji jest opiekuńcza. Zanim jednak przyjrzą się jej dynamice, odniosę się do zagadnienia tzw. solidarności międzypokoleniowej, ponieważ jest ono bezpośrednio związane z opieką i troską ujmowaną w kategoriach specyficznej „wymiany” zawartej w tytule tego podrozdziału:

Solidarność to synonim więzi społecznych, pewnego rodzaju lepszycze skupiające ludzi i zbiorowości wokół pewnych celów, wartości, idei, autorytetów, zadań. To [...] poczucie wspólnoty i odpowiedzialności oraz gotowość dania wsparcia, okazywane przez członków społeczności i przez zbiorowości. Solidarność należy [...] rozpatrywać jako sieć systemów pomocy wzajemnej, opartych na wymianie społecznej i współpracy, generujących strukturę zobowiązań. Pewne obligacje są przypisane, od urodzenia bowiem ludzie wchodzą w świat społeczny, w którym mają zdefiniowane stosunki i obowiązki i w którym inni ludzie mają wobec nich także jakieś zobowiązania⁷⁴.

Solidarność jest nieco innym zjawiskiem niż zasada pomocniczości, ponieważ w jej myśl ludzie w pierwszej kolejności powinni sami sobie pomóc i dopiero, gdy z jakichś względów nie mają ku temu możliwości (warunków, kompetencji, umiejętności), w społecznej sieci wsparcia następną „w kolejce” do pomagania jest rodzina, potem społeczność, a dalej różne instytucje i organizacje⁷⁵. W społecznej strukturze zobowiązań główne miejsce przypada rodzinie. Najlepiej ilustruje to hipotetyczna sytuacja, w której grupa znajomych spędza wspólnie czas i jeden z nich ulega wypadkowi. Przyjaciele mogą co prawda zająć się wsparciem takiej osoby w kryzysie, ale w pierwszej kolejności uwagę wszystkich przykuwa potrzeba poinformowania rodziny o sytuacji problemowej. Pomoc i wspieranie przez znajomych osoby w kryzysie można analizować w kategoriach lojalności, życzliwości, współczucia itp. Udział rodziny w procesie tego wsparcia postrzegany jest w kategoriach obligatoryjności i bezwarunkowości. Jej zaangażowanie oraz udzielane wsparcie nie opiera się na kalkulacji zysków i strat.

Solidarność międzypokoleniowa może być analizowana z zastosowaniem różnych perspektyw (np. nauk o rodzinie, polityki społecznej, ustawodawstwa)⁷⁶,

⁷³ R. Giarrusso i in., The intergenerational stake phenomenon over 20 years, [w:] M. Silverstein, K. W. Schaie (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics*, Springer Publishing Company, New York 2005: 55–76.

⁷⁴ Z. Woźniak, Solidarność międzypokoleniowa w starzejącym się świecie – perspektywy i zagrożenia, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 74(3), 2012: 24.

⁷⁵ Tamże.

⁷⁶ P. Szukalski, *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.

ale z punktu widzenia rozważań zawartych w tej części książki wydaje mi się istotne ujęcie jej w kategoriach specyficznej umowy kulturowej i relacji interpersonalnych, które Piotr Szukalski definiuje następująco:

[...] to poczucie wzajemnej odpowiedzialności wobec osób przynależących do innych generacji. Tym samym gotowość, wynikająca z więzi międzypokoleniowej, zostaje aktywizowana, przekształcając się w uwzględnianie w podejmowanych działaniach interesów, potrzeb i opinii innych generacji⁷⁷.

Jeśli zaś chodzi o jej „umowny” charakter, to rozumienie takie zawiera w sobie występowanie reguł redystrybucji wyznaczników statusu społecznego pomiędzy przedstawicielami różnych generacji. Analiza tego pojęcia w licznej literaturze naukowej pozwoliła Szukalskiemu na określenie tego „niepisanego kontraktu” społecznego mianem międzypokoleniowego reżimu, oznaczającego ogół zasad określających wygląd relacji międzypokoleniowych w społeczeństwie, zasad opisywanych w ramach prawa, religii, etyki czy obyczajów⁷⁸.

Solidarność międzypokoleniowa koresponduje z innym zjawiskiem, określanym mianem transferu międzygeneracyjnego (w rodzinie). Jest to fenomen bardzo wrażliwy na przemiany społeczne i demograficzne.

Mówimy o tym, że wystąpiły transfery międzypokoleniowe, jeżeli jakaś grupa wiekowa (pokolenie) konsumuje więcej lub mniej, niż wynosi dochód pracy jej członków. Transfery międzypokoleniowe odbywają się w dwóch kierunkach: w dół, od osób starszych do młodszych; i w kierunku odwrotnym, w górę, od młodszych członków rodziny (społeczeństwa) do starszych. Cechą transferów w rodzinie jest ich nieformalny charakter. Rodzice ponoszą wydatki w związku z posiadaniem dzieci, wsparciem finansowym dorosłych dzieci, pożyczkami, a ponadto mogą im coś ofiarować czy uczynić ich swoimi spadkobiercami. Z kolei dzieci mogą wspierać swoich rodziców na starość⁷⁹.

Nieformalne transfery obejmują nie tylko wsparcie ekonomiczne, ale także opiekę, praktyczną pomoc, emocjonalne i moralne wsparcie, czyli te wszystkie „dobra”, które z perspektywy rodziny są naturalną kolejną rzeczą. Starsze pokolenie uczy młodsze, dzieli się doświadczeniem i umiejętnościami. Młodsze siłą i produktywnością. Z drugiej strony „dobra” te w dobie współczesnych przemian społecznych podlegają zinstytucjonalizowaniu formalnemu. Istnieją więc odpowiednio wyspecjalizowane firmy: sprzątające, opiekujące się, świadczące usługi typu „złota rączka” itp.

Obok altruizmu leżącego u podstaw transferów międzypokoleniowych swoje miejsce w wyjaśnianiu siły i istoty zjawiska ma model wymiany i wzajemności. Motywem do pomagania innym jest tu otrzymanie czegoś w zamian, „odpłacenia się” komuś, kto (u)czynił przysługi w potrzebie. Jednak w odniesieniu do rodziny nie jest to zwykły akt długu wdzięczności. Intymność oraz stabilność więzów pokrewieństwa (matką/dzieckiem nie przestaje się być nigdy) pozwala na to, by to „odwzajemnienie” było odsunięte w czasie. Ponadto rodzinna specyfika tego rodzaju „długów” dopuszcza istnienie niesymetryczności i nieproporcjonalności

⁷⁷ Tamże: 47.

⁷⁸ Tamże.

⁷⁹ P. Michoń, Transfery międzypokoleniowe w rodzinie, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, LXXIV, z. 3, 2012: 237–238.

między tym, co się dostało, a tym, co się (od)daje. Dodam, że zjawisko to jest analizowane z ukazaniem wyraźnego związku pomiędzy intensywnością oraz rodzajami transferu a polityką socjalną danych państw, a także różnic kulturowych w obrębie poszczególnych państw w Europie⁸⁰.

Jedną z przestrzeni takiego transferu międzypokoleniowego jest opieka w rodzinie. Jest to specyficzny proces, który zmienia się w całym biegu życia danej rodziny. Poszczególni realizatorzy zadań związanych z opieką zmieniają swój status: od bycia opiekunem (małego dziecka), współwykonawcą działań opiekuńczych, po podopiecznego (dorosłego syna czy córki). Zamienność, a właściwie przemienność ról związanych z dostarczaniem i pozyskiwaniem opieki polega na tym, że w okresie starości człowiek kolejny raz staje się biorcą rodzinnej opieki – tym razem otrzymuje ją od dorosłych dzieci – co jednocześnie nie wyklucza tego, że w tym samym czasie bywa opiekunem ich (małych i dorastających) dzieci.

Magdalena Rosochacka-Gmitrzak i Mariola Raclaw⁸¹ zwracają uwagę, że międzypokoleniowa „zamiana miejsc” jest silnie zakorzeniona w historii stosunków międzypokoleniowych i szkicują podstawowe problemy analizowania zjawiska przez pryzmat opieki nad osobami starszymi. Podążając za ich ustaleniami, można wyłonić wiele zasadniczych kategorii teoretycznych, z użyciem których rozpatrywane są zagadnienia międzypokoleniowej opieki w rodzinie.

Po pierwsze, opieka rodzinna nad osobami starszymi „zakotwiczona” jest w strukturach rodziny i często opiera się na nieformalnych sieciach społecznych sąsiadów, przyjaciół oraz znajomych oraz na formalnych opiekunach (np. z agencji opiekuńczych działających na rynku lub w sektorze publicznym). Procesualny i dynamiczny charakter opieki analizowany jest w piśmiennictwie naukowym przez pryzmat pojęcia „przestrzeni opiewowania” (*caring spaces*), które z kolei dotyczą działania (*doing of care*). Dalej autorki wyłaniają pojęcie „tras” (czy też szlaków) opiekuńczych, które zmieniają się przez całe życie jednostki. Najważniejszą cechą tych zmian jest przemienność dawania/otrzymywania opieki na różnych etapach rozwoju rodziny, której jest się członkiem.

Opieka jawi się jako zbiór wielu zależności i indywidualnych praktyk podejmowanych w określonym miejscu i czasie przez określone osoby wobec określonych osób. Złożone warunki i wspólne doświadczenia w jej przebiegu są elementem łączącym opiekuna i podopiecznego. Autorki przywołują w tym miejscu anglojęzyczne pojęcie *personal community* (osobistej wspólnoty) do określenia tego zjawiska. Wyjaśniają tę kategorię następująco:

Osobista wspólnota składa się z osób, które jednostka uważa za bliskie i które uważają się za bliskie sobie. Tworzą ją członkowie rodziny (którzy stają się przyjaciółmi) i przyjaciele (którzy są jak rodzina). Skład wspólnoty zmienia się w czasie, tak jak miejsca przebywania ich członków. Zmienia to praktyki opiekuńcze⁸².

⁸⁰ M. Brandt, C. Deindl, Intergenerational transfers to adult children in Europe: Do social policies matter?, *Journal of Marriage and Family*, 75(1), 2013: 235–251; M. Albertini, M. Kohli, The generational contract in the family: An analysis of transfer regimes in Europe, *European Sociological Review*, 29(4), 2012: 828–840.

⁸¹ M. Rosochacka-Gmitrzak, M. Raclaw, Opieka nad zależnymi osobami...

⁸² Tamże: 31.

Interesująca jest także dostrzeżona przez Rosochacką-Gmitrzak i Raclaw uwaga o modyfikacji przestrzeni opieki, czasu świadczenia opieki oraz ulokowania miejsca tej opieki. W przypadku tej pierwszej, rozumianej jako współobecność lub dystans przestrzenny dzielący znaczących innych od siebie, uwzględnia się odmienność relacji z przyjaciółmi i krewnymi. Od bliskich krewnych oczekuje się pierwszeństwa wsparcia pielęgnacyjnego, np. w zakresie higieny osobistej.

Zjawisko opieki rozpatrywane jest przez nie przez pryzmat kategorii „wdzięczności”. Opiekę można więc ujmować z zastosowaniem simmelowskiego opisu asymetrycznej relacji pomiędzy darczyńcą a obdarowanym, w rezultacie czego dar pierwszego rodzi zobowiązanie⁸³. Mechanizm tego zjawiska poniekąd opisywałam przy okazji prób wyjaśniania przyczyn powrotności na drogę przestępstwa wielokrotnych recydywistów. Tak zwane „długi wdzięczności”, jakie mieli u osób, które w trakcie odbywania kary w różny sposób „obdarowali” ich konkretnym wsparciem i przysługami, były dla nich ważniejsze do „spłacenia” niż dotrzymanie obietnicy niełamania prawa i lęk przed powrotem do więzienia. Obserwowałam też problem ciężaru długu wdzięczności wobec kobiety, która poświęciła wiele lat i energii na „czekanie” i pomoc mężczyźnie przebywającemu w więzieniu. Bywało to jednym z powodów zerwania z nią po opuszczeniu instytucji penitencjarnej⁸⁴. To drugie można analizować z zastosowaniem jeszcze innej kategorii, a mianowicie reguły wzajemności. Jest to pewnego rodzaju norma życia społecznego skłaniająca ludzi do symetrycznego zachowania. Przykładowo więc ci, którzy zostali obdarzeni opieką w sytuacji potrzeby, udzielają wsparcia swoim opiekunom. Janusz Łukaszyński⁸⁵ przytacza historyczne ustawodawstwo, w myśl którego człowiek, którego ojciec nie zapewnił mu możliwości wyuczenia się jakiegoś zawodu, nie musiał otaczać go opieką na starość. W prawie rzymskim reguła ta miała nawet swoją nazwę i była jedną z najstarszych sformalizowanych form zasady wzajemności. Tak zwane „bocianie prawo” (*lex ciconaria*) zobowiązywało dorosłe dzieci do utrzymywania starych rodziców i było prawnym obowiązkiem spłacenia długu wdzięczności wobec rodziców.

Za zasadę wzajemności odpowiada swoiste napięcie psychiczne związane z poczuciem moralnego zobowiązania do odwzajemnienia się. Powinności te kształtują się w procesie socjalizacji, a sama „wdzięczność” jako cecha dzieci wobec rodziców ewoluuje i rozwija się wraz z ich wiekiem. Przykładowo „zawdzięczenie czegoś rodzicom” uświadamia sobie (lub deklaruje) prawie połowa dzieci, które znajdują się w fazie rozwojowej określanej mianem wyłaniającej się dorosłości (*emerging adulthood*), niemal ¼ licealistów i tylko co dziesiąty uczeń w wieku dorastania⁸⁶.

Wdzięczność jest elementem wzajemnych zobowiązań. Potrzeba rewanżowania się jest wpisana w schemat dawania i brania i, podobnie jak formalne

⁸³ G. Simmel, *Socjologia*, PWN, Warszawa 1975.

⁸⁴ R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą. Kariery instytucjonalne osób powracających do przestępczości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.

⁸⁵ J. Łukaszyński, Wzajemność i wdzięczność, *Spółeczeństwo i Ekonomia*, 3, 2015: 134–151.

⁸⁶ M. Budziszewska, *Opowieść „moi rodzice” w trzech fazach adolescencji i w dorosłości. Analiza narracji tożsamościowych*, Wydawnictwo Stowarzyszenia Filomatów – Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2015.

umowy prawne, jest regulatorem i gwarancją zapewnienia wzajemności w relacjach międzyludzkich⁸⁷. Kiedy naukowcy analizują tę kategorię na polu wielu dyscyplin naukowych, to bez względu na dziedzinę wiedzy konstatują, że wdzięczność jest podstawowym spoiwem społecznym⁸⁸. George Simmel nazywa tę cechę życia społecznego „moralną pamięcią ludzkości”⁸⁹. Rosochacka-Gmitrzak i Raclaw przywołują stanowiska czołowych socjologów, dla których wdzięczność w układzie opiekuńczym stanowi element wzoru kulturowego relacji matka–dziecko pojmowanego w kategoriach bezinteresownego i altruistycznego obowiązku. Wzór ten zawiera w sobie także „obowiązek” doceniania przez dziecko poświęcenia matki i uruchamiania reguły wzajemności poprzez wspieranie jej w sytuacji starzenia się. Pominięcie reguły wzajemności i zaniechanie wdzięczności to złamanie ustanowionego społecznie wzoru relacji⁹⁰.

Dodatkowym składnikiem międzypokoleniowej wymiany opiekuńczej w rodzinie, prócz cech wzajemności i wdzięczności, są oczywiście emocje i przywiązanie. Wspominane wyżej badaczki zwracają uwagę, że emocje, które leżą u podstaw opieki w rodzinie, mogą być stymulatorami tejże (bezwarunkowa miłość), ale też mogą utrudniać realizację określonych zadań (np. odczuwanie repulsji). Emocje mogą także leżeć w grupie czynników ryzyka nierównej dystrybucji opieki, faworyzowania kogoś. Następnie emocje mogą wzmacniać praktyki manipulowania opiekunem/podopiecznym w celu osiągnięcia indywidualnych celów i zaspokojenia potrzeb, jak również kreowania pożądanego społecznie wizerunku osoby opiekującej się/przyjmującej opiekę. Kiedy autorki cytują „emocjonalne” warunki działań, celów i decyzji w ramach układów opiekuńczych, używają szerokiej gamy uczuć czy pojęć, które je wywołują: miłość, przywiązanie, duma, lojalność, zadowolenie, satysfakcja, rozczarowanie, złość, uraza.

Dodam, że Rosochacka-Gmitrzak i Raclaw identyfikują ciekawy i zanedbywany obszar dociekań, który określa się mianem „ryzyka bycia opiekunem seniora/ryzyka posługi pielęgnacji”. Uważają, że

współcześnie zaistniało „ryzyko społeczne” (ryzyko bycia opiekunem) i wytworzyła się nowa kategoria marginalizowanych – opiekunów nieformalnych, którzy w niedalekiej przyszłości staną się beneficjentami publicznych programów aktywizacji społeczno-zawodowej. Obecne polskie badania akcentują trud opiekunów nieformalnych, chcąc wydobyć ich z „cienia” relacji rodzinnych i obowiązków moralnych. Jednak w dalszym ciągu brakuje dociekań, które ukazywałyby opiekę nieformalną jako proces pełen dylematów i wewnętrznych sprzeczności, przepełniony ambiwalencją [...] Ryzyko „bycia opiekunem seniora” rozpoznajemy jako akt woli jednostki postawionej w sytuacji trudnej i często nagłej (np. choroby czy utraty sprawności przez bliskiego krewnego w starszym wieku), bez możliwości przewidzenia długości okresu świadczenia opieki⁹¹.

⁸⁷ G. Simmel, *Socjologia*...

⁸⁸ K. Łapiński, Kategoria wdzięczności w stoicyzmie, *Przegląd Filozoficzno-Literacki*, 3–4(48), 2017: 501–521.

⁸⁹ G. Simmel, Wierność i wdzięczność, [w:] tenże, *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005: 487.

⁹⁰ M. Rosochacka-Gmitrzak, M. Raclaw, Opieka nad zależnymi osobami...

⁹¹ Tamże: 24, 27.

Warto dodać, że co prawda ryzyko zostania opiekunem jest ryzykiem wyboru i ryzykiem indywidualnej decyzji, jednak często podejmowanym w sytuacji kryzysu (zagrożenia) i w rezultacie presji kulturowo-społecznej.

W powyżej przytoczonym fragmencie wypowiedzi badaczek pojawia się odwołanie do teoretycznej kategorii wywiedzionej bezpośrednio z koncepcji Roberta K. Mertona, do której będę się odnosić w dalszej części. (Socjologiczna) koncepcja ambiwalencji (*ambivalence theory*) została przedstawiona przez niego głównie w książce *Sociological Ambivalence and Other Essays*⁹². Analiza piśmiennictwa anglojęzycznego pozwala sądzić, że przez pryzmat tej koncepcji opisywane są niektóre problemy relacji międzypokoleniowych. Zanim rozwinę ten wątek, postaram się przedstawić najważniejsze założenia samej koncepcji.

Termin „ambiwalencja” został wprowadzony na grunt psychiatrii ponad sto lat temu za sprawą definiowania pewnych symptomów towarzyszących schizofrenii. Pojęciem tym objęte zostały trzy rodzaje symptomów: związanych ze sprzecznością i przeciwstawnością dążeń, twierdzeń i emocji. Określeniem tym posługiwali się również psychoanalitycy (Freud, Jung, Adler czy Klein) w opisie przeciwstawnych uczuć, np. jednoczesnego przeżywania nienawiści i miłości względem tego samego obiektu, czy psychologowie w ogóle (np. Kurt) do charakterystyki sprzecznych napięć i dążeń, które odczuwane są przez jednostkę jako wewnętrzne konflikty. Przykładowo konflikt „dążenie–unikanie” występuje wtedy, gdy jakaś możliwość wzbudza jednocześnie uczucia pozytywne i negatywne. Mowa wtedy o przeżywaniu ambiwalencji uczuć i ambiwalentnych tendencji. Ponadto psychologowie śledzili dynamikę współistnienia sprzecznych tendencji pod kątem szacowania ich wpływu na zachowanie człowieka. Problem ambiwalencji budził także zainteresowanie psychologów, którzy swoje poszukiwania lokowali w teoriach przywiązania. Za pomocą tej kategorii opisywane były między innymi wzorce reagowania dziecka na rozstanie z matką i style przywiązania (bezpieczny, unikający i lękowo-ambiwalentny/ambiwalencji i oporu. Ten ostatni wiąże się z jednoczesnym poszukiwaniem bliskości i jej odrzucaniem⁹³.

Świadomość empirycznego dorobku psychologicznego stanowi – zdaniem Mertona – niezbędny warunek do zrozumienia istoty „socjologicznej ambiwalencji”, która mimo swoich źródeł stanowi odrębną kategorię teoretyczną. W perspektywie socjologicznej Merton lokuje bowiem ambiwalencję w strukturze społecznej, a nie w osobowości. W sensie ogólnym wiąże ją z problemem niezgodności normatywnych oczekiwań i przekonań wpisanych w pojedynczą rolę lub status społeczny. Dokładniej zaś odnosi ambiwalencję (jako kategorię socjologiczną) do niekompatybilnych oczekiwań normatywnych w obrębie pojedynczej roli (czy statusu) społecznej (oczekiwań dotyczących postaw, przekonań i zachowań)⁹⁴.

⁹² R. K. Merton, *Sociological ambivalence and other essays*, The Free Press, Collier Macmillan Publishers, New York–London 1976.

⁹³ Krótki szkic wykorzystywania pojęcia ambiwalencji na gruncie psychologii zawdzięczam lekturze książki S. Pasikowskiego, *Ambiwalencja i opór: Nauczyciele i studenci wobec szkoły*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, Słupsk 2014. Dodam, że tematyką tą otwiera książkę R. K. Merton, *Sociological ambivalence*...

⁹⁴ R. M. Merton, *Sociological ambivalence*...: 6–7.

Merton każe sądzić, że nie tylko pełnienie kilku ról jednocześnie może okazać się dla jednostki problematyczne. Również w jedną rolę wpisane są sprzeczne w stosunku do siebie oczekiwania. Powoduje to specyficzne rozdzarcie i „oscylowanie między biegunami” danej roli. Przykładowo lekarz oscyluje między bliskością, wrażliwością, troskliwością, empatią a dystansem, racjonalną beznamietnością i niezaangażowaniem. Ideał jego roli wymaga troskliwego zdystansowania się (*detached concern*), co pozwala zauważyć, że

nie każda troskliwość reprezentuje profesjonalizm w wypełnianiu ról podobnie jak nie każde zdystansowanie czy obiektywizm. Zobowiązująca jest sama przestrzeń napięcia dwubiegunowego jako wyznacznik wartości i nośnik zobowiązującego ideału. Żaden z biegunów nie ma wartości jednoznacznej sam w sobie, bywa, że przechodzi w swoje zaprzeczenie, gdy wartościowany pozytywnie zapomina o swoim przeciwnym dopełnieniu⁹⁵.

Kiedy analizowałam polskie piśmiennictwo naukowe pod kątem wykorzystania mertonowskiej koncepcji ambiwalencji, moją uwagę zwróciła twórczość autora zacytowanej wyżej obserwacji, Lecha Witkowskiego. Jego rozważania nie tylko rzucają ciekawe światło na poglądy Mertona, ale także kreślą oryginalny sposób „działania” tej teorii na gruncie edukacji i w odniesieniu do polskiej szkoły.

Jego zdaniem „nowość” koncepcji roli społecznej Mertona polega na odejściu od tradycyjnych skojarzeń z napięciami aksjonormatywnymi, jakie dają o sobie znać zwłaszcza w działaniach profesjonalnych. Do tej pory były one efektem funkcjonowania jednostki w ramach tzw. wiązki ról społecznych.

W nowej koncepcji to pojedyncza rola jest uwikłana w napięcia wynikające z tego, że w jej własnej strukturze normatywnej obecne są pary norm i kontrnorm, stanowiące o dwubiegunowym występowaniu całości. Ta ostatnia w swoim napięciu i sprzężeniu jej członków wymusza dynamikę oscylowania, niwelującą groźbę uskrajnienia którejś z norm kosztem innej, trwale ją eliminującego⁹⁶.

Kiedy Merton prezentuje kategorię ambiwalencji w socjologii, swoje analizy odnosi głównie do zawodów: lekarza, polityka i naukowca. Witkowski „przekłada” mertonowskie rozważania dotyczące ambiwalencji na rolę nauczyciela⁹⁷ i pracownika socjalnego⁹⁸. Dodam, że na poziomie psychologicznym Witkowski ambiwalencję kojarzy z emocjonalnym zmieszaniem i poczuciem dyskomfortu. Co więcej, skutkiem odczuwanej ambiwalencji jest narastanie napięcia, które może powodować poczucie niedojrzałości czy niekompetencji. Badacz natomiast proponuje rozpatrywać zjawisko przez pryzmat specyficznej kompetencji „poruszania się” w warunkach oscylowania, rozdzarcia i wieloznaczności⁹⁹. Oczywiście równie dobrze analizy te dadzą się poprowadzić na gruncie nie tylko innych ról związanych z wykonywanym zawodem, ale także rodzinnych. To ostatnie znajduje swoje urzeczywistnienie w licznej literaturze naukowej, w której analizuje

⁹⁵ L. Witkowski, *Humanistyka stosowana. Wirtuozeria, pasje, inicjacje*, Impuls, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Kraków 2018: 291.

⁹⁶ Tamże.

⁹⁷ Tenże, *Edukacja wobec sporów o (po)nowoczesność*, IBE, Warszawa 2007.

⁹⁸ Tenże, *Humanistyka stosowana...*

⁹⁹ Tenże, *Edukacja wobec sporów...*

się międzypokoleniowe problemy (głównie opieki) – o czym zresztą stanowi tytuł niniejszego podrozdziału. Za chwilę bezpośrednio odniosę się do tego wątku.

Merton wyróżnia sześć typów ambiwalencji. Pierwszy dotyczy zajmowania przez jednostkę specyficznie „przeciwstawnych” pozycji w strukturze społecznej (*conflict of statuses within a status-set*¹⁰⁰). Odnosi ten typ ambiwalencji przykładowo do „nietradycyjnego” układu pozycji i ról rodzinnych ze względu na płeć, obsady stanowisk „niezgodnych” ze stereotypem płci czy dylematów roli, np. przyjaciela i sędziego. Ten typ ambiwalencji Mertona nawiązuje zresztą do rozważań Everetta Hughesa¹⁰¹, który analizował kariery zawodowe (podobnie jak Merton – lekarzy) i między innymi opracował koncepcję „statusu głównego” (*master status*). Hughes utrzymuje, że status główny dominuje inne role, które dany człowiek pełni w swym życiu (zawodowym). Ludzie przyporządkowywani są do grupy statusowej ze względu na najważniejszą cechę (różnicującą jednych od drugich).

Drugi typ ambiwalencji Merton wiąże z konfliktem pomiędzy wartościami przypisanymi różnym statusom, ale zajmowanymi przez tę samą osobę (*conflict of interests or of values*¹⁰²). Jako przykład podaje problem konkurencyjności zobowiązań pracujących, zamężnych kobiet.

Trzeci typ to ambiwalencja wynikająca z konfliktu ról, jakie przypisane zostają jednej pozycji społecznej. Ilustruje tę ambiwalencję, ukazując profesorów uniwersytetu i wielość ich statusów: nauczyciela, badacza, eksperta, administratora (urzędnika, księgowego np. rozliczającego swój grant) itp.

Czwarty to typ związany z konfliktem na poziomie wyznawanych (i oczekiwanych) wartości w danej kulturze (np. patriotyzm i uczciwość). Merton przywołuje dylematy pełne ambiwalencji, np. każdy chciałby zasmakować sukcesu, ale „byćcie sobą” jest ważniejsze niż bycie „kimś, kto odniósł sukces”; co prawda uczciwość jest najlepszą dewizą życiową, ale *business is business...*¹⁰³.

Piąty to ambiwalencja będąca wynikiem konfliktu pomiędzy kulturowo zalecanymi celami i aspiracjami życiowymi a dostępnymi strukturami społecznego awansu, można by rzec – legalnymi, dostępnymi sposobami osiągnięcia tych celów (*contradiction between the cultural structure and the social structure*¹⁰⁴). Tym typem ambiwalencji nawiązuje do swojej koncepcji anomii i strategii przystosowania się do niej¹⁰⁵.

Szósty typ ambiwalencji ma miejsce w przypadku osób, które są członkami dwóch (lub więcej) społeczności i wobec tego pozostają na skrzyżowaniu różnych systemów wartości. Jako przykład Merton wskazuje na sytuację imigranta. Dodatkowo podaje, że jest to specyficzna ambiwalencja będąca „kombinacją” czwartego oraz drugiego typu i jest najbardziej charakterystyczna dla tzw. społeczeństwa mobilnego.

¹⁰⁰ R. M. Merton, *Sociological ambivalence...*: 9.

¹⁰¹ E. C. Hughes, Dilemmas and contradictions of status, *American Journal of Sociology*, 1(50), 1945: 353–359.

¹⁰² R. M. Merton, *Sociological ambivalence...*: 9.

¹⁰³ Tamże: 10–11.

¹⁰⁴ Tamże: 11.

¹⁰⁵ R. K. Merton, Social structure and anomie: revisions and extensions, [w:] R. N. Anshen, *The family: its function and destiny*, Harper, Oxford 1949: 226–257.

Wróćmy do poglądów Witkowskiego¹⁰⁶. Jedną z możliwości traktowania ambiwalencji jest ujmowanie jej jako specyficznej kompetencji kulturowej, która sprzyja budowaniu własnej tożsamości w kulturze pełnej różnorodności i nacechowanej wieloma sprzecznościami. Jest to kompetencja pozwalająca na zarządzanie swoją tożsamością w sytuacji pogranicza kulturowego bez sięgania po narzędzia wykluczania czy też bez poczucia bycia wykluczonym. Rozpatrywanie takiej kompetencji to próby zrozumienia źródeł i charakteru ludzkich wyborów w warunkach moralnej jednoznaczności i wieloznaczności.

Kiedy Sławomir Pasikowski¹⁰⁷ analizuje prace Witkowskiego, dostrzega, że na polu praktyki edukacyjnej traktuje on ambiwalencję jako strategię kulturową przeciwną kulturowej redukcji i asymilacji. Ta pierwsza polega na podtrzymywaniu różnicy, nastawieniu na wielogłosowość, a także na rozwijaniu otwartości i odporności na wieloznaczność. W takim kontekście Witkowski proponuje zmianę definicji roli nauczyciela ze strażnika kulturowej ciągłości na obserwatora, czytelnika i tłumacza, a także „advokata diabła”. Dlatego też ważne staje się tworzenie warunków, w których dojdzie do zderzenia się światopoglądu uznawanego przez wychowanka za atrakcyjny z innymi (warunków patrzenia na siebie oczyma innych, oglądu własnego stanowiska z zewnątrz). Według niego mertonowska ambiwalencja jest w sposób szczególny „działała” w opisie nauczycielskiej roli, w którą wpisana jest wielość sprzecznych oczekiwań i sytuacji.

Pasikowski analizuje współczesną literaturę naukową pod kątem definiowania ambiwalencji i stwierdza, że przyjmuje ona postać pewnej tendencji do wartościowania kogoś lub czegoś jednocześnie pozytywnie i negatywnie, co może więc wyrażać się w niezgodnych opiniach lub sprzecznych uczuciach wobec jakiegoś obiektu. Pasikowski kieruje swoją uwagę na wykorzystywanie ambiwalencji w ramach strukturalnego ujęcia postawy i analizowanie ścierania się przeciwnych tendencji w kategoriach konfliktu pomiędzy poszczególnymi wymiarami postawy.

Z punktu widzenia zagadnień podjętych w tej książce interesujące są rozważania Mertona o ambiwalencji w sytuacji (i sytuacji) profesjonalnego wsparcia i opieki. Swoje refleksje odnosi tu do trudności powodowanych chorobą, konfliktami z prawem, dylematami moralnymi, kryzysami małżeńskimi czy ekonomicznymi. Ich doświadczenie powoduje, że część ludzi szuka profesjonalnego wsparcia, by je rozwiązać. Sytuacja przedstawicieli zawodów określanymi mianem „służby społecznej” jest specyficzna poprzez zarządzanie pewnymi sprzecznościami, konfliktami interesów, np. poprzez konieczność „radzenia sobie” z problemami klientów tak, by nie odbyło się to ze szkodą dla nich i aby dostosowywać sposoby pomagania do wymogów formalno-organizacyjnych danej instytucji. Relacje między pomagającymi a poszukującymi pomocy są pełne ambiwalencji, między innymi wzmacniane i wywoływane przez lęk i nadzieję, samoobwinianie się oraz poczucie winy i wrogość klientów wobec pracowników służb pomocowych¹⁰⁸.

Analiza współczesnego piśmiennictwa anglojęzycznego pokazuje, że koncepcja ambiwalencji jako kategoria teoretyczna jest wyraźnie użyteczna w badaniach

¹⁰⁶ L. Witkowski, *Edukacja wobec sporów o (po)nowoczesność...*; Tenże, *Edukacja i humanistyka...*; Tenże, *Humanistyka stosowana...*

¹⁰⁷ S. Pasikowski, *Ambiwalencja i opór...*

¹⁰⁸ R. M. Merton, *Sociological ambivalence...*

i opisie więzi rodzinnych z perspektywy socjologicznej i zrozumienia tego, co się „dzieje” na poziomie relacji międzypokoleniowych. Badacze dowodzą, że szczególnie jej przydatność uwidacznia się podczas analizy opieki nad starszymi członkami rodziny oraz problemów równoważenia pracy zarobkowej/zawodowej i obowiązków rodzinnych¹⁰⁹. Uwagę skupię na pierwszej puli zagadnień.

Autorzy różnych badań koncentrują się na ambiwalencji przez pryzmat jednoczesnego istnienia pozytywnych i negatywnych odczuć towarzyszących relacjom starszych rodziców i ich dorosłych dzieci. Badacze dowodzą także powszechności ambiwalencji w relacjach między rodzicami – a zwłaszcza matkami¹¹⁰ – i ich dorosłymi dziećmi.

Kurt Lüscher i Karl Pillemer¹¹¹ wychodzą z założenia, że relacje międzypokoleniowe same w sobie generują ambiwalencję. Wobec tego ambiwalencja wbudowana w strukturę relacji rodzic–dziecko ich zdaniem powinna być charakteryzowana jako naturalne doświadczenie rozwojowe w całym cyklu życia człowieka. Badacze wskazują na trzy obszary źródeł ambiwalencji międzypokoleniowej w rodzinie. Może ona:

- 1) być wywołana przez dychotomię zależności i autonomii,
- 2) być rezultatem sprzecznych norm dotyczących relacji międzypokoleniowych (poświęcenie dla starzejącego się rodzica i dziecka jednocześnie),
- 3) wynikać z solidarności.

Pierwszy obszar międzypokoleniowej ambiwalencji rodzinnej (zależność vs autonomia) swoje zasadnicze źródło ma w konflikcie normy solidarności z dziećmi (pomoc, wsparcie, troska) z normatywnym oczekiwaniem, że dziecko (jako wychowane i dorosłe) będzie niezależne i będzie potrafiło samodzielnie pokonywać i rozwiązywać problemy życiowe¹¹². Zwłaszcza dla matek „czułym” wskaźnikiem dorosłości swojego syna lub córki jest założenie własnej rodziny¹¹³. Innymi słowy, rodzice sygnalizują wewnętrzne rozdarcie (*“torn” in two directions*¹¹⁴) w sytuacji, gdy ich dziecko nie osiąga „normatywnej” dorosłości. O najbardziej wyrazistym przejawie takiej sytuacji pisałam w części o rodzajach (nie)zależności rodziców i dorosłych dzieci. Bywa więc, że dziecko nie wyprowadza się z domu lub do niego wraca w sytuacji porażek w radzeniu sobie z samodzielną dorosłością.

Również w odniesieniu do ambiwalencji w obrębie międzypokoleniowych ról rodzinnych widać, że w określonej dychotomii (np. autonomia vs zależność) całkowite osiągnięcie przeciwległych biegunów jest niemożliwe, ponieważ żaden z nich nie jest tak naprawdę stanem odrębnym (i bytem idealnym, jak to ujął

¹⁰⁹ I. A. Connidis, J. A. McMullin, Sociological ambivalence and family ties: A critical perspective, *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 2002: 558–567.

¹¹⁰ K. Pillemer, J. J. Suito, Explaining mothers' ambivalence...; A. E. Willson i in., Ambivalence in mother-adult child relations: A dyadic analysis, *Social Psychology Quarterly*, 69(3), 2006: 235–252.

¹¹¹ K. Lüscher, Advancing the Field. Ambivalence: A “Sensitizing Construct” for the Study and Practice of Intergenerational Relationships, *Journal of Intergenerational Relationships*, 9, 2011: 191–206.

¹¹² K. Pillemer, J. J. Suito, “Will I ever escape my child’s problems?”: Effects of adult children’s problems on elderly parents, *Journal of Marriage & the Family*, 53, 1999: 585–594.

¹¹³ Ciż, Explaining mothers' ambivalence...

¹¹⁴ K. Pillemer i in., Capturing the complexity of intergenerational relations: Exploring ambivalence within later-life families, *Journal of Social Issues*, 63(4), 2007: 784.

Witkowski – „żaden z biegunów nie ma wartości jednoznacznej sam w sobie”¹¹⁵). Dlatego też ambiwalencja zawiera się w tym, że jednostki znajdują się w sytuacji dążenia do osiągnięcia obu biegunów jednocześnie¹¹⁶.

W drugim przypadku ambiwalencja ujawnia się w rezultacie konsekwencji solidarności przejawiającej się w opiece nad rodzicami i zaniedbywaniu obowiązków wynikających z innych ról społecznych, zwłaszcza wobec rodziny prokreacji, a także roli zawodowej, towarzyskiej itp. Można to analizować przez pryzmat dylematu roli pokolenia określanego mianem *sandwich generation*.

Natomiast trzeci obszar ambiwalencji odnosi się do solidarności, którą wcześniej opisywałam, z użyciem kategorii wzajemności i międzypokoleniowej wymiany opiekuńczej w rodzinie. Ambiwalencja ta uwidacznia się zwłaszcza w sytuacji wzmożonych interakcji powodowanych wspólnym zamieszkiwaniem. Co prawda problemy te analizowałam we wcześniejszym podrozdziale, ale odnosiłam je do najczęściej opisywanych w polskim piśmiennictwie naukowym – relacji w rodzinach międzypokoleniowych dotyczących teściowych i synowych. Wykazałam perspektywy analizowania tych problemów (kulturowe, ekonomiczne, opiekuńcze), natomiast użycie socjologicznej ambiwalencji jako odrębnej kategorii analitycznej na pewno rzuciłoby nowe światło na sygnalizowane zagadnienia. Istnieje bowiem wysokie prawdopodobieństwo, że to ten obszar ambiwalencji obejmuje skrajne uczucia u przedstawicieli poszczególnych pokoleń rodziny i związków rodzinnych (np. walka o niezależność, otwarte konflikty, szantaż emocjonalny, konflikt lojalności itp.).

Jeden ze współautorów stanowiska, które zaprezentowałam wyżej, Pillemer (wraz z zespołem)¹¹⁷, w nieco wcześniejszej publikacji wskazał na jeszcze inne cechy relacji międzypokoleniowych, które w sposób szczególny naznaczone są ambiwalencją. W ich obrębie odbywa się specyficzna praca rodzica nad „radzeniem sobie” z osiąganiem przez dziecko stanów przypisanych przeciwnym biegunom normatywnym. Są to: zależność dorosłych dzieci od rodziców, ich problemy życiowe oraz podobieństwo do rodziców (w zakresie wyznawanych wartości i wzorów działań).

Pierwszy obszar nie wymaga omówienia, ponieważ został opisany wcześniej. Trzeci nawiązuje do problemów życia dorosłych dzieci „swoim życiem” i podążania ścieżką życia wytyczoną przez własne poglądy i wartości – nie zawsze zbieżne z rodzicielskimi oczekiwaniami. Ambiwalencja zawierać się tu będzie w pracy nad akceptowaniem wyborów dorosłego dziecka, które nie są akceptowane przez rodzica.

Jeśli chodzi o problemy życiowe zaburzające stabilność normatywnej dorosłości dziecka, to są to: nadużywanie substancji psychoaktywnych, utrata pracy czy rozwód. Autorzy tłumaczą ambiwalencję, jaką wywołują problemy dorosłych dzieci, tym, że są często postrzegane przez rodziców jako oznaka wadliwego

¹¹⁵ L. Witkowski, *Humanistyka stosowana...*: 291.

¹¹⁶ K. Lüscher, K. Pillemer, Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life, *Journal of Marriage and the Family*, 1, 1998: 413–425; K. Pillemer, J. J. Suitor, “Will I ever escape”...

¹¹⁷ K. Pillemer i in., Capturing the complexity...

rozwoju i niedojrzałości. Podkreślają także, że czynnikiem potęgującym odczuwaną ambiwalencję jest stan zdrowia rodzica, a właściwie posiadanie realnych obaw, że w niedalekiej przyszłości będzie potrzebować pomocy i wsparcia ze strony dziecka, których być może nie będzie mogło mu zapewnić.

W pracy przygotowanej przez Kirę S. Birditt i zespół¹¹⁸ zagadnienie problemów życiowych dorosłych dzieci przedstawione zostało z perspektywy matek i ojców. Wśród zachowań problemowych swoich dorosłych dzieci (*lifestyle-behavioral problems*), które angażują uwagę i troskę rodziców, na pierwszym miejscu wymienione zostały trudności związane z nadużywaniem przez nie alkoholu lub narkotyków. Do kolejnych należały problemy finansowe, związane z konfliktami z prawem, rozwodem i relacjami z otoczeniem. Wyniki dostarczyły interesujących wniosków dotyczących sposobu doświadczania trudności życiowych swoich dzieci przez ojców i matki. Badacze konstatują, że towarzyszą im silnie wykluczające się pragnienia – z jednej strony jest to przekonanie, że dorosłość wiąże się z koniecznością ponoszenia konsekwencji swoich złych wyborów, a z drugiej naturalne pragnienie niesienia bezwarunkowej pomocy „dziecku w potrzebie”. Badacze twierdzą także, że znacząco wyższy poziom ambiwalencji w ocenie zachowań problemowych swoich dorosłych dzieci (w rozumieniu: *lifestyle-behavioral problems*) i stosunku do nich przejawiają ojcowie. Ci sami zresztą są o wiele bardziej wrażliwi niż matki na odnoszone przez dzieci sukcesy.

Ciekawych danych dostarczają na przykład badania nad treścią i rodzajem konfliktów, w których zaprezentowano perspektywę dorosłych dzieci i ich rodziców¹¹⁹. I tak, zdaniem dorosłych dzieci, najczęstszym powodem konfliktów są wadliwe sposoby komunikowania się rodziców. W ocenie samych rodziców źródłem napiętych relacji w największej mierze są nieakceptowane przez nich nawyki i wybory życiowe dorosłych córek i synów. Warto zaznaczyć, że kategoria „nawyków i wyborów życiowych” obejmowała takie problemy jak: aktywność seksualną dorosłego dziecka (ewentualnie orientację), warunki i jakość życia, posiadanie zasobów materialnych, wybór ścieżki edukacyjnej i zawodu, styl ubioru, fryzury, w końcu zaś sięganie po alkohol, narkotyki.

Ambiwalentne odczucia wobec angażowania się w rozwiązywanie problemów swoich dorosłych dzieci wzmacniane są własnymi potrzebami i pragnieniami starzejących się rodziców. Problemy dorosłych dzieci stanowią poważny czynnik zakłócający wsparcie międzypokoleniowe wynikające z określonych ról związanych odpowiednio z byciem rodzicem, które opiekuje się małymi dziećmi, a następnie dzieckiem, które opiekuje się starzejącymi się rodzicami. Bywa więc, że oczekiwania, jakie mają w stosunku do swoich dorosłych dzieci (że będą stanowić dla nich źródło pomocy w sytuacji choroby czy kryzysów związanych ze starzeniem się), nie spełniają się. Wręcz przeciwnie – rodzice stają przed dylematem (a nierzadko koniecznością) intensyfikacji zaangażowania w rozwiązywanie

¹¹⁸ K. S. Birditt i in., Adult children's problems and successes: Implications for intergenerational ambivalence, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(2), 2010: 145–153.

¹¹⁹ E. J. Clarke i in., Types of conflicts and tensions between older parents and adult children, *The Gerontologist*, 39(3), 1999: 261–270.

problemów życiowych swojego dorosłego syna czy córki wtedy, gdy sami tej opieki i wsparcia wymagają. Dochodzi więc do podwójnego rodzaju konfliktu powinności wynikających z pełnienia normatywnych ról: osoba uprawniona społecznie do pozyskiwania pomocy nie dość, że jej nie otrzymuje, to jest zmuszona do jej niesienia innym. Nic więc dziwnego, że wobec ambiwalencji wywołującej bardzo skrajne, negatywne emocje, przyczyn „rzeczywistych” problemów swoich dorosłych dzieci rodzice szukają np. w złej postawie ich współmałżonków¹²⁰.

Warto odnotować, że wymiana w obrębie opiekuńczego wymiaru ról (starzejącego się) rodzica i (dorosłego) dziecka sprawdza się w przypadku synów i córek, którzy odnoszą sukcesy, a ich sytuacja życiowa jest stabilna. Bywa natomiast, że rodzice jednocześnie czerpią pomoc od jednych dzieci, a inwestują swoje zaangażowanie i troskę w inne – te, które borykają się z problemami. Co ciekawe, badacze wskazują także na pewien wymiar ambiwalencji rodzinnej w sytuacji, gdy w okresie dorastania rodzice poświęcali więcej uwagi i zasobów w rozwój jednego dziecka, podczas gdy w okresie starzenia się otrzymują pomoc nie od niego, ale od innego – mniej „zaopiekowanego” w dzieciństwie¹²¹.

Podsumowując, ambiwalencja ujmowana jest przez badaczy środowiska rodzinnego jako uczucia napięcia, sprzeczności i niepewności. Ambiwalencja ta jest doświadczeniem osób w sytuacji wewnętrznych konfliktów, z którymi muszą sobie poradzić: społecznych, osobistych (jednostkowych) oraz rodzinnych. Co prawda wyżej odniosłam się do ambiwalencji międzypokoleniowej wyłącznie z perspektywy rodziców, ale może ona dotyczyć różnych generacji.

W relacjach rodzinnych ambiwalencja pojawia się, gdy jednostki pragną autonomii, lecz zdają sobie sprawę z zależności od innych. Prócz wcześniej sygnalizowanych można podać przykłady doświadczenia ambiwalencji za Rosochacką-Gmitrzak i Raław, które są następujące: rodzic w podeszłym wieku traci fizyczną autonomię i jednocześnie pragnie prowadzenia niezależnego i samodzielnego życia we własnym domu; rodzic będący pośrednikiem między generacjami (tzw. *sandwich generation*) boryka się z trudnym wyborem wobec niedających się pogodzić (niekompatybilnych) ról społecznych (opiekuna nieformalnego, pracownika zatrudnionego na pełnym etacie, żony/męża i rodzica dorastającego dziecka oraz dorosłego dziecka starszego i chorego rodzica wymagającego opieki).

Rosochacka-Gmitrzak i Raław¹²² formułują także niezwykle ważny wniosek: socjologiczne rozumienie ambiwalencji międzypokoleniowej pozwala interpretować działania opiekunów poza dyskursem „wstydu” i strategią przemilczania. Autorki zwracają uwagę na to, że relacje międzypokoleniowe w rodzinie głównie analizowane były przez pryzmat pozytywnych wymiarów ról i powinności społecznych. Ambiwalencja w ujęciu socjologicznym pozwala ukazać relacje opiekuńcze w rodzinie w perspektywie pozytywnych i negatywnych postaw i odczuć. Badaczki dostrzegają, że nawet solidarność międzypokoleniowa nie jest jednoznacznie naznaczona pozytywnymi postawami i odczuciami, ponieważ członkowie rodzin

¹²⁰ K. Fingerman i in., Giving to the good and the needy: Parental support of grown children, *Journal of Marriage and Family*, 71(5), 2009: 1220–1233; K. Pillemer i in., Capturing the complexity...

¹²¹ K. Fingerman i in., Giving to the good and the needy...

¹²² M. Rosochacka-Gmitrzak, M. Raław, Opieka nad zależnymi osobami...

są powiązani wieloma rodzajami solidarności, które mogą stać w sprzeczności ze sobą, wywołując dysonans. Dodam, że w tym kontekście zjawisko to można analizować także z zastosowaniem kategorii instytucji zachłannej¹²³.

Pogłębiona analiza piśmiennictwa naukowego pozwala wyżej przywołanym badaczkom dostrzec istotę ambiwalencji, jaka może się kryć w solidarności międzypokoleniowej, a także – jak myślę – w zjawisku transferu międzygeneracyjnego¹²⁴. Przykładowo silne więzy rodzinne i solidarność międzypokoleniowa stanowią czynnik chroniący jej członków przed konsekwencjami doznawanego kryzysu (np. śmierci małżonka, migracji). Z drugiej jednak strony te same mechanizmy są odpowiedzialne za tłumienie procesów indywidualizmu oraz mogą wywoływać roszczenia na tle ekonomicznym (zwłaszcza w rodzinach o niskim statusie materialnym).

Na zakończenie przywołam stanowisko Lüschera¹²⁵, który przedstawia argumenty na rzecz możliwości traktowania „socjologicznej ambiwalencji” jako klucza do badania relacji międzypokoleniowych. Badacz nadaje omawianemu zjawisku status pojęcia uwrażliwiającego¹²⁶ (*sensitizing concepts*) w rozumieniu Herberta Blumera¹²⁷. Dodam, że na gruncie polskiego piśmiennictwa naukowego istnieją dwa zamiennie stosowane terminy mające ten sam status: pojęcia uwrażliwiające/pojęcia uczulające.

Jest to więc termin, który „wyczula” badacza/-kę na określone obszary problemowe, daje mu/jej luźno zorganizowany układ odniesienia. Szczególnie w badaniach jakościowych zorientowanych interpretatywnie pojęcia te traktowane są jako specyficzne reflektory i są pomocne zwłaszcza na początkowym etapie. Są one bowiem punktem wyjścia rozważań podejmowanych przez badaczy i badaczki, ukierunkowującym ich dalsze poszukiwania. W kolejnych fazach badań zostaje ono oplecione wieloma innymi pojęciami, które zostają wygenerowane z materiału empirycznego, których przecież badacz/-ka nie przewidywał/a, przystępując do badania. Wstępne pojęcie może więc zostać przeddefiniowane, uściślone lub nawet usunięte¹²⁸. W symbolicznym interakcjonizmie zwykle rozróżnia się dwa pojęcia – właśnie owo uwrażliwiające/uczulające i rozstrzygające (*definitive concepts*).

Podczas gdy pojęcia rozstrzygające dostarczają wskazań, „co obserwować”, to pojęcia uczulające wskazują tylko na kierunki, „gdzie oberwać”. Pojęcia te opierają się na ogólnym odczuciu tego, co istotne empirycznie w danej nazwie pojęcia¹²⁹.

¹²³ Koncepcję tę sygnalizowałam w punkcie: *Rodzice i rodziny ich dzieci*.

¹²⁴ Jw.

¹²⁵ K. Lüscher, *Advancing the Field. Ambivalence...*

¹²⁶ K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

¹²⁷ Miejsce blumerowskich pojęć uwrażliwiających w strukturze procesu badawczego analizuje m.in. A. Kacperczyk, *Spoleczne swiaty. Teoria – empiria – metody badań. Na przykladzie spolecznego swiata wspinaczki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016.

¹²⁸ Tamże: 606–609.

¹²⁹ K. Konecki, *Studia z metodologii badań...*: 37.

Dodam, że stanowiska naukowców, którzy reprezentują nieco różne warianty metodologii ugruntowanej, różnią się także w zakresie tego, czym jest i czym nie jest pojęcie uwrażliwiający/uczulający¹³⁰. Prezentacja tychże oczywiście nie ma tu sensu. Można by też zadać pytanie o to, dlaczego w ogóle podejmuję metodologiczny wątek pojęć uwrażliwiających/uczulających w tym miejscu książki. Sygnalizuję znaczenie tego pojęcia, ponieważ socjologiczną koncepcję ambiwalencji (międzypokoleniowej w rodzinie) traktuję jako pojęcie uczulające w badaniach własnych z udziałem rodziców osób pijących problemowo.

1.2. Rodzina z problemem szkodliwego picia alkoholu

Dominujące kierunki badań z udziałem członków rodzin osób z uzależnieniem

Tytułowe kierunki badań dość szczegółowo omówiłam wraz z Katarzyną Okólską w artykule: *Zapomniani rodzice (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu*¹³¹. W tej części książki tylko naszkicuję najważniejsze ustalenia przedstawione w artykule.

Dominuje przekonanie, że bez względu na warunki kulturowo-społeczne stopień pokrewieństwa, wiek i płeć podstawowe doświadczenia wszystkich członków rodziny są uniwersalne, a dominującym problemem wszystkich członków jest brak poczucia kontroli w sytuacjach kryzysowych i potrzeba wsparcia zewnętrznego w wysiłkach na rzecz radzenia sobie z problemami. Problemowe picie alkoholu jednego członka rodziny nie pozostaje obojętne dla życia innych domowników. Sytuacja taka jest rozpatrywana przez pryzmat opisu niekorzystnego klimatu wychowawczego i złego środowiska rozwoju dzieci, nadużyć seksualnych czy przemocy. Nadużywanie alkoholu zestawiane bywa również z problemem biedy i przestępczością. Jeśli chodzi o osoby, które doświadczają problemów szkodliwego picia kogoś bliskiego, to ich doświadczenia analizowane są z zachowaniem następujących perspektyw:

- 1) uczestników (dzieci, partnerów/współmałżonków),
- 2) objawów (dysfunkcjonalność środowiska, adaptacja),
- 3) czasu trwania i oddziaływania (etapy rozwoju rodziny),
- 4) konsekwencji (krótko- i dalekosiężnych),
- 5) procesu zdrowienia (fazy, strategie radzenia sobie, rezultaty).

Mimo że zagadnienie Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) jako „wyrósł” z praktyki terapeutycznej budzi dystans naukowców, trzeba przyznać, że analizowanie problemów alkoholowych z perspektywy tego zjawiska wnosi wiele wartości poznawczych. Pozwala bowiem na procesualne ujęcie problemów alkoholowych w rodzinie oraz na specyficzne zrekonstruowanie tego, co się z nią dzieje na

¹³⁰ Tamże: 36–38.

¹³¹ R. Szczepanik, K. Okólska, *Zapomniani rodzice (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu*, *Alcohol Drug Addict/Alkoholizm i Narkomania*, 31(4), 2018: 273–300.

przestrzeni czasu, także przez pryzmat możliwych, dalekosiężnych, a właściwie całościowych konsekwencji dla życia najmłodszych „użytkowników” dysfunkcjonalnego systemu rodzinnego.

Badania przeprowadzone z wykorzystaniem perspektywy dorosłych dzieci na przestrzeni różnych etapów ich życia pozwalają także na prześledzenie warunków szczególnie zagrażających i chroniących ich rozwój. Dodatkowo wiele publikacji dotyczy bogatej oferty wsparcia i pomocy terapeutycznej dorosłych osób, których źródła problemów psychospołecznych lokowane są we wzrastaniu w środowisku nasyconym problemowym pićciem. W rezultacie frekwencja doniesień o tzw. DDA w kontekście ich procesu „zdrowienia” w ramach terapii sprzyja pogłębionej i wieloaspektowej analizie systemu wsparcia osób doświadczających problemowego picia bliskich krewnych.

Znaczący obszar doniesień naukowych zajmuje problematyka dzieci alkoholików (*Children of Alcoholic*, COA). Na gruncie rodzimego piśmiennictwa naukowego zagadnienie to analizował Wiesław Ambrozik¹³² jeszcze w latach 70., kiedy sytuacja polityczna nie sprzyjała podejmowaniu tego rodzaju badań (stanowiły „socjalistyczne tabu”). Jeśli chodzi o małe i dorastające dzieci, badacze skupiają uwagę właściwie na wszystkich sferach ich rozwoju i funkcjonowania: charakteru doświadczeń rodzinnych, konsekwencji uzależnienia rodzica (lub rodziców) przez pryzmat dynamiki rozmaitych zaburzeń natury medycznej, wpływu na rozwój osobowości, kompetencji interpersonalnych, problemów edukacyjnych, sięgania po substancje psychoaktywne oraz skłonności do uzależnień w życiu dorosłym w ogóle. Dzieci rodziców pijących szkodliwie alkohol zaliczane są do grupy bardzo wysokiego ryzyka uzależnień w przyszłości. Ryzyko to związane jest nie tylko z niekorzystnymi warunkami życia, ale także z biologiczną podatnością. Warto także dodać, że naukowcy są zdania, że nadużywanie alkoholu przez matki w o wiele większym stopniu negatywnie rzutuje na rozwój dziecka niż uzależnienie ojca. W sytuacji uzależnienia matki dziecko doznaje głębszych urazów emocjonalnych, a także częściej dochodzi do specyficznego odwrócenia ról w rodzinie (parentyfikacji).

Znaczące miejsce na łamach piśmiennictwa naukowego zajmują prace empiryczne, które traktują o relacjach między partnerami życiowymi oraz wpływie alkoholizmu na różne sfery życia małżonków. Właściwie osobami badanymi w tym zakresie są przede wszystkim kobiety. Bywa nawet, że ich problemy analizowane są z użyciem perspektywy uzależnionych mężczyzn.

Procesualny charakter problemów rodzinnych oraz strategii radzenia (i nieradzenia) sobie z alkoholizmem partnera, oprócz wyżej sygnalizowanej perspektywy współuzależnienia, bywa rozpatrywany między innymi przez pryzmat specyficznej kariery moralnej żony uzależnionej osoby. W przypadku partnerek mężczyzn nadużywających alkoholu analizowane są zwłaszcza te wymiary jakości ich życia, które pod wpływem relacji z alkoholikiem uległy znaczącemu pogorszeniu, a mianowicie: praca, życie towarzyskie, wypoczynek, zdrowie, komunikacja rodzinna

¹³² W. Ambrozik, *Sytuacja społeczna dziecka rodziny alkoholicznej w kulturowo zaniedbanym rejonie wielkiego miasta*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 1983.

i relacje rodzicielskie. Swoje miejsce na łamach piśmiennictwa naukowego znajdują również doniesienia o strategiach odzyskiwania równowagi życiowej po dramatycznym związku z uzależnionym partnerem i opuszczeniu męża-alkoholika. Omawiane są problemy związane z doświadczeniem przemocy – zarówno bezpośrednio ze strony alkoholika, jak i w szerszym znaczeniu – bycia ofiarą alkoholizmu (męża) w ogóle.

Jeszcze inny kierunek badań z udziałem członków rodziny z problemem alkoholowym wyznacza perspektywa współzależnienia. Sygnalizuję go na końcu nie dlatego, że przykuwa niewielką uwagę badaczy. Wręcz przeciwnie, kategoria ta wkładana jest w różne ramy teoretyczne i jest często wykorzystywana do opisu strategii radzenia i nieradzenia sobie przez partnerki życiowe mężczyzn z diagnozą uzależnienia od alkoholu oraz wpływu szkodliwego picia na różne sfery ich funkcjonowania psychospołecznego. W tym miejscu zatrzymam się nieco dłużej przy tym kierunku badań w porównaniu z poprzednio sygnalizowanymi, ponieważ będę przywoływać problem współzależnienia (podkreślam: nie jego „problemy”, tylko współzależnienie jako „problem”) nie raz w części empirycznej. Nie będę definiować zjawiska oraz wskazywać na różne teoretyczne perspektywy jego rozumienia. Przywołam tylko niektóre wyniki badań z użyciem tej kategorii analitycznej.

Wraz z Okólską¹³³ – w artykule, na podstawie którego wymieniłam dominujące kierunki badań z udziałem członków rodzin osób z nadmiernym piciem alkoholu i diagnozą uzależnienia – ustaliłyśmy, że osoby współzależnione charakteryzowane są zwykle przez pryzmat specyficznych cech emocjonalnych i osobowościowych, które są odpowiedzialne za podtrzymywanie uzależnienia osób bliskich borykających się z uzależnieniem. Uwagę naszą zwróciło to, że współzależnienie najczęściej odnoszone jest do kobiet – partnerek życiowych i współmałżonek oraz ich dzieci, zwłaszcza córek. Analiza piśmiennictwa naukowego pozwoliła także ustalić, że niektórzy badacze stoją na stanowisku, że potrzeba prowadzenia badań z zastosowaniem kategorii współzależnienia jest rodzajem specyficznego zapotrzebowania wytwarzanego przez lobby środowisk czerpiących korzyści finansowe dzięki popularyzowaniu i wdrażaniu rozmaitych programów terapeutycznych oraz budowaniu systemu wsparcia dla osób z objawami współzależnienia. Zdarza się, że u osób określających się jako współzależnione i korzystających intensywnie z pomocy profesjonalistów obserwuje się specyficzne uzależnienie od terapii. Dodam, że na problem sygnalizowany w tym miejscu szczególnie ostre światło rzucają rozważania zjawiska medykalizacji (opisuje je w punkcie 3 pierwszej części książki).

Kiedy Lidia Cierpiątkowska¹³⁴ przygląda się istocie współzależnienia, rozpoczyna od konstatacji, że dopiero koncepcja „alkoholizmu” jako choroby oraz rozwój jej metod leczenia spowodowały zainteresowanie badaczy i środowiska terapeutycznego nie tylko osobą z diagnozą uzależnienia, ale także jego najbliższymi. Píše następująco:

¹³³ R. Szczepanik, K. Okólska, Zapomniani rodzice...

¹³⁴ L. Cierpiątkowska, *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1997.

Termin współzależnienie pochodzi od słowa *co-alcoholic* i określa się nim partnerów, którzy przejawiają podobne cechy osobowości, jakie uznano za charakterystyczne dla ich uzależnionych od alkoholu mężów i żon. Zaobserwowano, że osoby te są podobne do siebie w wielu różnych sferach funkcjonowania psychologiczno-społecznego, wyłączając nadmierne używanie alkoholu¹³⁵.

Pierwsze koncepcje współzależnienia zawdzięczają swoje istnienie badaniom jakościowym inspirowanym – podobnie zresztą jak sygnalizowana wcześniej problematyka DDA – terapeutycznym obserwacjom. Mimo atrakcyjności i względnej spójności ustaleń wielu badaczy od samego początku wyrażało krytyczne poglądy, wykazując „słabe” miejsca koncepcji i jej wieloznaczność. Liczne poszukiwania badawcze doprowadziły do powstania różnych wariantów współzależnienia w zależności od przyjętej perspektywy poznawczej¹³⁶.

Co prawda zagadnienie to odnoszone jest zarówno do partnerek/żon, jak i partnerów/mężów osób z diagnozą uzależnienia, jednak badacze donoszą, że w rzeczywistości wiedza na temat tego zjawiska powstała głównie na podstawie badań przeprowadzanych z udziałem kobiet. Dlatego też przykładowo Einat Peled i Ilana Sacks kwestionują użyteczność psychologicznych koncepcji współzależnienia zarówno w opisie problemów rodziny osoby uzależnionej, jak i w możliwości tworzenia skutecznych programów wsparcia społecznego dla żon alkoholików¹³⁷. Postulują konieczność pogłębiania wiedzy o współzależnieniu jako konstrukcie kulturowym i odnoszącym się do stereotypów związanych z płcią. Przy tej okazji zatrzymam się chwilę przy ich badaniach, ponieważ wyniki te należą do rzadkości w tym sensie, że przełamują pewnego rodzaju wyraźne tendencje do analizowania problemów alkoholowych przez pryzmat jedynie negatywnych konsekwencji i zaburzeń.

W piśmiennictwie naukowym poświęconym problemom alkoholowym dominują wątki traktujące o trudnych emocjach, stratach, konsekwencjach, wyczerpaniu itp. Rzadko wymienia się mocne strony intuicyjnego reagowania kobiet i spontanicznej pracy nad stabilizacją życia rodzinnego osoby uzależnionej. Z tego schematu wyłamują się Peled i Sacks¹³⁸, kiedy analizują siły tkwiące w „kobiecej” zdolności do jednoczesnego funkcjonowania na wielu płaszczyznach mimo doświadczanych cierpień i trudnych emocji. Badacze opisali wiele przewlekłych sytuacji przeciążenia fizycznego i emocjonalnego oraz kumulacji negatywnych zjawisk. Jeśli odłoży się szablon „współzależnienia”, przez którego optykę najczęściej postrzega się zachowania partnerek życiowych alkoholików, można dać szansę na ukazanie się nie tylko negatywnego obrazu ich kompetencji, ale pozytywnego obrazu tych kobiet. Historie kobiet, które żyją pod jednym dachem z partnerem pijącym szkodliwie alkohol, to opowieści o radzeniu sobie z podwójnym

¹³⁵ Tamże: 18.

¹³⁶ J. A. Fuller, R. M. Warner, Family stressors as predictors of codependency, *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 126(1), 2000: 5–24.

¹³⁷ E. Peled, I. Sacks, The Self-Perception of Women Who Live with an Alcoholic Partner: Dialoging With Deviance, Strength, and Self-Fulfillment, *Family Relations*, 57(3), 2008: 390–403; C. A. Hawkins, R. C. Hawkins, Codependence, Contradependence, Gender-Stereotyped Traits, Personality Dimensions, and Problem Drinking, *Universal Journal of Psychology*, 2(1), 2014: 5–15; R. M. Asher, *Women with alcoholic husbands: Ambivalence and the trap of codependency*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 2018.

¹³⁸ E. Peled, I. Sacks, The Self-Perception...

ciężarem: cierpieniami emocjonalnymi i presją związaną z przejęciem obowiązków i ról partnera. To, co je trzyma przy sile, to świadomość „sukcesu”; tego, że udaje im się z powodzeniem pełnić funkcje, które były do tej pory niedostępne, „męskie”. Zwłaszcza te kobiety, które wzrastały w patriarchalnych, konserwatywnych rodzinach i posługiwały się stereotypową rolą społeczną, są specyficznymi „beneficjentkami” problemów alkoholowych męża. Kiedy w końcu od niego odchodzą, są bogatsze o nowe kompetencje, silniejszą „osobowość”, samodzielność i wiarę we własne siły. Kiedy analizuje się biografie „żon alkoholików”, to uwagę zwraca fakt, że wewnętrzną siłą czerpią z miłości macierzyńskiej i determinacji, by zapewnić dzieciom „normalne warunki”, jakich często same nie miały.

Patrząc na współzależnienie przez ramy wyznaczone stereotypami płci, można uznać, że do dysfunkcji systemu rodzinnego dochodzi wtedy, gdy tradycyjne pozycje władzy i kontroli w konsekwencji uzależnienia partnera zostają naruszone i zmienione. W tym kontekście przez współzależnienie żon alkoholików rozumieć można kategoryczne i bezwarunkowe dążenie przez nie do wypełniania w rodzinie funkcji społecznej zgodnej z normatywną definicją kobiecości (pozytywna samoocena dokonywana jest więc wyłącznie przez pryzmat należytego wypełniania swoich obowiązków wynikających z płci¹³⁹). W takiej optyce interpretowania tego, co się dzieje ze „współzależnioną kobietą”, można uznać, że jest niczym więcej niż patologicznym wiktaniem się w dostarczanie otoczeniu dowodów bycia „dobrą żoną”. Perspektywa kulturowo-społecznej roli płci każe definiować to zjawisko raczej jako rolę „prawdziwej kobiety”, czyli takiej, która w sytuacji kryzysu osób bliskich w rodzinie rezygnuje z własnych potrzeb i pragnień na rzecz poświęcenia oraz intensywnej opieki i pomocy w pokonywaniu trudności przez osobę chorą. W pewnym zakresie poparcia dla takich wniosków można doszukiwać się w wynikach badań dotyczących zjawiska parentyfikacji dzieci rodziców pijących szkodliwie alkohol. Wyniki badań w tym zakresie odnoszone są w pierwszym rzędzie do córek¹⁴⁰. Należy jednak pamiętać, że nie ma pełnej zgody wśród badaczy, którzy analizują różne wymiary współzależnienia dorosłych dzieci osób uzależnionych od alkoholu, co do możliwości stwierdzenia jednoznacznych powiązań zjawiska z płcią, a na pewno nie wszystkich jego wymiarów¹⁴¹.

Problemy kobiet – córek i partnerek osób z uzależnieniem (a nie synów i mężów), można rozpatrywać przez pryzmat rodzinnej transmisji kulturowych powinności związanych z płcią (takich jak troska o słabszych, opieka, poświęcenie się itp.). To zwykle w odniesieniu do córek alkoholików formułowany jest pogląd, że mają tendencję do wiązania się z mężczyznami mającymi podobne uzależnienie jak ich ojcowie. Sugerują to chociażby badania pochodzące z lat 90.¹⁴² Zresztą problem ten jest udokumentowany również w rodzimym

¹³⁹ Zob. także M. Nowak-Dziemianowicz, *Doświadczenia rodzinne w narracjach. Interpretacja sensów i znaczeń*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP we Wrocławiu, Wrocław 2006.

¹⁴⁰ M. L. Kelley i in., Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics, *Addictive Behaviors*, 32(4), 2007: 675–685.

¹⁴¹ R. M. Asher, *Women with alcoholic husbands...*

¹⁴² M. A. Schuckit i in., Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics?, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 120(2), 1994: 237–245.

piśmiennictwie naukowym¹⁴³. Tendencji takich nie zarejestrowano w przypadków synów alkoholików. Mężczyźni nie żenią się i nie trwają przy boku kobiet nadużywających alkoholu. Można więc zaryzykować stwierdzenie, że kategoria zaangażowania i odpowiedzialności za funkcjonowanie osób chorych zajmuje dominującą cechę przekazów socjalizacyjnych w obrębie międzypokoleniowych przekazów kobiecych.

Przy okazji zasygnalizowanej tendencji do trwania u boku partnera/męża mimo jego uzależnienia przytoczę ustalenia Moniki Frąckowiak-Sochańskiej, z których wynika, że jedynie około 10% kobiet dokonuje trudnego wyboru i decyduje się na opuszczenie alkoholika. Tymczasem aż 90% mężczyzn porzuca żony z diagnozą uzależnienia od alkoholu¹⁴⁴.

Szczególnie zainteresował mnie problem podnoszony przez niektórych badaczy o zagrożeniach płynących ze specyficznego nadużywania kategorii współuzależnienia (np. przy okazji traktowania go jako zasadniczego kryterium doboru próby badawczej). Przykładowo rozważania takie można znaleźć w opracowaniu poświęconym różnym formom efektywności udzielanego rodzinie wsparcia na różnych etapach. Najistotniejszym ustaleniem Jima Orforda i jego zespołu¹⁴⁵ było to, że członkowie rodzin osób uzależnionych stanowią zróżnicowaną grupę ze względu na poziom znajomości problematyki alkoholowej oraz świadomość przejawianych problemów. Tak więc stosowane kryterium doboru uczestników do określonych form organizacyjnych wsparcia czy terapii, jakim jest „bycie osobą współuzależnioną w rodzinie z problemem alkoholowym”, powoduje, że nadaje się grupie uczestników właściwości homogeniczne i bagatelizuje istotne różnice osobowe, doświadczenia oraz specyficzne potrzeby. Stwierdzenie to nasuwa mi skojarzenie ustaleń Frąckowiak-Sochańskiej¹⁴⁶, która zwraca uwagę na „nierówne” standardy zdrowia psychicznego w odniesieniu do płci. Jako przykład podaje to, że za ważny element zdrowia psychicznego uznaje się niezależność i asertywność (cechy, które są rezultatem „udanej” socjalizacji chłopców), podczas gdy ekspresja emocjonalna (tak zwana emocjonalność kobiet) może być postrzegana jako oznaka niestabilności psychicznej¹⁴⁷. Systemy diagnostyczne nie uwzględ-

¹⁴³ J. Mazur, *Rodzinne uwarunkowania międzypokoleniowej transmisji alkoholizmu*, PTP, Warszawa 2009.

¹⁴⁴ Na marginesie chciałabym zaznaczyć, że co prawda napisałam „wyboru”, ale w tym przypadku nie wydaje się to szczególnie fortunnym słowem. Uwikłanie w stereotypy własnej płci („prawdziwej kobiety”) nie może być rozpatrywane w kategoriach wolnej woli. Podobnie jest w przypadku kobiet doświadczających przemocy ze strony partnera w relacjach intymnych. „Pozostawanie” przy ich boku nie jest kwestią wyboru, a rezultatem przekonania o kobiecych „powinnościach”; por. A. Lipowska-Teutsch, *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.

¹⁴⁵ J. Orford i in., The 5-Step family intervention in primary care: I. Strengths and limitations according to family members, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(1), 2007: 29–47.

¹⁴⁶ M. Frąckowiak-Sochańska, Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Płeć społeczno-kulturowa a kategorie zdrowia psychicznego i chorób psychicznych, *Nowiny Lekarskie*, 5(80), 2011: 394–406.

¹⁴⁷ M. Chomczyńska-Miliszkiwicz, *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002; A. Jasielska, Ana-

nią dostatecznie sytuacji życiowej osób, u których diagnozuje się określone zaburzenia.

Jeśli więc np. maltretowana kobieta doświadcza stresu pourazowego czy depresji, to diagnoza dotyczy tej kobiety, a nie jej prześladowcy, sytuacji rodzinnej, czy norm kultury dopuszczających stosowanie przemocy. W tym kontekście bardziej adekwatna i konkluzyjna byłaby diagnoza funkcjonalna wykraczająca poza prostą klasyfikację objawów. Na jej podstawie szczegółowo analizuje się wszystkie obszary funkcjonowania danej osoby oraz odpowiada na pytanie, jaką rolę w jej życiu pełnią objawy¹⁴⁸.

Analiza warunków „nierównej” płciowo diagnozy pozwala Frąckowiak-Sochańskiej na wniosek o potrzebie włączenia treści uwrażliwiających diagnostów na ryzyko tendencyjności rozpoznań klinicznych.

Ciekawym ustaleniem przywoływanego wcześniej Orforda i zespołu¹⁴⁹ było również to, że świadomość problematyki uzależnienia i jego wpływu na relacje rodzinne wśród osób, które zgłaszają się po wsparcie instytucjonalne, jest coraz wyższa. Członkowie rodzin osób uzależnionych przejawiają również wysoką świadomość swoich praw i domagają się uznania własnych potrzeb. Cechuje ich determinacja działań na rzecz poprawy jakości swojego życia. Rozpatrując dostreżoną tendencję w optyce zjawiska medykalizacji¹⁵⁰, można uznać, że psychoedukacyjne funkcje w tym zakresie (s)pełniły media czy osoby z otoczenia. Współcześnie wiedza na temat różnych mechanizmów zaburzeń jest ogólnodostępna. Umedycznienie wielu sfer życia rodzinnego i relacji międzyosobowych powoduje, że osoby stają się całkiem świadomymi użytkownikami swojej osobowości. Właśnie dlatego należy przewidywać, że coraz więcej osób zgłaszających się do instytucji wsparcia to takie, które szukają tu czegoś innego niż wiedzy o tym, co się dzieje z moim bliskim i co się dzieje ze mną.

Jakie są więc dominujące obszary związane z badaniem członków rodziny osób z uzależnieniem, które zajmują uwagę badaczy? Otóż są to problemy zdrowia, rozwoju dzieci (małych, dorastających i dorosłych), których rodzice nadużywają alkoholu i borykają się z uzależnieniem, a także strategie adaptacyjne partnerów życiowych i współmałżonków, a właściwie partnerek i żon. Te ostatnie analizowane są często z zastosowaniem kategorii współuzależnienia. Jeśli odwrócić pytanie i zadać je następująco: jakie obszary związane z badaniem członków rodziny osób z uzależnieniem nie zajmują uwagi badaczy? – to pojawi się dość długa lista zagadnień zaniedbanych, a nawet zupełnie nieobecnych.

Listę tę otwierają doświadczenia rodziców osób z diagnozą uzależnienia od alkoholu, rodzeństwa oraz innych członków rodziny zamieszkującej wspólnie (np. w obrębie rodziny poszerzonej czy wielopokoleniowej). Na łamach piśmiennictwa naukowego zaznaczane są problemy rodziców osób z diagnozą uzależnienia od narkotyków, ale już nie alkoholu, a i tak znaczenie rodziców w systemie pomocy i wsparcia osób z problemem uzależnienia jest relatywnie nowym „odkryciem”

liza wpływu stereotypu płci w obszarze emocji na edukację emocjonalną, *Forum Oświatowe*, 21(1), 2009: 71–87.

¹⁴⁸ M. Frąckowiak-Sochańska, *Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn...*: 404.

¹⁴⁹ J. Orford i in., *The 5-Step family intervention...*

¹⁵⁰ Zob. rozdz. 1.3.

badaczy. Kiedy w 2010 roku Orford i współpr. przyglądają się kierunkom rozwoju badań nad tą tematyką w ciągu minionych kilku dekad, stwierdzają, że rodzice (młodych) dorosłych z problemami uzależnienia byli postrzegani jako ci, którzy maltretują, zaniedbują swoje dzieci lub są niewygodni wychowawczo. Charakteryzowani byli jako osoby, które w głównej mierze odpowiadają za uzależnienie się dziecka od substancji psychoaktywnych. Także mężowie kobiet z problemami uzależnienia, jeśli w ogóle zostali zauważeni przez badaczy, to opisywano ich w bardzo niekorzystnym świetle. Przede wszystkim stereotypowo, jako tych, którzy opuszczają żony przy najbliższej okazji. Inni członkowie rodziny osób z problemowym piciem alkoholu lub zażywaniem narkotyków, tacy jak siostry i bracia, dziadkowie, ciotki, wujowie i kuzyni, nie zajmowali w ogóle uwagi badaczy. Jim Orford i współpr. konstatują, że jeszcze kilka dekad temu dominował wyłącznie negatywny obraz rodzin (pochodzenia) oraz żon i mężów osób z problemem¹⁵¹.

Również kiedy dzisiaj analizuje się piśmiennictwo naukowe, uwagę zwraca niedostatek zagadnień bezpośrednio dotyczących członków rodzin (innych niż żony czy dzieci). Nie znaczy to, że osoby te są zupełnie niebrane pod uwagę podczas realizacji badań. Mam raczej na myśli to, że brakuje badań, które rzuciłyby bezpośrednie światło na poszczególnych członków rodzin i ich znaczenie w rozwoju, podtrzymywaniu i pokonywaniu problemów rodzinnych oraz w procesie zdrowienia. Są oni bowiem uczestnikami badań z udziałem „członków rodziny” w ogóle. Nawet jeśli więc struktura członków rodziny uwidacznia się szczegółowo w opisie badanych, to poszczególne wyniki badań oraz wnioski są generalizowane i odnoszą się do pojemnej kategorii „członków rodziny”. Z kolei zupełnie pomijanym tematem badań jest sytuacja rodzin/związków jednopłciowych z problemem szkodliwego picia. Trudno oprzeć się wrażeniu, że poważną lukę w doniesieniach badaczy stanowią dane o sposobach pokonywania problemów czy ogólnej sytuacji życiowej pochodzące od współmałżonków kobiet pijących szkodliwie alkohol czy partnerów (lub partnerek) w związkach jednopłciowych. Mężowie pojawiają się w kontekście analizy rozwoju uwarunkowań sprzyjających sięganiu po alkohol i podtrzymywania nadmiernego picia przez kobiety¹⁵² oraz jako ci, którzy nie podejmują prób konfrontacji z problemem nadmiernego sięgania po alkohol przez żony¹⁵³ lub je porzucają¹⁵⁴. Z kolei problematykę nadużywania alkoholu w związkach jednopłciowych dostrzec można przede wszystkim w opracowaniach poświęconych przemocy między partnerami¹⁵⁵.

¹⁵¹ J. Orford i in., Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1(17), 2010: 36–43.

¹⁵² H. P. Wood, E. L. Duffy, Psychological factors in alcoholic women, *American Journal of Psychiatry*, 123(3), 1966: 341–345.

¹⁵³ K. Raitasalo, M. Holmila, The role of the spouse in regulating one's drinking, *Addiction Research & Theory*, 13(2), 2005: 137–144.

¹⁵⁴ Ł. Wieczorek, Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz systemu leczenia uzależnień w Warszawie i w społeczności lokalnej, *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(2), 2015: 103–117.

¹⁵⁵ K. Klostermann i in., Alcoholism and partner aggression among gay and lesbian couples, *Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 2011: 115–119; J. C. Hellmuth i in., Reduction of intimate partner violence in a gay couple following alcohol treatment, *Journal of Homosexuality*, 54(4), 2008: 439–448.

O marginalizacji doświadczeń rodziców osób uzależnionych świadczą także badania poświęcone matkom i ojcom, którzy z różnych powodów stracili swoje dorosłe już dzieci. Niektórzy badacze formułują wniosek, że brak prac empirycznych na temat doświadczania żałoby przez rodziców po stracie dziecka z powodu przedawkowania stanowi specyficzne świadectwo ich stygmatyzacji społecznej¹⁵⁶.

Przywoływani powyżej Orford i współpr.¹⁵⁷, pisząc o nieobecnych obszarach analiz „rodzinnego problemu” uzależnień, zaznaczyli, że pewnym wyjątkiem są na tym polu doniesienia Mariny Barnard, które przedstawiła w książce *Drug Addiction and Families* z 2007 roku¹⁵⁸. Jest to książka, której bohaterem jest rodzina z problemem uzależnienia jednego członka od narkotyków. Wątek problemowego picia alkoholu tych osób zaznacza się tu jedynie jako współwystępujący (ale nie podstawowy) z sięganiem po narkotyki. Badaczka analizuje problemy używania narkotyków z punktu widzenia członków rodziny i specjalistów pracujących z tymi rodzinami.

Rozdział czwarty w całości poświęca ojcom, matkom, braciom i siostram osób uzależnionych od narkotyków. Prezentuje tu problemy rodzinne powodowane uzależnieniem od narkotyków z perspektywy ich doświadczeń. Natomiast kolejny rozdział to wyniki badań dotyczących trudnego rodzicielstwa. Najważniejszym ustaleniem Barnard jest to, że są to rodziny, które zmagają się z problemami w osamotnieniu. Ich izolację społeczną pogarsza to, że instytucjonalny system wsparcia nie posiada specjalnej oferty bezpośrednio kierowanej do nich (osób niebędących dziećmi czy małżonkami, a borykających się ze specyficznymi problemami krewnego). Barnard potwierdza odczuwane przez rodzinę osamotnienie, przytaczając wyniki badań z udziałem przedstawicieli instytucji (pracownicy socjalni, lekarze rodzinni, nauczyciele, wolontariusze ośrodków pomocowych), z których wynika, że bardzo niewielka ich liczba adresatami i użytkownikami swojego wsparcia czyni krewnych osób z uzależnieniem od narkotyków. Nauczyciele zajmują się dziećmi, pracownicy socjalni osobą z diagnozą uzależnienia, lekarze rodzinni skupiają się także głównie na potrzebach dzieci osób z uzależnieniem oraz samych osobach używających narkotyków. Rodzina jako całość (rodzice dorosłych „narkomanów”, siostry, bracia itp.) „giną” w wywiadach realizowanych z przedstawicielami różnych instytucji społecznych. Jednocześnie jednak badania pokazują, że przedstawiciele instytucji terapii uzależnień i pracownicy socjalni traktują dalszą rodzinę jako zasób w systemie pomocy osobom z problemem uzależnienia i jej najbliższym krewnym (dzieciom, małżonkom). Szczególne miejsce Barnard przypisuje matkom osób z problemem uzależnienia i ich rolom w organizacji warunków sprzyjających wychodzeniu z nałogu oraz minimalizowaniu jego konsekwencji.

Wyraźnym wkładem omawianej książki jest nadanie rodzinie (bliższej oraz dalszej) znaczenia dobroczynnego wpływu na stabilizację trudnej sytuacji

¹⁵⁶ W. Feigelman i in., Parental grief after a child's drug death compared to other death causes: Investigating a greatly neglected bereave ment population, *Omega*, 63(4), 2011: 291–316.

¹⁵⁷ J. Orford i in., Family members affected...

¹⁵⁸ M. Barnard, *Drug Addiction and Families*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia 2007.

zdrowotnej i życiowej osoby z problemem uzależnienia od narkotyków. Dlatego też w programach szkoleń przedstawiciele różnych instytucji powinni koncentrować się nie tylko na kliencie (osobie z uzależnieniem), ale także na budowaniu planów rozwiązywania problemów, poczynwszy od ustalenia tego, kto w rodzinie jest dostarczycielem pozytywnego wsparcia. W pracy tej rekonstruowana jest pomoc oraz relacje, w jakie wchodzi przedstawiciele różnych instytucji z członkami rodziny osób z uzależnieniem. Pomoc ta polega na wsparciu w rozwiązywaniu bieżących problemów, ale także budowaniu planu „działania” rodziny na przyszłość. Autorka książki wskazuje także na trudną sytuację lekarzy rodzinnych. Z racji bliskiego kontaktu z osobą uzależnioną – pacjentem, dysponują wiedzą, „co się z nim dzieje”, ale obowiązuje ich tzw. tajemnica lekarska. Bez zgody pacjenta nie mogą podejmować żadnych działań interwencyjnych i współpracować z przedstawicielami innych służb.

Doświadczenia matek z problemem dzieci, które są uzależnione od narkotyków, analizuje Ewa Trębińska-Szumigraj¹⁵⁹. „Radzenie sobie” z uzależnieniem dorosłych dzieci autorka analizuje przez pryzmat kategorii współuzależnienia. Badaczka identyfikuje i charakteryzuje następujące problemy: zaprzeczanie i unikanie prawdy, rozumienie przyczyn uzależnienia dziecka, kryzys emocjonalny, zdobywanie wiedzy i ucieczka w działanie, strategie utrzymywania równowagi w życiu codziennym oraz redefiniowanie swojej sytuacji życiowej i wychodzenie ze współuzależnienia.

Interesującego porównania przedmiotu, zasięgu i wyników badań poświęconych rodzicom, którzy zmagają się z konsekwencjami nadużywania narkotyków przez ich dorosłe córki i synów, dokonała w 2015 roku Donna M. Zucker z zespołem¹⁶⁰. Biorąc pod uwagę jej ustalenia, wspomniane wyżej badania Trębińskiej-Szumigraj oraz inne doniesienia badawcze¹⁶¹, można podjąć próbę naszkicowania dominujących problemów, jakie są udziałem rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od narkotyków.

I tak rodzice dorosłych „narkomanów” przechodzą specyficzną drogę, którą można określić „procesem stawania się rodzicem (zwłaszcza matką) dziecka uzależnionego od narkotyków”. Na początku tej drogi zaprzeczają uzależnieniu dziecka i unikają konfrontacji z problemem. Doświadczają kryzysów emocjonalnych i podejmują szereg pozornych lub destruktywnych działań. Szukają specjalistycznej wiedzy i pokonują negatywne stany emocjonalne oraz odzyskują poczucie kontroli nad swoim życiem lub nigdy nie wydobywają się z trajektorii cierpienia. Dla wielu matek narkomanów korzystanie z rozmaitych form poradnictwa i terapii staje się stałym elementem życia. Nieefektywność działań na rzecz zerwania przez córkę lub syna z nałogiem z czasem powoduje frustrację i rezygnację z podejmowania kolejnych. Do dominujących przeżyć należy poczucie

¹⁵⁹ E. Trębińska-Szumigraj, *Współuzależnienie matek narkomanów*, GWP, Gdańsk 2010.

¹⁶⁰ D. M. Zucker, Concept clarification of grief in mothers of children with an addiction, *JAN Leading Global Nursing Research*, 71(4), 2015: 751–767.

¹⁶¹ K. Dion, „That’s What I Mean by a Hundred Little, a Thousand Little Deaths...”: A Case Study of the Grief Experienced by the Mother of a Substance Abusing Child, *MEDSURG Nursing*, 23(6), 2014: 397–421; W. Feigelman i in., Parental grief after a child’s drug death...

winy i odpowiedzialność za problemy swoich dorosłych dzieci. Rodzice borykają się z dużą dezorganizacją życia rodzinnego oraz stanami niepewności powodowanymi czasowym „znikaniem” z domu uzależnionych dzieci. Znaczącym problemem jest tutaj odczuwanie żalu związanego z utratą dzieci – symbolicznym, ale także fizycznym – porzucaniem domów i rodzin, urywaniem kontaktu, a nawet śmiercią w konsekwencji narkomanii. Doświadczanie stygmatyzacji ze strony otoczenia (np. bycie „matką narkomana”) sprzyja samonaznaczaniu (np. przekonanie o byciu „inną matką”, „odmienną od innych matek” itp.) i utrudnia możliwość odzyskania swojego życia. Szczególnie trudne dla rodziców jest społeczne deprecjonowanie przyczyn utraty dziecka, ponieważ uzależnienie od narkotyków i problemy z nim związane budzą negatywne reakcje otoczenia.

Badania poświęcone problemom rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od narkotyków wiele miejsca poświęcają doznaniom straty i bólu, które wydają się być ich dominującymi doświadczeniami. Badacze donoszą także, że o ile przewlekłe stany chorobowe i wycieńczenie fizyczne dorosłych dzieci powodują, że rodzice w specyficzny sposób oswiają się z potencjalną utratą dziecka, o tyle niezwykle dramatycznym doświadczeniem jest nagła śmierć syna lub córki spowodowana przedawkowaniem. Okazuje się także, że ich doświadczenia straty i bólu są większe niż w przypadku rodziców dorosłego dziecka chorego psychicznie czy niepełnosprawnego. Badania dowodzą również, że żałoba rodziców ma cięższy przebieg niż w przypadku tych, którzy tracą swoje dzieci np. z powodu wypadków, a jakość i natężenie oraz rodzaj bólu porównywalny jest do tego, z jakim zmagają się matki i ojcowie samobójców¹⁶².

W odczuciu rodziców doznania straty dziecka powodowanej śmiercią w konsekwencji uzależnienia od narkotyków nie znajdują należytego miejsca i uwagi otoczenia. Zgłaszają więc potrzebę „uznania” ich specyficznej żałoby i pomocy pozwalającej im uporać się z negatywnymi doznaniem. Co więcej, rodzice, a zwłaszcza matki, definiują się jako ofiary odrzucenia i napiętnowania nie tylko ze strony instytucjonalnego systemu pomocy czy społeczeństwa w ogóle, ale również rodziny oraz przyjaciół. Mają wrażenie, że otoczenie obarcza je współodpowiedzialnością za problemy dorosłego dziecka. Oczekują specjalistycznej pomocy, a także, będąc uczestnikami różnych programów wsparcia i terapii, czerpią z nich znaczące korzyści do rozwiązywania swoich problemów¹⁶³. Zwłaszcza w sytuacji wieloletniego współuzależnienia bywa, że nabywają silne przekonanie swojej niezaradności i niesamodzielności i uzależniają się od specjalistycznej pomocy oraz spotkań z terapeutami¹⁶⁴.

Analiza piśmiennictwa naukowego poświęconego problemom rodzin z uzależnieniem jednego jej członka uwidacznia jeszcze jeden kierunek ważnych rozważań. Otóż rodzice są rodzicami swoich dorosłych dzieci, ale także babciami i dziadkami dla dzieci swoich dzieci. Na problem ten zwróciła uwagę

¹⁶² W. Feigelman i in., Parental grief after a child's drug death...

¹⁶³ K. Dion, „That's What I Mean by a Hundred Little...”

¹⁶⁴ E. Trębińska-Szumigraj, *Współuzależnienie matek...*

nowozelandzka badaczka Liz Gordon¹⁶⁵. Jej ustalenia koncentrują się głównie na problemach sprawowania opieki nad wnuczkami, których matki i ojcowie nadużywają narkotyków, ale doniesienia te rzucają pewne światło na zagadnienie rodzaju problemów i interwencji podejmowanych przez rodziców dorosłych dzieci borykających się z uzależnieniem od alkoholu.

Badaczka prześledziła istniejący stan badań i sformułowała wnioski, że brakuje takich, które poświęcone są bezpośrednio problemom osób, które zajmują się dziećmi swoich dzieci z powodu ich uzależnienia. Jednocześnie odnotowała rosnącą liczbę rodzin, w których dziadkowie pełnią rolę prawnych opiekunów swoich wnucząt właśnie z tego powodu. Badaniem objęła nie tylko przyczyny sprawowania opieki nad wnuczkami, ale także odnoszone w tym zakresie sukcesy i dominujące rodzaje trudności, w tym w obrębie kontaktów dzieci z uzależnionymi rodzicami. Najczęstsze powody walki dziadków o opiekę nad wnukami były związane z sytuacją mieszkaniową, problemami finansowymi i rażącymi zaniedbaniami. Nierzadko nowi opiekunowie nie radzili sobie z problemami emocjonalnymi, które przejawiały wnuczęta w konsekwencji wzrastania z uzależnionymi rodzicami. Badaczka wskazuje także na rodzaje trudności formalnych, z jakimi borykają się dziadkowie ze statusem zastępczych opiekunów w obrębie instytucjonalnego systemu pomocy społecznej.

Rodzice dorosłego dziecka używającego alkoholu problemowo Stan (nie)wiedzy

Czy problemy i zaangażowanie rodziców, których dorosłe dzieci są uzależnione od alkoholu, są podobne do tych, które opisałam w poprzednim punkcie? Trudno o jednoznaczną odpowiedź. Badania z udziałem rodziców dorosłych osób z problemowym piciem alkoholu, ich problemów, potrzeb i zaangażowania nie znajdują swojego odrębnego miejsca w piśmiennictwie naukowym. Dlatego też wiedza na ich temat pochodzi z materiałów, których przedmiotem są inne, szerokie zakresowo problemy związane z relacjami międzypokoleniowymi, na przykład opieką nad starzejącymi się rodzicami czy konfliktami wewnątrzrodzinnymi. Rodzice bywają co prawda uczestnikami badań poświęconych organizacji i efektywności systemu wsparcia i terapii, jednakże w opisie próby badawczej i analizach wyników wliczani są do szerokiej kategorii określanej mianem: krewni lub inne osoby (wraz z np. dorosłym rodzeństwem, dziadkami, a nawet przyjaciółmi)¹⁶⁶.

¹⁶⁵ L. Gordon, „My daughter is a drug addict”: grandparents caring for the children of addicted parents, *New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 13(1), 2018: 39–54.

¹⁶⁶ W. Feigelman i in., Parental grief after a child's drug death...; H. M. Sakiyama i in., Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: Who are they?, *Drug and Alcohol Dependence*, 1(147), 2015: 276–279; C. B. Bortolon i in., Six-month outcomes of a randomized, motivational tele-intervention for change in the codependent behavior of family members of drug users. *Substance Use & Misuse*, 52(2), 2017: 164–174; J. Orford i in., The burden experienced by Brazilian family members affected by their relatives' alcohol or drug misuse, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 9(3), 2017: 103–112.

Kiedy badacze analizują przyczyny powrotu do rodziców dorosłych dzieci, które okresowo funkcjonowały samodzielnie, to wśród nich znajdują się te, które związane są ze złą kondycją psychiczną powodowaną problemowym pićm alkoholu¹⁶⁷. Sytuacja, gdy dorosłe dziecko zdystansowało się do swojej rodziny pochodzenia i po pozyskaniu względnej stabilizacji powraca do domu, jest zupełnie inna niż w przypadku, gdy nigdy się z niego nie wyprowadziło. Także rodzaje problemów dorosłego dziecka, które założyło własną rodzinę, są inne niż tego, które jeszcze się całkiem nie usamodzielniło¹⁶⁸. W przypadku „bumerangów”, którzy założyli własne rodziny, zmienia się również zasięg i zakres wsparcia dostarczanego przez ich rodziców. Bywa bowiem, że rodzice przejmują rodzicielskie zobowiązania swoich dorosłych dzieci z problemem uzależnienia wobec ich dzieci (wnucząt), co sygnalizowałam wcześniej¹⁶⁹.

Problemy z nadużywaniem alkoholu przez dorosłe dzieci zaznaczają się również w opracowaniach poświęconych warunkom życia starzejących się rodziców. Nie są one jednak rozwijane i szczegółowo analizowane, a jedynie zaliczane do czynników, które znacząco obniżają jakość życia seniorów. Zresztą sami badacze są świadomi swoich uogólnień i ograniczeń powodowanych brakiem danych o natężeniu i czasie trwania tych problemów oraz sile ich działania¹⁷⁰.

W przywołanym już artykule (opracowanym przeze mnie wraz z Okólską¹⁷¹) wyraziłyśmy zdumienie, że trudno odnaleźć pozycje naukowe, które poświęcone byłyby wyłącznie rodzicom dorosłych dzieci nadużywających alkoholu. Może to dziwić – zwłaszcza analizując badania rodzin osób problemowo pijących alkohol, widać, że stanowią oni całkiem znaczącą grupę bliskich, którzy włączają się w rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniem. W artykule podałyśmy jako przykład całkiem nowe badania zespołu filadelfijskich badaczy¹⁷² (naukowców i terapeutów), którzy zaprosili do projektu osoby bezpośrednio zaangażowane w pomoc i pokonywanie problemów osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Badania te zasługują na uwagę nie tylko ze względu na udział rodziców, ale także dlatego, że relatywnie rzadko można znaleźć takie, które badają osoby będące jednocześnie (i wyłącznie) uczestnikami instytucjonalnych form pomocy i wsparcia (np. terapii). W omawianym przypadku badacze umieścili ogłoszenia (gazety, tablice ogłoszeń) o swoich badaniach i zaproszenia do osób „spełniających kryteria”. W podobny sposób dotarła do „swoich” badanych Justyna I. Klingemann¹⁷³, która rozpatrywała proces samoleczenia osób uzależnionych

¹⁶⁷ S. E. Sandberg Thoma i in., Exiting and returning to the parental home for boomerang kids, *Journal of Marriage and Family*, 77(3), 2015: 806–818.

¹⁶⁸ K. Pillemer i in., Capturing the complexity...; zob. także: L. Gordon, „My daughter is a drug addict”...

¹⁶⁹ L. Gordon, „My daughter is a drug addict”...

¹⁷⁰ K. S. Birditt i in., Daily interactions in the parent–adult child tie: Links between children’s problems and parents’ diurnal cortisol rhythms, *Psychoneuroendocrinology*, 63, 2016: 208–216.

¹⁷¹ R. Szczepanik, K. Okólska, Zapomniani rodzice...

¹⁷² L. A. Benishek i in., Psychometric assessment of a self-administered version of the Significant Other Survey, *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(4), 2012: 986–993.

¹⁷³ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce*, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej, t. XI, Warszawa 2010.

od alkoholu. Taka metoda doboru próby badawczej, w odróżnieniu od np. „śnieżnej kuli”, pozwala uniknąć nadto homogenicznego charakteru badanych osób (polecają się przecież ci, którzy się znają; ich doświadczenia mają jakąś wspólną cechę i najczęściej jest to doświadczenie wsparcia instytucjonalnego). Do ustaleń Klingemann wróć za chwilę, ponieważ w jej analizach pojawiają się (nieznacznie) rodzice osób „samoleczących się”.

Wracając do projektu filadelfijskich badaczy, do badań zgłosiło się wielu rodziców dorosłych dzieci. Badania były adresowane do osób, które są przekonane o tym, że intensywnie, bezpośrednio i regularnie angażują się w pomoc jakiejś dorosłej osobie uzależnionej (przy czym spośród osób, które się zgłosiły, wybierano następnie te, które spełniały określone kryteria wynikające z metodologicznych rygorów projektu naukowego). Połowa wszystkich uczestników, którzy ostatecznie zostali zakwalifikowani do badań, zgłaszała problem uzależnienia bliskiej osoby przede wszystkim od alkoholu. Ponad 60% osób niosących pomoc mieszkała na co dzień z osobą uzależnioną, a blisko 80% miało z nią osobisty kontakt każdego dnia. Prawie trzy czwarte wszystkich badanych stanowiły kobiety. Najliczniejszą grupą osób, które angażują się w pomoc dorosłej osobie z problemem uzależnienia, byli partnerzy i małżonkowie (około połowa ogółu), natomiast w drugiej kolejności byli to rodzice. Warto dodać, że równie liczną grupę stanowili inni (przyjaciele, dalsi krewni).

Jeszcze więcej rodziców zgłosiło się na badania zorganizowane w 2009 roku przez badaczy skupionych wokół Uniwersytetu w São Paulo. Blisko 70% uczestników stanowili rodzice osoby uzależnionej (dla porównania tylko 11% było współmałżonkami). Około 90% uczestników borykało się z uzależnieniem dorosłego mężczyzny w rodzinie. Niestety znaczącym ograniczeniem badań było to, że badacze docierali do członków rodziny podczas spotkań psychologicznych grup wsparcia (czyli tych, którzy korzystają z pomocy instytucjonalnej). Sami autorzy zdają sobie sprawę z tych ograniczeń, jakie niesie taki dobór osób do badań, jednak ze względu na brak podobnych prac traktują swoje doniesienia jako punkt wyjścia dla kolejnych, bardziej pogłębionych projektów. Jako że zdecydowaną większość badanych stanowili rodzice osób uzależnionych, w tym od alkoholu, warto prześledzić dominujące problemy, jakie wskazywali wszyscy badani (niestety w dostępnych raportach z badań brakuje zróżnicowania wyników ze względu na rodzaj pokrewieństwa)¹⁷⁴.

I tak najczęściej uczestnicy badań donosili o lęku przed osobą uzależnioną, jej agresji fizycznej, licznych awanturach i potrzebie szukania pomocy u osób spoza rodziny w celu ochrony przed nietrzeźwym napastnikiem. Uzależnienie osoby bliskiej wpływa negatywnie na kondycję finansową rodziny. Osoba uzależniona nie uczestniczy w życiu rodzinnym, a codzienna komunikacja z nią jest silnie ograniczona. Osoby bliskie borykają się z niestabilnością emocjonalną uzależnionych oraz tracą wobec niej zaufanie.

¹⁷⁴ H. M. Sakiyama i in., Family members affected...; C. B. Bortolon i in., Six-month outcomes...; J. Orford i in., The burden experienced by Brazilian...

Badacze ustalili, że w przypadku ponad połowy badanych rodzin mija około sześciu lat od zaistnienia problemu uzależnienia u osoby bliskiej do momentu, kiedy członek rodziny zgłosi się po fachową pomoc i wsparcie instytucjonalne: średnio aż 3,7 roku zabrało wszystkim uczestnikom badań uświadomienie sobie, że bliska im osoba boryka się z uzależnieniem; po zidentyfikowaniu problemu blisko 60% członków rodziny czekało jeszcze średnio 2,6 roku, zanim zaczęło szukać fachowej wiedzy i wsparcia. Tylko około 40% badanych przyznało, że szukało instytucjonalnej pomocy natychmiast po stwierdzeniu problemu uzależnienia w rodzinie. Osoby, które zwlekały z szukaniem wsparcia poza obrębem rodziny, kierowały się silnym przekonaniem, że nadużywanie alkoholu lub narkotyku ma charakter przejściowy i nie wymaga specjalistycznej interwencji. Inni przyznawali, że nie wiedzieli, gdzie znaleźć taką pomoc, a jeszcze inni nie mogli zwrócić się do nikogo o wsparcie z powodu presji, jaką wywierały na nich osoby uzależnione (by tego nie robiły). Poszukujący pomocy kierowali swoje pierwsze kroki do lekarzy, psychologów i terapeutów. W drugiej kolejności miejscami takimi były anonimowe grupy wsparcia¹⁷⁵.

Niestety wyników tych badań nie można uznać za reprezentatywne nawet dla brazylijskiej populacji członków rodzin osób uzależnionych. Sami autorzy wskazują na poważne ograniczenia. Prócz wspomnianego wcześniej doboru osób do badań ograniczonego ze względu na udział uczestników w psychologicznych grupach wsparcia badani w zdecydowanej większości byli osobami wykształconymi i posiadali wysoki status społeczno-zawodowy. Można więc uznać, że byli nimi osoby, które mają dobre zasoby organizacyjne i dostęp do informacji, a na pewno lepsze niż ci, którzy są słabo wykształceni i biedni. Wobec tego warto zaryzykować stwierdzenie, że osoby niewykształcone są w gorszej sytuacji (a na pewno innej – skoro nie stanowiły uczestników psychologicznych grup wsparcia). Ponadto zwrócenie się o pomoc do instytucji wymaga pewnego rodzaju odwagi i poziomu świadomości swoich praw oraz możliwości tkwiących w systemie. Autorzy badań podkreślają kulturowe bariery osamotnienia rodzin w borykaniu się z problemem uzależnienia: ukrywanie problemu lub zaprzeczanie jego istnienia jest konsekwencją lęku przed stygmatyzacją i odrzuceniem społecznym wszystkich krewnych osób stwarzających problemy (uzależnionych).

Prezentowane wyżej badania co prawda nie dotyczą bezpośrednio rodziców dorosłych alkoholików, ale autorzy wyraźnie eksponują ich wysoki odsetek w populacji osób, które szukają pomocy i korzystają z instytucjonalnego wsparcia dla rozwiązywania swoich problemów. Chociażby to spostrzeżenie dowodzi, że istnieje zapotrzebowanie na prowadzenie pogłębionych badań z udziałem tej grupy społecznej i powstawanie prac dedykowanych bezpośrednio ich problemom¹⁷⁶, zwłaszcza matkom. Warto dodać bowiem, że mężczyźni – krewni osoby uzależnionej, o wiele rzadziej są członkami różnych grup wsparcia instytucjonalnego

¹⁷⁵ J. Orford i in., The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 2010: 44–62; C. B. Bortolon i in., Six-month outcomes...; J. Orford i in., The burden experienced by Brazilian...

¹⁷⁶ H. M. Sakiyama i in., Family members affected...

dla osób z problemem uzależnienia w rodzinie¹⁷⁷. Spostrzeżenie to niewątpliwie stanowić powinno inspirację dla odrębnego przedmiotu pogłębionych analiz przez pryzmat różnych uwarunkowań, jak na przykład wspomniane wcześniej zjawisko współuzależnienia (kobiet) czy międzypokoleniowa (męska) transmisja problemów alkoholowych¹⁷⁸.

Problem rodziców „dorosłych alkoholików” pojawia się natomiast w materiałach, które zostały opracowane z udziałem tzw. praktyków, zwłaszcza terapeutów czy lekarzy. Zacznę od ostatnich i zacytuję fragment artykułu¹⁷⁹:

Do mnie, jako lekarza, zgłaszają się najczęściej pacjenci, którzy – z powodu latami trwającego uzależnienia – mają powikłania narządowe [...]. Zgłaszają się też rodziny osób uzależnionych od alkoholu, skarżąc się, że mąż lub syn od miesiąca codziennie od rana pije i domagają się, aby przepisać jakieś tabletki lub uwolnić ich od uzależnionych, zabierając na przymusowe, zamknięte leczenie. Tylko kilka razy, przez 36 lat mojej pracy, zdarzyło się, że przyszedł pacjent i sam stwierdził, że ma problem z alkoholem, że pije w nadmiarze i chciałby coś z tym zrobić.

Powyższa wypowiedź wiejskiej lekarki pokazuje jej miejsce w lokalnym systemie „radzenia sobie” ze szkodliwym piciem i jego konsekwencjami. Po pierwsze lekarz pierwszego kontaktu w środowisku wiejskim podejmuje działania ratownicze na rzecz utraconego zdrowia w konsekwencji uzależnienia od alkoholu, a po drugie świadczy wsparcie dla rodziców dorosłych dzieci szkodliwie pijących. Właściwie owo „wsparcie” w rozwiązaniu problemu szkodliwego picia jest oczekiwane najbardziej, natomiast lekarz jedynie negatywnie weryfikuje nadzieje rodziców, że problem da się rozwiązać na poziomie leczenia zaordynowanego przez lekarza pierwszego kontaktu.

Temat matek dorosłych dzieci z problemowym piciem pojawia się również w wypowiedziach terapeutów. Przykładowo autorka tekstu pod bardzo wymownym tytułem: *Kto się boi matki alkoholika*¹⁸⁰ wymienia problemy, jakie są udziałem terapeutów pracujących z tymi kobietami. W ich doświadczenia biograficzne wpisują się zwykle „narodziny” uzależnienia od alkoholu córki lub syna, a następnie jego przebieg oraz konsekwencje. W ostateczności, jeśli sytuacja tego wymaga, partnerka osoby uzależnionej może odejść, a żona wystąpić o rozwód, natomiast matki z dzieckiem rozwieść się nie da. Bywa, że jako jedyna pozostaje na polu bitwy o życie osoby, która w obliczu zaawansowanego uzależnienia od alkoholu straciła już wszystko i wszystkich. Matki osób z diagnozą uzależnienia jawią się jako szczególnie „trudny” klient.

Również według Ewy Woydyłło „z żonami idzie dużo łatwiej” niż z matkami osób z problemowym piciem. Co ciekawe jednak, nieco inny obraz „matki alkoholika” wyłania się z jej wypowiedzi, kiedy powołuje się na swoje osobiste doświadczenia w pracy terapeutycznej w Stanach Zjednoczonych.

¹⁷⁷ E. Trębińska-Szumigraj, *Współuzależnienie matek...*; H. M. Sakiyama i in., *Family members affected...*

¹⁷⁸ Np. A. Kacprzak, Międzypokoleniowa transmisja alkoholizmu (na podstawie narracji „trzeźwiejących” alkoholików), *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica*, 38, 2011: 73–89.

¹⁷⁹ B. Kabata, Trudności w terapii uzależnienia od alkoholu z praktyki lekarza rodzinnego na wsi, *Hygeia*, 46(3), 2011: 388.

¹⁸⁰ G. Płachcińska, *Kto się boi matki alkoholika*, *Świat Problemów*, 10(81), 1999.

[...] w USA jest odwrotnie. Tam żona dużo dłużej będzie pobażać uzależnionemu mężowi, a matka od razu wymieni zamki w drzwiach i nie wpuści dziecka do domu [...]. Dzieciak w wieku 15–16 lat wyjeżdża do koleżki i w zasadzie rozstaje się z rodziną. A kobiety w o wiele większym stopniu są nastawione na zaspokajanie swoich potrzeb niż Polki. Amerykańska matka, która wyprawiła w świat prawie dorosłe dziecko, sama chce się nacieszyć życiem i nie ma już zamiaru poświęcać się dla tego dziecka. Odchowa – i ma święty spokój. Niewyobrażalna jest tam sytuacja, by matka z emerytury dawała synowi pieniądze na pół litra. U nas natomiast miłość macierzyńska jest doprowadzona do granic patologii. I to nie tylko w sytuacjach mających związek z uzależnieniem. Kiedy dorosłe dziecko chce kupić pralkę do swojego domu, to polska matka będzie ściubiolić grosiki z emerytury, żeby mu pomóc. To jest chore¹⁸¹.

Dodatkowym spostrzeżeniem tej doświadczonej terapeutki jest to, że w latach 80. średnia wieku jej pacjentów w Polsce mieściła się w granicach 43–48 lat. Kilka dekad później spadła do 28–35 lat. Według niej oznacza to, że partnerzy i rodziny osób z problemem nadmiernego picia postępują inaczej niż kiedyś. „Wierają skuteczniejszą presję, bo przecież żaden alkoholik nie idzie na terapię sam z siebie. Ktoś z zewnątrz musi mu powiedzieć »dość tego«”¹⁸².

Można uznać, że jeśli uzależnienie traktowane jest jako choroba – to taka, przed którą można się uchronić i za którą ktoś jest odpowiedzialny. Jeśli picie alkoholu jest rezultatem demoralizacji, to lokowane jest w złym środowisku, a w pierwszej kolejności „podejrzany” stają się ojcowie i matki (które pewnie też piją). Rodzice, a zwłaszcza matki, obwiniają się i szukają przyczyn problemów swojego dorosłego syna lub córki we własnych błędach wychowawczych. Poczucie winy potęguje z kolei ich kryzysy emocjonalne i wyznacza niewłaściwe strategie działań (auto)pomocowych i radzenia sobie z uzależnieniem dziecka¹⁸³. Nie dziwi zatem przyrost pytań: *Czy alkoholizm jest grzechem, czy chorobą?*¹⁸⁴; *Czy alkoholowy „wybryk” to przygoda, czy trwały element polskiej codzienności?*¹⁸⁵. Podobnie, jak mnożą się takie dylematy, piętrzą się odpowiedzi.

Zagadnienia związane z kryzysem i dezorganizacją rodziny oraz procesem pokonywania trudności związanych z uzależnieniem członka rodziny kojarzone są w pierwszym rzędzie z piśmiennictwem psychologicznym i obserwacjami poczynionymi przez terapeutów czy lekarzy. Istnieją jednak inne perspektywy analizowania tego, co się dzieje z rodzinami (i w rodzinach) z problemem nadużywania alkoholu. Biorąc pod uwagę badania własne, do których prezentacji zmierzam, interesujące światło na „świat społeczny rodziców, których dzieci są alkoholikami”¹⁸⁶, rzucają badania socjologiczne z zastosowaniem teoretycznej kategorii trajektorii¹⁸⁷. Użycie kategorii trajektorii do opisu pracy biograficznej osób

¹⁸¹ Z Ewą Woydytło rozmawia Wojciech Maziarski. Wydanie Specjalne *Wysokich Obcasów*: „Psychologia uzależnień” 07.2017.

¹⁸² Tamże.

¹⁸³ E. Trębińska-Szumigraj, *Współuzależnienie matek...*

¹⁸⁴ W. Osiatyński, *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, Iskry, Warszawa 2005.

¹⁸⁵ K. Kosiński, *Historia pijaństwa w czasach PRL. Polityka – obyczaje – szara strefa – patologia*, Wydawnictwo Neriton, Instytut Historii PAN, Warszawa 2008.

¹⁸⁶ B. Szluz, Doświadczenie choroby alkoholowej w rodzinie (w ujęciu socjologicznym), *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 12(2), 2018: 241–248.

¹⁸⁷ G. Riemann, F. Schütze, „Trajektorja” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizie cierpienia i bezładnych procesów społecznych, [w:] K. Kaźmierska (red.), *Metoda biograficzna*

z doświadczeniem choroby ma bogatą tradycję w socjologii interpretatywnej. Beata Szluz¹⁸⁸ sygnalizuje możliwości analizowania choroby alkoholowej rozumianej jako osiąganie poszczególnych faz uzależnienia właśnie z wykorzystaniem tej kategorii teoretycznej. Zresztą teoretycznej perspektywy trajektorii używała również wspomniana już wcześniej Trebińska-Szumigraj¹⁸⁹, gdy analizowała matczyne sposoby radzenia i nieradzenia sobie z uzależnieniem od narkotyków ich dzieci.

Światło na rodzinę, w tym także i rodziców osób szkodliwie używających alkoholu, rzucają badania osób, które zrywają z nałogiem samodzielnie, tj. bez tradycyjnego zestawu ofert (właściwie oferty) proponowanego przez system. Kiedy naukowcy analizują warunki sprzyjające porzuceniu nałogów, posługują się kategorią *recovery capital*. Trudno przełożyć ten termin na język polski. Klingemann¹⁹⁰ proponuje „kapitał zdrowotny”. Wydaje się to logiczne, biorąc pod uwagę analizy „samouzdrawiania” i warunków, jakie temu procesowi towarzyszą (alkoholizm jako choroba, pokonywanie alkoholizmu jako zdrowienie). Warto by rozważyć, czy nieco szersze znaczeniowo określenie, jak np. „kapitał rehabilitacyjny”, nie byłoby adekwatniejsze. „Rehabilitacja” bowiem mieści w sobie wiele sensów, gdzie medyczny jest tylko jednym z nich. Można go rozumieć jako kapitał pozwalający na „dochodzenie do siebie”, regenerację. W dalszej części książki, jeśli będę się odnosić do tej kategorii teoretycznej, będę używać określenia „kapitał regeneracyjny”.

Kapitał regeneracyjny (*recovery capital*) to specyficzne zasoby pozwalające na „odbudowę”, „odzyskanie” swojego życia w procesie zrywania z nałogami. Definiowany jest jako wielość i jakość zasobów wewnętrznych i zewnętrznych, które można wykorzystać do zainicjowania i podtrzymania powrotu do zdrowia osoby borykającej się z nałogowym używaniem alkoholu czy/i narkotyków¹⁹¹, specyficzna zdolność jednostki do zakończenia szkodliwego nadużywania substancji psychoaktywnych dzięki posiadanym zasobom, które rozwinęła i utrzymała w trakcie swojego życia. Zasoby te dzieli się na fizyczne i ludzkie.

Fizyczne zasoby kapitału regeneracyjnego obejmują: zdrowie fizyczne osoby, która pokonuje nałóg, jej możliwości finansowe, posiadane ubezpieczenie medyczne, zasoby materialne (np. mieszkanie traktowane jako bezpieczne miejsce „schronienia się” i sprzyjające regeneracji). Kapitał ludzki natomiast to system wartości, kompetencje rozwiązywania problemów życiowych, kwalifikacje zawodowe, samoświadomość, poczucie własnej wartości i skuteczności, optymizm życiowy, poczucie sensu i celu w życiu oraz umiejętności interpersonalne.

W koncepcji kapitału regeneracyjnego odnajduje się elementy filozofii naturalnego samouzdrawiania, terapii krótkoterminowej i skoncentrowanej na rozwiązywaniu problemów oraz *resilience*. Jest to specyficzna praca oparta na indywidualnych

w socjologii. *Antologia tekstów*, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2012: 389–414; A. L. Strauss i in., *Trajektorie choroby*, [w:] *Metoda biograficzna w socjologii...*: 373–388.

¹⁸⁸ B. Szluz, Doświadczenie choroby alkoholowej...

¹⁸⁹ E. Trebińska-Szumigraj, *Współzależnienie matek...*

¹⁹⁰ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*

¹⁹¹ W. White, W. Cloud, Recovery capital: A primer for addictions professionals, *Counselor*, 9(5), 2008: 22–27. R. Granfield, W. Cloud, Social context and „natural recovery”: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems, *Substance Use & Misuse*, 36(11), 2001: 1543–1570.

zasobach, mocnych stronach. Znaczenie tego specyficznego kapitału regeneracyjnego w procesie samodzielnego (tj. bez wsparcia instytucjonalnego) zrywania z nałogowym pićm i używaniem narkotyków zależy można w licznych pracach empirycznych¹⁹², zwłaszcza kiedy identyfikuje się tzw. punkty zwrotne w karierze alkoholika/narkomana, który pokonał problemowe picie/branie, ale nie tylko. Jest użyteczny także np. w analizowaniu problemów związanych z nawrotami¹⁹³.

Wróćę teraz do Klingemann i jej badań zaprezentowanych w książce¹⁹⁴, w której koncentruje uwagę przede wszystkim na warunkach społeczno-kulturowych, w jakich przebiega proces wychodzenia z nałogu picia alkoholu. Ramy teoretyczne jej badań wyznaczały koncepcje: Aarona Antonovsky'ego, Howarda Beckera i Eliota Freidsona. Już samo zestawienie tych postaci w jednym rzędzie dowodzi, że punktem wyjścia czyni dualizm psychologiczno-socjologiczny w zakresie postrzegania i analizowania problemów związanych z uzależnieniem od alkoholu¹⁹⁵. Co prawda nie bada rodzin, tylko osoby, które się same „wyleczyły z alkoholizmu”, ale w wynikach można nieznacznie dojrzeć rodziców samoleczących się alkoholików oraz ich miejsce w posiadanym kapitale regeneracyjnym.

I tak rodzice stanowią zasoby regeneracyjne poprzez dostarczanie wsparcia materialnego zdrowiejącym dorosłym dzieciom oraz mobilizowanie do zmiany dzięki determinacji i uporowi.

Szczególnie młodzi „samowychodzący” z nałogu otrzymują duże wsparcie materialne. Rodzice pomagają im w zmianie środowiska czy też materialnie, np. finansując przerwana edukację. Do warunków sprzyjających procesom zdrowienia samoleczący się alkoholicy zaliczali presję najbliższej rodziny (rodziców, partnerów, dzieci).

Pewnym wnioskiem, jaki nasuwa się po analizie dostępnych opracowań naukowych poświęconych zagadnieniu rodzin z problemem alkoholowym, jest to, że doświadczenia związane z relacjami z osobami z problemem alkoholowym analizowane są wyłącznie przez pryzmat negatywnych konsekwencji dla życia najbliższych. Moją uwagę przykuła ciekawa konstatacja Moniki Wiktorowicz, która po wstępnych wynikach badań własnych pisze:

[...] można dojść do wniosku, że literatura przedmiotu skupia się przede wszystkim na negatywnych emocjach i cechach tożsamości. Wzmacnia tym samym stereotypowy wizerunek osoby wywodzącej się z rodziny dotkniętej problemem alkoholizmu, którą w takim ujęciu postrzega się przez pryzmat negatywnych zachowań rodzinnych¹⁹⁶.

¹⁹² R. H. Moos, B. S. Moos, Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders, *Addiction*, 101(2), 2006: 212–222.

¹⁹³ W. White, W. Cloud, Recovery capital: A primer for addictions...; R. H. Moos, Addictive disorders in context: Principles and puzzles of effective treatment and recovery, *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 2003: 3–12.

¹⁹⁴ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*

¹⁹⁵ Do „zawartości” tej książki powróćę jeszcze w części poświęconej medykaliwowaniu.

¹⁹⁶ M. Wiktorowicz, Narracje biograficzne osób przełamujących wzorce życia rodzin dotkniętych problemem alkoholizmu (Komunikat z badań), *Acta Universitatis. Folia Sociologica*, 41, 2012: 76.

Autorka analizuje doświadczenia życiowe dzieci wywodzących się z tzw. rodzin alkoholowych. Badania biograficzne pozwoliły jej między innymi na „oznaczenie” na mapie życia tych dzieci warunków i osób, które pozytywnie wpłynęły na ich proces zdrowienia i kształtowanie się pozytywnych cech tożsamości. Zresztą podobne wnioski formułowane są przez niektórych badaczy zagadnień związanych z sytuacją dzieci, których rodzice piją problemowo alkohol (COA). Przykładowo przestrzegają terapeutów i osoby poszukujące pomocy w ramach różnorodnych form instytucjonalnego wsparcia przed definiowaniem problemów związanych z byciem dzieckiem alkoholików jedynie przez pryzmat deficytów i skupianiu się na szukaniu czynników sprzyjających odporności i rozwojowi¹⁹⁷. Istnieją bowiem także badania, które dowodzą pozytywnych cech parentyfikacji dzieci z rodzin alkoholowych¹⁹⁸.

Strategie badań rodzin z problemem uzależnienia Możliwości podejścia jakościowego

Przegląd badań pod kątem ich organizacji i ich wyników pozwala sformułować także pewne wnioski dotyczące nie tylko zakresu analiz i doboru osób badanych, ale też strategii postępowania badawczego. Problemy uzależnienia zwykle kojarzone są z psychologią i psychiatrią. Co prawda jedną z metod są opisy przypadków, ale reprezentanci tych dyscyplin naukowych posługują się najczęściej badaniami ilościowymi.

Uwagę zwraca to, że dominują opracowania powstałe na podstawie danych zgromadzonych z zastosowaniem ilościowych technik badania (kwestionariusze psychologiczne, ankiety, analizy statystyczne danych pochodzących z dokumentacji). Ograniczeń tych świadomi są autorzy wielu prac¹⁹⁹, a podobne spostrzeżenia mają między innymi badacze zagadnień związanych z przemocą i konfliktami rodzinnymi²⁰⁰ – problemów, które często współwystępują w relacjach z osobą uzależnioną. Pomijając prace psychologiczne (których przedmiotem badań są określone procesy psychiczne, zaburzenia osobowościowe itp.), badania członków rodzin z zastosowaniem strategii ilościowej powodują, że przedmiotem analiz są raczej opinie i deklaracje, a formuła badań kwestionariuszowych ogranicza poznanie rzeczywistych doświadczeń i wariantów decyzji oraz ich przyczyn.

Ograniczenia poznawcze, u źródeł których leży metoda doboru próby badawczej, sygnalizowane są także przez badaczy problemów dzieci. Przegląd badań nad dziećmi nadużywającymi substancji wskazuje na potrzebę lepszych, długoterminowych projektów w tej dziedzinie i z zastosowaniem większych niż

¹⁹⁷ J. P. Walker, R. E. Lee, Uncovering strengths of children of alcoholic parents, *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 1998: 521–538.

¹⁹⁸ R. E. Godsall i in., Why some kids do well in bad situations: Relation of parental alcohol misuse and parentification to children's self-concept, *Substance Use & Misuse*, 39(5), 2004: 789–809.

¹⁹⁹ J. Orford i in., *Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures*, Brunner-Routledge, London 2013.

²⁰⁰ E. J. Clarke i in., Types of conflicts...

dotychczas i bardziej zróżnicowanych prób. Bywa, że dzieci rekrutowane są ze świetlic terapeutycznych i poradni leczenia odwykowego czy za pośrednictwem rodziców – uczestników grup samopomocowych. Taki sposób doboru osób do badań pozwala dostrzec jedynie problemy ograniczonego segmentu rzeczywistości, co w sposób istotny mogło wpłynąć na reprezentatywność próby lub dzieci tylko AA²⁰¹. Ponadto większość badań poświęconych problemom członków rodzin osób uzależnionych nie ma charakteru podłużnego. Badacze wychwytyją więc określone zachowanie w pewnym momencie (w czasie prowadzenia badania) i są świadomi swoich ograniczeń poznawczych²⁰². Sytuacja taka rodzi naturalnie pytanie: czy wnioski pochodzące z takich badań informują o rzeczywistych deficytach czy pewnych (być może przejściowych) opóźnieniach rozwojowych?²⁰³ Problem taki może być rozwiązany za pomocą badań podłużnych. Analiza zgromadzonych danych w pewnych odcinkach czasowych pozwala wnioskować, kiedy wczesne zaburzenia w zachowaniu bywają przejściowe, a kiedy są objawami poważnych problemów przystosowania społecznego.

Na ograniczenia badań ilościowych wskazują również badacze DDA. Jest to specyficzna kategoria osób, ponieważ nie ma jasności co do tego, kim są, a kim nie są DDA (czy sam fakt wychowywania się w rodzinie z problemem nadmiernego picia jest czynnikiem wystarczającym by być DDA?). Przykładowo, kiedy badani są studenci i studentki (a bywa to dość chętnie zapraszana do badań grupa osób), to dobór osób do takich badań opiera się na ich subiektywnej ocenie swoich zaburzeń. Raczej nie zdarza się, że badacze dobierają studentów na podstawie wcześniej przeprowadzonych i pogłębionych diagnoz. Innym problemem sygnalizowanym przez badaczy jest to, że DDA będą samodiagnostować u siebie młodzi ludzie, którzy posiadają względną wiedzę na temat zjawiska i są wykształceni. Niewykluczone, że (badani) studenci z DDA funkcjonują na lepszym poziomie niż ich rówieśnicy, którzy nie uczęszczają do szkół wyższych (oraz ci, którzy nie mają nawet świadomości bycia DDA)²⁰⁴, właśnie z powodu większej świadomości swojej „osobowości” i zdobytych kompetencji konstruktywnego zarządzania cechami DDA.

Ciekawych danych o problemach rodziców – użytkowników terapeutycznej grupy wsparcia, których dorosłe dzieci są uzależnione od substancji psychoaktywnych (narkotyków), dostarcza badanie z udziałem 12 rodziców, w tym 9 matek. Zrekonstruowano początki towarzyszące identyfikacji problemu uzależnienia, jego rozwój oraz strategie pomocy swojemu dziecku. W badaniu wiele uwagi poświęcono zróżnicowaniu badanych rodziców ze względu na ich status społeczno-zawodowy (od rzemieślnika po emerytowanego profesora uniwersyteckiego). Ciekawe, że dzięki szczegółowej charakterystyce rodziców dostrzec można to,

²⁰¹ I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu, *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(4), 2015: 221–233; Też, Realizacja zadań rozwojowych przez młodzież z rodzin z leczącym się i pijącym ojcem alkoholikiem, *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(1), 2012: 5–26.

²⁰² Np. I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, Realizacja zadań rozwojowych...

²⁰³ J. L. Johnson, M. Leff, Children of substance abusers: Overview of research findings, *Pediatrics (Supplement)*, 2, 1999: 1085–1099.

²⁰⁴ M. L. Kelley i in., Parentification and family...

że są wśród nich i tacy, którzy pracują jako wolontariusze w grupach wsparcia. Do wskazywanych przez nich źródeł wsparcia, innych niż specjalistyczne poradnie i grupy samopomocowe organizowane przy ośrodkach leczenia odwykowego, wskazywali w pierwszej kolejności lekarza rodzinnego (jednocześnie doświadczenie to opisywali jako nieprzydatne), wiedzy poszukiwali też w bibliotekach oraz na internetowych forach dyskusyjnych. Najważniejszym źródłem wiedzy i pomocy rodzice czynili grupę wsparcia, w której uczestniczyli, i w obrębie której były realizowane badania²⁰⁵.

Nie kwestionując wyników badań z udziałem członków rodziny, którzy korzystają z instytucjonalnych form wsparcia, jawi się jednak pytanie – jak radzą sobie ci bliscy, którzy nie korzystają (z różnych powodów) z takiej pomocy? Dodam, że podobne pytania stawiają badacze środowiska rodzinnego skazanych. Zwykle kryminolodzy mają dostęp tylko do części rodzin więźniów – tych, którzy „siedzą w poczekalni” (mają stały kontakt ze skazanymi), podczas gdy połowa bliskich z różnych powodów nie odwiedza i nie kontaktuje się z osadzonym²⁰⁶.

Pewne światło rzucają na ten problem badania²⁰⁷ członków rodziny osób z uzależnieniem, które korzystają z nietradycyjnych form wsparcia terapeutycznego, jakimi są internetowe grupy pomocowe. Okazuje się, że największą grupę aktywnych użytkowników takich przestrzeni wsparcia stanowią małżonkowie/partnerzy, a kolejno dzieci. Rodzice stanowią bardzo nieznaczny procent wszystkich uczestników (podobnie reszta jak rodzeństwo i przyjaciele). Badacze tej przestrzeni pozainstytucjonalnego wsparcia podkreślają sami, że upatrywali korzyści z takich analiz chociażby w tym, że udało im się (choć w niewielkim stopniu) dotrzeć do osób, które na co dzień (jako grupa krewnych) niezwykle rzadko są użytkownikami specjalistycznych form pomocy rodzinie z problemem alkoholowym.

Można więc powiedzieć, że badacze w dużej mierze rekonstruują problemy, jakie stwarza uzależnienie od alkoholu w rodzinie, oraz analizują sposoby radzenia sobie z nimi zwykle dzięki badanym osobom, które same zgłaszają się na terapię. Oznacza to, że mają już jakąś świadomość mechanizmów uzależnienia, są w trakcie (lub po) terapii oraz skoro szukają pomocy, to mają ukształtowane pewne oczekiwania i są świadomi swoich potrzeb. Przykładem takich badań są opisane wcześniej projekty badawcze zrealizowane przez Orforda i jego zespół²⁰⁸. Oczywiście podobne badania, zwłaszcza poświęcone problemom DDA, realizowane są również na gruncie rodzimym²⁰⁹. Trudniej natomiast badaczom dotrzeć do osób, które nie mają kontaktu z żadną instytucją i pokonują swoje problemy w zaciszu rodzinnego domu lub lokalnej społeczności (innej niż „profesjonalna”)²¹⁰. Problem

²⁰⁵ S. Hoeck, G. Van Hal, Experiences of parents of substance-abusing young people attending support groups, *Archives of Public Health*, 70(1), 2012.

²⁰⁶ R. Szczepanik, K. Miszewski, Wpływ długoterminowego uwięzienia na rodziny więźniów – stan wiedzy i zaniedbane kierunki badań, *Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja*, 30, 2016: 53–95.

²⁰⁷ I. Akanidomo, Web-based 5-Step Method for affected family members, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1(7), 2010: 129–153.

²⁰⁸ J. Orford i in., The 5-Step family intervention...

²⁰⁹ Np. J. Chodkiewicz, A. Wilska, Stan zdrowia, wsparcie społeczne i zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej, *Alkoholizm i Narkomania*, 21(2), 2008: 135–152.

²¹⁰ Zob. R. Granfield, W. Cloud, Social context and „natural recovery”...

ten nie dotyczy zresztą jedynie badaczy zorientowanych na problematykę uzależnienia. Podobne trudności sygnalizowane są przykładowo przez naukowców badających specyficzną sytuację życiową i problemy członków rodzin osób skazanych na karę pozbawienia wolności. Zwykle badani są ci, którzy odwiedzają swoich bliskich w jednostce penitencjarnej. Szacuje się natomiast, że mniej więcej połowa znacząco bliskich osób, z którymi skazani utrzymują kontakt (np. telefonicznie lub listownie), nie odwiedza ich z różnych powodów w więzieniu²¹¹. Czy ich problemy różnią się od tych, które są zgłaszane przez instytucje?

Z tego punktu widzenia ciekawym projektem są badania filadelfijskie – zrealizowane przez zespół badaczy, naukowców i terapeutów²¹² – adresowane do osób, które są przekonane o tym, że intensywnie, bezpośrednio i regularnie angażują się w pomoc jakiejś dorosłej osobie uzależnionej (przy czym spośród osób, które się zgłosiły, wybierano następnie te, które spełniały określone kryteria wynikające z metodologicznych rygorów projektu naukowego). Do badań stawili się członkowie najbliższej rodziny osoby uzależnionej (rodzice, rodzeństwo), inni krewni oraz bliscy przyjaciele. Osoby rekrutowane były za pomocą ogłoszeń w różnych miejscach Filadelfii, w tym mediach, transporcie publicznym, instytucjach itp. Jednym z celów badania była charakterystyka uwarunkowań i różnych wymiarów zaangażowania osób bliskich w rozwiązywanie problemów alkoholika i udzielane wsparcie. Pośrednio dokonana została interesująca charakterystyka osób bezpośrednio angażujących się w pomoc osobie uzależnionej.

Połowa wszystkich uczestników zgłaszała problem uzależnienia bliskiej osoby przede wszystkim od alkoholu. Prawie trzy czwarte wszystkich badanych stanowiły kobiety. Niemal wszyscy bliscy angażujący się w pomoc osobie uzależnionej pracowali zawodowo lub dorywczo. Najliczniejszą grupą osób, które angażują się w pomoc dorosłej osobie z problemem uzależnienia, byli partnerzy i małżonkowie (około połowa ogółu), natomiast w drugiej kolejności byli to rodzice. Równie liczną grupę stanowili inni (przyjaciele, dalsi krewni). Ponad 60% osób uczestniczących w rozwiązywaniu problemów związanych z uzależnieniem mieszkała na co dzień z osobą chorą, a blisko 80% miało z nią osobisty kontakt każdego dnia. Do najczęściej i najintensywniej doznawanych problemów zgłaszanych przez uczestników badań należały w pierwszej kolejności: doświadczenia przemocy fizycznej oraz codzienna „uciążliwość” uzależnienia poprzez jej widoczność i obecność nawet w materialnym aspekcie (akcesoria związane z używaniem substancji psychoaktywnej). Osoby pozostające w bliskich relacjach z kimś, kto nadużywa substancji psychoaktywnych, doświadczają negatywnych emocji gniewu i frustracji. Ich codzienną energię pochłania koncentrowanie się na poszukiwaniu pomocy. Na dalszych pozycjach uplasowały się trudności związane z jakością relacji (np. kłótnie), finansowe i problemy z prawem (np. interwencje policji).

Wracając do sposobu dotarcia przez filadelfijskich badaczy do badanych osób i charakteru „zebranej” próby badawczej, innej niż w „tradycyjnych badaniach”, tj. z użytkownikami instytucjonalnych form pomocy, to podobną organizację badań można odnaleźć i w innych projektach, zwłaszcza z zastosowaniem

²¹¹ Szerzej: R. Szczepanik, K. Miszewski, Wpływ długoterminowego uwięzienia...

²¹² L. A. Benishek i in., Psychometric assessment...

metodologii badań jakościowych. W Polsce w identyczny sposób jak filadelfijscy badacze rekrutowała do swoich badań osoby, które samodzielnie pokonały nałóg, J.I. Klingemann²¹³. Zresztą trudno byłoby w inny sposób dotrzeć do takich osób – „samodzielność” powoduje, że dzieje się to często nie tylko bez udziału instytucji, ale i świadków. Inną metodą jest dobór wyselekcjonowanych respondentów z badań reprezentatywnych w populacji generalnej. Sposób postępowania badaczki i jej argumentacje na rzecz dokonywanych wyborów metodologicznych związa-nych z doborem próby badawczej był następujący:

[...] skrzywień związanych z selekcją można uniknąć stosując szeroki zakres tytułów, w których pojawiają się ogłoszenia. W tym projekcie ogłoszenia prasowe zapraszające do udziału w badaniu zamieszczono w czterech najczęściej czytanych dziennikach w województwie mazowieckim [...] [pozo-stałe] to bezpłatne gazety codzienne rozdawane przechodniom na ulicy, część ogłoszeń [...] ukazała się w wydawanym raz w miesiącu dodatku poruszającym problematykę zdrowotną. Pozostałe ogłoszenia opublikowano w pięciu czasopismach o zasięgu lokalnym [...]. Trzy z nich to wydawnictwa bez-płatne dystrybuowane lokalnie w obiektach publicznych takich jak supermarkety, kina, apteki, urzędy, szpitale etc. Przygotowanie treści ogłoszenia było kluczowym elementem procesu rekrutacji, bowiem każde słowo mogło wpłynąć na decyzję o uczestniczeniu w badaniu. W treści ogłoszenia odwoływano się do wiedzy i doświadczenia potencjalnych respondentów — stąd pytanie „czy można wygrać z al-koholem?” i „jak się to udało?”. Ponadto zaproszenia do badania adresowane było do nieco szerszego grona odbiorców, niż zakładały to kryteria włączenia do badania, aby dotrzeć do osób, które przerwały picie na różnych etapach rozwoju uzależnienia. Z tego powodu w ogłoszeniu używano określeń „pro-blemy z alkoholem” i „nadmierne picie”, zamiast „uzależnienie”. Potencjalnych respondentów zapew-niono, że używanie niewielkich ilości alkoholu nie jest kryterium wyłączającym z badania. Dodatkowo zwrócono się do wszystkich czytelników, którzy „znają taką historię”, licząc, że poprzez te osoby uda się dotrzeć do potencjalnych uczestników badania. Respondenci nie otrzymywali żadnej gratyfikacji finansowej za udział w badaniu, odwołano się więc do ich uczuć altruistycznych – „przekazując nam swoje doświadczenia, pomożesz innym”. Zapewniono też o anonimowości badania i o tym, że nawią-zanie kontaktu nie zobowiązuje do dalszej współpracy²¹⁴.

W identyczny sposób docierano także do żon mężczyzn problemowo piją-cych alkohol w pewnych badaniach izraelskich. Respondentki „wyszukano” za pomocą ogłoszeń w prasie kobiecej²¹⁵. Jednym z kryteriów doboru osób do ba-dań było niepoddawanie się instytucjonalnym formom leczenia i terapii – ani ich mężów, ani ich samych. Specyficzna świeżość doniesień w porównaniu do tych z udziałem kobiet z diagnozą współuzależnienia polegała m.in. na opisie „domo-wych” sposobów i priorytetów (np. ochrona dziecka) w procesie radzenia sobie z problemem alkoholowym męża, a także biograficznych punktów zwrotnych.

Dodam, że w socjologii pozyskiwanie do danych „osobistych” (biografie, pa-miętniki, listy) i dostęp do badanych za pomocą ogłoszeń w prasie (także w połą-czeniu z różnymi konkursami) nie jest nowatorskim pomysłem i ma długą tradycję²¹⁶.

Pewnych szans w wypełnieniu luk powodowanych ograniczeniami badań ilo-ściowych można dopatrywać się w projektach biograficznych. Badania biograficzne

²¹³ J. I. Klingemann „Ja muszę Pani powiedzieć szczerze, że o tych problemach to nikt nie wiedział...”. Metody badania populacji ukrytych – przykład zjawiska samowyleczenia, *Prace Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji*, 16, 2010: 227–247; Taż, *Horyzonty zmiany...*

²¹⁴ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*: 197–198.

²¹⁵ E. Peled, I. Sacks, *The Self-Perception...*

²¹⁶ K. Dunin-Wąsowicz, *Pamiętnikarstwo polskie, Dzieje Najnowsze*, 6(1), 1974: 199–206.

z udziałem członków rodzin osób uzależnionych należą do rzadkości. Przykładowo w Polsce badania takie można odnaleźć w nielicznych opracowaniach socjologicznych z udziałem dorosłych dzieci, np. nad problemami „dziedziczenia” alkoholizmu rodziców²¹⁷ oraz zmian wzorców życia rodzinnego z problemem alkoholowym²¹⁸.

Na ograniczenia powodowane dominacją ilościowej strategii badań wskazywał między innymi Orford, autor książki poświęconej problemowi zaangażowania rodziny w rozwiązywanie problemu alkoholowego bliskich krewnych oraz radzeniu sobie z trudnościami²¹⁹. W książce tej zaprezentował wyniki badań z zastosowaniem strategii jakościowej. Jest to specyficzne studium porównawcze. To, co czyni jego monografię szczególnie ciekawą i wartościową, to ujęcie procesu radzenia sobie z uzależnieniem od alkoholu członków przez rodziny pochodzące z trzech odmiennych kręgów geopolitycznych i kulturowych. Badaniem objęte zostały rodziny zamieszkujące Mexico City, rejony południowo-zachodniej Anglii oraz autochtoni australijscy. Orford dokonał analizy wpływu nadużywania alkoholu na członków rodziny, a przede wszystkim rodzajów i sposobów doświadczanego wsparcia ze strony otoczenia. Między innymi zrekonstruowany został przez niego proces stawania się osobą/rodziną współzależną oraz strategii rozwiązywania problemów z wykorzystaniem sił tkwiących wewnątrz rodziny i otoczeniu społecznym. W opracowaniu odnajdujemy charakterystykę „domowych”, intuicyjnych sposobów radzenia sobie przez małżonków osób uzależnionych z problemem, które silnie podporządkowane są kulturowym nakazom i powinnościom (bycia żoną „na dobre i złe”) oraz opis uwarunkowań kształtowania się otwartości na pomoc i wsparcie instytucjonalne. W pracy przedstawiono także rolę wsparcia społecznego otrzymywanego przez problemowe rodziny – sąsiedzkiego, przyjacielskiego i w końcu instytucjonalnego. Bez względu na krąg kulturowy rodziny borykają się z podobnymi problemami natury psychologicznej, jednakże w zależności od miejsca zamieszkania istnieją inne systemy wsparcia oraz inna jest też otwartość rodziny na instytucjonalne formy interwencji.

W podobnej konwencji utrzymane są socjologiczne badania Ramony Asher²²⁰, poświęcone kobietom, których mężowie piją szkodliwie alkohol, do których odnosiłam się już we wprowadzeniu książki. Najogólniej mówiąc, jej monografia stanowi rekonstrukcję radzenia sobie z głębokim kryzysem życiowym kobiet powodowanym nałogowym pićm męża. Wywiady pogłębione z ponad pięćdziesięcioma kobietami – uczestniczkami programów terapii rodzinnej – umożliwiły autorce dokonanie pogłębionego opisu doświadczeń biograficznych kobiet zorientowanych na proces radzenia sobie z uzależnieniem męża. Asher proces ten określiła mianem „kariery moralnej żony alkoholika” i wyłoniła poszczególne jej fazy: porządkowanie (*sort out*), przesiewanie (*sift through*) oraz etap, w którym kobieta odzyskuje autonomię i zaczyna żyć swoim życiem (*arrive at view*

²¹⁷ A. Kacprzak, Międzypokoleniowa transmisja alkoholizmu...

²¹⁸ M. Wiktorowicz, Narracje biograficzne...: 65–71.

²¹⁹ J. Orford i in., *Coping with alcohol and drug problems...*

²²⁰ R. M. Asher, *Women with alcoholic husbands...*

of selves and situations among competing and changing definition). Bardzo ważnym problemem analizowanym przez autorkę jest współzależnienie. Szczególną „podatność” kobiet na to zjawisko Asher tłumaczy stereotypami płciowymi, zwłaszcza kulturowym wymogiem pielęgnowania chorych przez kobiety i oczekiwaniem od nich poświęcenia w opiece nad potrzebującymi pomocy. Co ważne, badaczka wskazuje na ryzyko nadużywania etykiety osoby współzależnionej w diagnozowaniu trudności życiowych kobiet i negatywne konsekwencje narzucania ram tej kategorii celom ich terapii i wsparcia społecznego (przekonanie, że ich problemy życiowe wynikają jedynie z uzależnienia chorego męża, ignorowanie stereotypów kulturowych dotyczących płci). Badaczka rozprawia się z tą etykietą terapeutyczną i dowodzi, że stanowi ona warunki dodatkowo obciążające sytuację kobiety. Traktuje diagnozę współzależnienia jako rodzaj przeniesienia znacznej części odpowiedzialności za szkodliwe picie z alkoholika na kobietę, uznania jej za winną choroby męża i toksyczną w procesie jego zdrowienia.

Zwykle badacze zadają pytania o rolę bliskich członków rodziny w procesie alkoholizowania się członka rodziny, a także w kontekście wsparcia w pokonywaniu nałogu. Asher odwraca to zasadnicze pytanie: w jaki sposób problemowe picie męża i jego szkodliwy rozwój wpływa na proces stawania się żoną? Rekonstruuje przebieg „stawania się” żoną alkoholika, począwszy od fazy wczesnej problemu, poprzez jego natężenie, etap krytyczny, leczenie, aż po okres „po terapii”. Książka traktuje o tym, jak kobiety „znoszą” długą i „zdradziecką”, pełną wybojów drogę od intuicyjnej interwencji po udział w specjalistycznym leczeniu i towarzyszeniu mężowi w czasie jego zdrowienia. Dodam, że w książce podjęto również ocenę nastawienia społecznego wobec kobiet, które trwają przy mężu alkoholiku.

Szczególne miejsca w piśmiennictwie naukowym zajmują badania szacujące skuteczność określonych form wsparcia rodzin z problemem uzależnienia oraz uwarunkowań sukcesu i porażek. Wnioski i rekomendacje płynące z tych opracowań uwzględniane są bowiem w projektach systemu wsparcia i stanowią element ich ewaluacji.

I tak z punktu widzenia możliwości, jakie dają badania jakościowe, na uwagę zasługują badania uczestników instytucjonalnego wsparcia zrealizowane w pierwszej dekadzie XXI wieku przez wspomnianego już wcześniej nie raz Orforda i jego zespół²²¹. Badaniem z zastosowaniem wywiadów swobodnych i pogłębionych objęto blisko 150 osób (personel medyczny i psychologiczny, pacjentów – członków rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz osoby odwiedzające instytucje). Do analizy zgromadzonego materiału empirycznego zastosowano procedury metodologii teorii ugruntowanej.

Analizowano między innymi efektywność udzielanego wsparcia na różnych jego etapach, począwszy od interwencji lekarza pierwszego kontaktu oraz udziału w projektach psychoedukacyjnych, w tym korzystania z przeznaczonych dla rodzin materiałów poradnikowych i szkoleniowych. Wyniki badań każą sądzić, że skuteczność wsparcia instytucjonalnego uzyskuje wysokie oceny wtedy, gdy pacjenci mają przeświadczenie o zrozumieniu i trosce przejawianej przez profesjonalistów

²²¹ J. Orford i in., *The 5-Step family intervention...*

(duże znaczenie przypisywane jest pierwszemu kontaktowi z instytucjonalnym systemem wsparcia, tj. rozmowie z lekarzem pierwszego kontaktu). Ważnym wnioskiem z badań jest to, że w systemie wsparcia społecznego istotny jest nie tylko profesjonalizm zawodowy personelu polegający na znawstwie, ale również tzw. miękkie kompetencje. Badani członkowie rodzin osób uzależnionych oczekują od personelu instytucji wsparcia (szczególnie pierwszego kontaktu) współczucia i życzliwości. Najistotniejszym ustaleniem było to, że członkowie rodzin osób uzależnionych stanowią zróżnicowaną grupę ze względu na poziom znajomości problematyki alkoholowej oraz świadomość przejawianych problemów i ich uwarunkowań. Tak więc stosowane kryterium doboru uczestników do określonych form organizacyjnych wsparcia czy terapii, jakim jest bycie osobą współuzależnioną w rodzinie z problemem alkoholowym, powoduje, że nadaje się grupie uczestników właściwości homogeniczne, podczas gdy poziom wiedzy oraz świadomości poszczególnych osób, a tym samym potrzeb, jest zróżnicowany. Ważną konstatacją badaczy było również to, że świadomość problematyki uzależnienia i jego wpływu na relacje rodzinne wśród osób, które zgłaszają się po wsparcie instytucjonalne, jest coraz wyższa. Członkowie rodzin osób uzależnionych przejawiają również wysoką świadomość swoich praw i domagają się uznania własnych potrzeb. Cechuje ich determinacja działań na rzecz poprawy jakości swojego życia.

Klientami instytucji pomocy rodzinie z problemem alkoholizmu są nie tylko osoby z diagnozą uzależnienia, ich dzieci i partnerzy życiowi, ale również rodzice. Przykładem mogą być doniesienia brazylijskich badaczy²²², którzy postulują między innymi konieczność zintensyfikowania badań nad rozpoznawaniem i uwzględnianiem potrzeb członków rodziny w budowaniu społecznego systemu usług społecznych zorientowanych na pomoc i interwencję. Zbadali osoby pochodzące z 500 rodzin z problemem nadużyć – tych, którzy poszukują pomocy we wzajemnych grupach samopomocy (*Amor Exigente* w Sao Paulo). Okazało się, że największą grupę wśród badanych stanowili właśnie rodzice osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Prześledzono w badaniach czas, w jakim nabywali świadomości istnienia problemu uzależnienia, oraz okres, w którym zdecydowali się na szukanie wsparcia poza obrębem rodziny. Znaczna część rodziców bardzo długo wierzyła, że nadużywanie substancji psychoaktywnych przez ich dorosłe dzieci jest tylko przejściowym problemem i że sami mogą sobie poradzić z sytuacją.

To, co rzuca się w oczy po przeglądzie badań²²³ z udziałem osób, których dotyczy problem alkoholowy (uzależnienie lub pokrewieństwo z osobą z uzależnieniem), to fakt, że bez względu na strategię badań w największej mierze badacze docierają do badanych za pośrednictwem instytucji (grupy samopomocowej czy leczenia odwykowego). Problemy angażowania się „zdrowych” członków rodziny w rozwiązywanie problemów powodowanych „alkoholizmem” bliskiej osoby najczęściej rozpatrywane są przez pryzmat instytucjonalnego systemu wsparcia i terapii. Ograniczeń tych są świadomi badacze, zwłaszcza ci, którzy przełamują te wzorce docierania do badanych.

²²² H. M. Sakiyama i in., Family members affected...

²²³ R. Szczepanik, K. Okólska, Zapomniani rodzice...

Niektórzy badacze wskazują na trudności w rygorystycznym spełnieniu warunków w doborze grupy porównawczej oraz na problemy związane z ukazaniem procesualnego charakteru omawianych zjawisk. W konkluzjach formułują zalecenie wzbogacania i uzupełniania istniejących doniesień o badania z zastosowaniem metod jakościowych²²⁴. Jeśli jednak ktoś odczytuje to zalecenie jako taktykę pokonania trudności związanych z doбором osób badanych problemów ze spełnianiem kryteriów doboru próby badawczej, to jest w błędzie. Problemy te omówię w następnym punkcie i wrócę do nich jeszcze w części drugiej (podrozdział *Perspektywa badaczy*).

Na zakończenie chciałabym zasygnalizować jeszcze inny sposób „docierania” do członków rodzin z problemem alkoholowym dzięki procedurze badań jakościowych. Pod koniec pierwszej dekady 2000. roku grupa badawcza Fińskiej Akademii i Fińskiego Towarzystwa Literackiego zebrała dane z badań z autobiografii kobiet urodzonych w latach 1920–1940. Teksty zgromadzono w ramach konkursu „Alkohol w moim życiu”, który został zorganizowany w 2008 roku. Autorzy autobiografii zostali poinformowani, że zebrany materiał zostanie wykorzystany do celów badawczych i że teksty będą poddane analizie anukowej. Do konkursu przystąpiły 42 osoby, które zrekonstruowały doświadczenia alkoholowe własne i ich bliskich. Przedmiotem kobiecych autobiografii było picie męża, rzadziej ojca lub innego bliskiego mężczyzny. Analiza tego materiału ujawnia cztery główne tożsamości i strategie radzenia sobie: pozycję ofiary, pomocnika, rozgrywającego i wojownika. Pozycja ofiary i pomocnika była świadectwem słabej pozycji społecznej kobiet oraz dyskryminacji ze względu na płeć, podczas gdy w wojowniczkach i rozgrywających miesiła się siła kobiet: głęboka refleksyjność i determinacja w działaniu²²⁵.

Rodzice osób problemowo pijących alkohol w świetle założeń badań własnych

Można odnieść wrażenie, że pozycja badań, które określamy w naukach społecznych mianem „jakościowych”, jest ugruntowana. Wielość projektów oraz publikacji, a także osobne, cykliczne konferencje naukowe czy pisma naukowe im poświęcone zdają się potwierdzać dobry status badań jakościowych. Są jednak pewne aspekty, które niwelują to wrażenie. Pierwszym jest „normatywny” język formularzy o granty naukowe. Często bywa bowiem, że szablony różnych aplikacji o dofinansowanie (ale nie tylko) zawierają punkty do wypełnienia, które są charakterystyczne dla projektów utrzymanych w nurcie pozytywistycznym. Powoduje to, że badacz/ka „jakościowy/a” jest zmuszony/a jeszcze przed wyjściem w teren podjąć decyzję o tytule swojej pracy oraz skonstruować hipotezy (które przecież mają zupełnie inne znaczenie i status w badaniach jakościowych i trudno

²²⁴ Np. J. Orford i in., *Coping with alcohol and drug problems...*; G. Copello i in., Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems, *Drug and Alcohol Review*, 24(4), 2005: 369–385; J. I. Klingemann, Ja muszę Pani powiedzieć szczerze...

²²⁵ J. Simonen, J. Törrönen, Older women's experiences, identities and coping strategies for dealing with a problem-drinking male family member, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(5), 2017: 409–417.

je formułować bez danych empirycznych). We wnioskach takich (zwłaszcza na potrzeby szacowania wydatków) należy też wskazać konkretną ilość planowanych materiałów (np. liczbę wywiadów i objętość transkrypcji). Wymogi takie nie korespondują z warunkami, jakie musi spełnić badacz/ka (jakościowy/a), podejmując decyzję o dalszym gromadzeniu materiału lub uznaniu, że został on pozyskany w sposób kompletny. Może się okazać, że w trakcie analiz zebrany materiał okaże się spełniać wymogi nasycenia teoretycznego, gdyż wątki się powtarzają i kolejne wywiady nie wniosą nowych informacji, a harmonogram i szacunki finansowe „wniosku” każą badać dalej. Lub odwrotnie – badacz/ka ma przekonanie, że nie udało się zgromadzić wystarczającego materiału pozwalającego „zamknąć” dalsze poszukiwania, mimo że przebadana została już liczba osób wskazana we wniosku grantowym.

Pytania (np. recenzentów artykułów) o liczbę „przebadanych osób” lokują się w nurcie problemów, jakie towarzyszą statusowi badań jakościowych. Wydaje się nawet, że od uzyskania odpowiedzi na to pytanie uzależniona jest ocena projektu i uznanie go za wartościowy vs przyczynkowy, „pilotażowy”. Pytania o liczbę przebadanych osób to nie tylko „nawyk” odbiorców „ilościowo” zorientowanych metodologicznie, ale również dowód tego, że status badań jakościowych wciąż wydaje się być nie do końca jasny i chwiejny. Wielokrotnie spotkałam się z obawami formułowanymi przez tzw. jakościowych badaczy i badaczki o losy ich opracowań oddanych do recenzji, gdy „trafi się” ktoś, kto jest zorientowany ilościowo i/lub przejawia niechętny stosunek wobec badań jakościowych, kwestionuje je lub lokuje na półce badań drugiej kategorii z powodu niewielkiej liczby opisywanych przypadków (zwłaszcza kiedy porówna się z ilościowym rozmachem niektórych badań ankietowych). To dlatego też, w opracowaniach z wynikami badań „jakościowych” znaczną część zajmują opisy postępowania badawczego, dylematów i trudności, jakie pojawiały się w toku badań, oraz sposoby ich rozwiązywania. Jak już wspomniałam, dla badacza/ki jakościowego/ej „to, co się przydarza” podczas realizacji badań, jest już „daną” samą w sobie i konkretną informacją, którą należy wykorzystać podczas wyprowadzania wniosków z analiz „właściwego” materiału empirycznego. Podczas pisania tych uwag przypomniała mi się refleksja Krzysztofa Koneckiego, który stwierdza:

Dla mnie na przykład problematyczne są badania kwestionariuszowe, w których interakcja ankietera z respondentem jest czarną skrzynką, a sami badacze sondażowi nie analizują tej interakcji, ani jej wpływu na wytwarzanie danych. My w metodologii teorii ugruntowanej jesteśmy po prostu uczciwi. Przyznajemy, że teoria ma charakter procesualny, wnioski są warunkowe, pokazujemy wpływ badacza i sytuacji na efekt końcowy²²⁶.

Konecki również formułuje trafną uwagę, którą i ja przytoczę w całości, ponieważ jest ona doskonałym podsumowaniem rozważań dotyczących łatwości w kwestionowaniu wartości badań jakościowych poprzez wskazywanie na lekceważenie niektórych reguł „naukowości” przez badaczy i badaczki określających się jako „jakościowi”:

²²⁶ A. Kołtun, Wywiad: Posmak kontestacji – o recepcji teorii ugruntowanej w Polsce. Wywiad z profesorem Krzysztofem Koneckim, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 7(3), 2011: 158–167.

[...] duża ilość słabych tekstów, publikowanych pod etykietą teorii ugruntowanej, przeszkadza w recepcji. Ale jakoś w tej recepcji dzieł naukowych nie przeszkadza, na przykład, wielka ilość słabych tekstów opartych na wywiadzie kwestionariuszowym. A dlaczego? Dlatego, że to jest dominujący paradygmat²²⁷.

Zasygnalizowana przeze mnie na początku tego punktu „chwiejność” pozycji badań jakościowych to niedostateczna świadomość na temat tego, czym są, a czym nie są, badania jakościowe oraz co się z tym wiąże – traktowanie ich jako wytrycha, w sytuacji, gdy ma się niskie kompetencje lub brak dofinansowania czy innych zasobów techniczno-organizacyjnych, by przeprowadzić badania ilościowe. Wydaje się bowiem, że każdy potrafi przeprowadzić wywiad, a następnie go opisać. Kaja Kaźmierska omawia to „zjawisko”, ubolewając nad statusem badań biograficznych na gruncie nauk społecznych we współczesnej Polsce. Pisze wprost, że:

dość obszerne, pole zajmują ekstensywnie rozwijające się badania naukowe prowadzone pod szyldem badań biograficznych, chociaż de facto mają one z nimi niewiele wspólnego²²⁸.

Biorąc pod uwagę powyższe, uważam więc, że bardzo użyteczne są szczegółowe prezentacje postępowania badawczego towarzyszącego badaniom jakościowym oraz opis dynamiki samych badań i procesu analizy materiału empirycznego. I to właśnie zamierzam zrobić w dalszej części tego rozdziału.

Wraz ze wzrostem popularności tak zwanych „badań jakościowych” w Polsce rośnie liczba publikacji, w których badacze i badaczki relacjonują swoje uwagi, spostrzeżenia i formułują zalecenia warsztatowe i metodologiczne. Dzielenie się doświadczeniami oraz opis organizacji badań przez pryzmat istniejących trudności uważam za istotny element opracowań nie tylko *stricte* metodologicznych, ale każdych, w których prezentowane są wyniki badań. Ich identyfikacja i opis rzucają światło na uzyskane wyniki i wnioski. Są przez to zarówno specyficznym elementem badania, jak i jego wynikiem, „daną” pozyskaną w trakcie badań, uznaniem, że „[...] rzeczywistość społeczna ma charakter procesualny, a badacz jest częścią tej rzeczywistości”²²⁹.

Badania jakościowe, zwłaszcza w tzw. trudnym społecznie i emocjonalnie terenie (np. hospicja, więzienie), są szczególnym osobistym doświadczeniem badacza. O tych problemach traktują liczne opracowania naukowe. Odnosiłam się do nich (i własnych doświadczeń) przy opisie badań biograficznych z udziałem mężczyzn regularnie powracających do przestępczości, z którymi prowadziłam wywiady w więzieniach²³⁰, czy przy wskazywaniu trudności w badaniach osób marginalizowanych i z „piętnem”²³¹. Są to między innymi dylematy rzecznictwa

²²⁷ Tamże: 162.

²²⁸ K. Kaźmierska, Badania biograficzne w naukach społecznych, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 9(4), 2013: 6–10.

²²⁹ A. Kołtun, Wywiad: Posmak kontestacji...: 162.

²³⁰ R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą...*

²³¹ R. Szczepanik, Status badacza „jakościowego” w środowisku osób naznaczonych i wykluczonych społecznie, [w:] P. Dziędużyński (red.), *Naznaczeni, odrzuceni i dyskryminowani w badaniach naukowych i praktyce wychowawczej. Ujęcie interdyscyplinarne*, Wydawnictwo WSBiNoZ w Łodzi, Łódź 2017: 21–39.

(po czyjej stronie jest badacz?), kompetencji radzenia sobie z trudnymi emocjami i problemami z pozyskiwaniem zaufania badanych. Niektóre te zagadnienia zasygnalizuję w dalszej części, zanim jednak to nastąpi, zaprezentuję najważniejsze założenia projektu badawczego, który stał się bezpośrednią „przyczyną” powstania tej książki. Następnie, nawiązując do metodologii teorii ugruntowanej (MTU), której procedury zostały wykorzystane podczas realizacji badań własnych, zasygnalizuję problemy i dylematy towarzyszące badaniom (nie tylko własnym, ale jakościowym w ogóle). Treści przedstawione w tej części silnie korespondują także z prezentacją doświadczeń w rozdziale 2.1, w punkcie zatytułowanym: *Perspektywa badaczy*. Dodam też, że kiedy opisuję refleksje i wnioski towarzyszące badaniom, to są one doświadczeniami własnymi, a także badaczek i badacza wykonujących poszczególne zadania w projekcie (zob. *Wprowadzenie*). Sprawy związane z realizacją były szczegółowo omawiane podczas regularnych, comiesięcznych spotkań zespołu badawczego (i nie tylko w ich trakcie).

Perspektywą poznawania i refleksji nad doświadczeniami rodziców (dorosłych) dzieci pijących problemowo alkohol jest paradygmat interpretatywny (PI) i metodologia badań jakościowych²³². Najogólniej mówiąc, PI rozwijany jest w ramach różnych nurtów interakcyjnych (symboliczny interakcjonizm, podejście etnograficzne) i dyskursywnych (analiza konwersacyjna, krytyczna analiza dyskursu). Wszystkie one znajdują swoje empiryczne ugruntowanie w badaniach jakościowych, ujmujących rzeczywistość społeczną z perspektywy samego aktora. W PI najważniejsze jest pojęcie „działania” w znaczeniu przeciwnym do „nic nieznaczącego zachowania” (bliskiego relacji bodziec–reakcja). Wszystkie regulacje dokonują się w procesie komunikacji, który zyskuje podstawowe znaczenie w analizie życia społecznego. Można więc powiedzieć, że język opisu badaczy interpretatywnych stanowi rezultat „odkrytych” przez nich stosunków i znaczeń, a także jest to w pewnym sensie wynik negocjacji, dialogu i porozumienia pomiędzy badaczami a badanymi.

Zastosowanie procedur analitycznych MTU miało pozwolić na wyjście poza indywidualne biografie „rodziców alkoholików” i dać możliwości odkrycia pewnych wzorów i mechanizmów kształtujących sens ich działania oraz relacji społecznych, jakie są ich udziałem. Pragnę jednak podkreślić, że procedury MTU narzucały określoną dyscyplinę i porządkowały postępowanie badawcze, jednak nie mogę uznać, że do końca zostały spełnione przez nas warunki, które pozwoliłyby bezkrytycznie stwierdzić, że został zbudowany teoretyczny model do wyjaśnienia zjawiska „stawania się rodzicem alkoholika” (co było założeniem projektu). Nie udało się bowiem zrekonstruować całego procesu stawania się w zakładanym rozumieniu, że fazy, warunki tego stawania się i jego zakończenie mogłyby być wyraźnie pokazane i wyjaśnione²³³. Za chwilę wrócę jeszcze do tego problemu.

MTU zaczyna się wraz z sytuacją badawczą. Badacz staje przed zadaniem zrozumienia tego, „co się dzieje” – co ludzie robią i jak. Mimo tak – wydawałoby się – bardzo ogólnego i dość swobodnie zadanego pytania, MTU jest obwarowana

²³² K. Konecki, *Studia z metodologii...*

²³³ Zob. A. Kołtun, Wywiad: Posmak kontestacji...

bardzo precyzyjnymi procedurami postępowania i wymaga szczególnej dyscypliny w trakcie prowadzenia badań. Najogólniej MTU określa się jako specyficzną strategię badawczą, której celem jest budowanie teorii średniego zasięgu na podstawie systematycznie zbieranych danych empirycznych. Opiera się na trzech poziomach analizy. Pierwszym jest praca w terenie i gromadzenie danych. Poziom drugi obejmuje konceptualizację i tworzenie kategorii, hipotez oraz określanie ich właściwości na podstawie zgromadzonych danych. Natomiast trzeci to stworzenie teorii (zbioru zintegrowanych hipotez).

W związku z tym proces badawczy, w odróżnieniu od „tradycyjnych” metod postępowania badawczego, nie posiada charakteru liniowej progresji. Nie jest więc on nastawiony na weryfikację zbudowanych hipotez na podstawie później zebranych danych. Wzajemne powiązanie prowadzenia badań i rozwijania teorii daje możliwość tworzenia kategorii teoretycznych z danych empirycznych.

Zasadniczymi elementami MTU są: teoretyczne próbkowanie, kodowanie, teoretyczne nasycenie i ciągłe porównanie, a „składnikami” podstawowymi są kategorie, własności i hipotezy. Na poziomie konkretnych czynności badacza jest to: zbieranie danych, notatki, kodowanie, „memoingowanie”, sortowanie i pisanie. Elementy te i czynności składają się na proces badawczy oraz stanowią zasadnicze założenia MTU, które są następujące:

- jednoczesne zaangażowanie w zbieranie danych i analizę;
- konstruowanie kodów i kategorii analitycznych opartych na danych, a nie przyjętych z góry hipotezach powstałych w wyniku logicznej dedukcji;
- stosowanie metody ciągłego porównywania, co wiąże się z tworzeniem porównań podczas każdego etapu analizy;
- rozwijanie teorii na każdym etapie zbierania danych i analizy;
- pisanie not w celu opracowywania kategorii, określanie ich własności i związków zachodzących pomiędzy kategoriami oraz ustalenia luk;
- pobieranie próbek w celu skonstruowania teorii, nie zaś próbek reprezentatywnych dla populacji;
- dokonywanie przeglądu literatury po przeprowadzeniu niezależnej analizy²³⁴.

MTU postuluje ograniczenie prekonceptualizacji badań i założeń odnośnie do badanych zjawisk. Opisywana rzeczywistość społeczna ma się bowiem stopniowo odsłaniać przed oczyma analityka i badaczy (sukcesywnie z postęпами w gromadzeniu danych i analizą materiału). Oczywiście tego „zalecenia” nie należy traktować wyłącznie dosłownie. Zresztą stanowiło ono (między innymi) przedmiot sporów i dyskusji metodologów, których uznaje się za przedstawicieli swoistych szkół MTU²³⁵.

Zgodnie z założeniami ontologicznymi badań jakościowych pracy badawczej powinna towarzyszyć specyficzna otwartość badaczy, polegająca na konieczności „zawieszenia” posiadanej wiedzy. Oznacza to, że problematyka badawcza sformułowana przed badaniami ma charakter wstępny i tymczasowy. Podlega kolejno przeobrażeniom i zmienia się w miarę analizy pozyskiwanego materiału

²³⁴ K. Charmez, *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009: 12.

²³⁵ K. Konecki, *Studia z metodologii...*

badawczego (jest odpowiednio poszerzana o nowe zagadnienia i pytania lub zawężana).

Problematyka badań własnych została osadzona w szerokim kontekście sytuacji i relacji społecznych, jakie podejmują rodzice „alkoholików”, którym podlegają i w ramach których podejmują działania, w końcu zaś sposobu, w jaki je rekonstruuja, interpretują i zarządzają rzeczywistością społeczną. Podstawowe pytanie badawcze było następujące: jakie są etapy kariery rodzica (dorosłego) dziecka z problemem uzależnienia od alkoholu? Wstępne, szczegółowe pytania²³⁶ dotyczyły: typów rodzicielskiego zaangażowania, punktów zwrotnych (momentów przejścia od statusu do statusu) w karierze „bycia rodzicem alkoholika” oraz „udziału” reakcji bliskiego otoczenia (sąsiedzkiej, dalszych krewnych) w procesie stawania się takim rodzicem. Dodatkowo badania zmierzać miały do odpowiedzi na pytanie o przebieg procesu budowania zaufania do instytucji wsparcia społecznego (budowanie otwartości i gotowości na korzystanie z instytucjonalnych form wsparcia społecznego, „wpływu” instytucji na radzenie sobie z problemami powodowanymi nałogowym pićm dorosłego dziecka, relacje, w jakie wchodzi rodzice z personelem instytucji). Podczas tworzenia koncepcji badań pojawiło się także pytanie o to, czy rodzice podlegają (a jeśli tak, to jakim i w jaki sposób) procesom degradacji w kontaktach z instytucjami pomocowymi.

W wyjściowej koncepcji badań własnych²³⁷ punktem wyjścia uczyniłam „kariere rodzica (dorosłego) dziecka uzależnionego od alkoholu”. „Kariera” (w ujęciu socjologii interakcjonistycznej) odnosi się tu do przechodzenia przez człowieka przez kolejne fazy swojego życia (przejścia od jednego statusu do następnego) i obejmuje przemiany aktywności i podejmowanej odpowiedzialności²³⁸. Jest to swoisty proces „stawania się” kimś. Na gruncie badań z udziałem rodzin osób z problemowym pićm alkoholu pogłębionego opisu doświadczeń biograficznych żon „alkoholików” i osiągania przez nie poszczególnych faz „radzenia sobie” przez pryzmat realizowanych „kariery moralnych” dokonała Asher²³⁹. O jej badaniach pisałam w poprzednim punkcie.

Analiza materiału empirycznego zmodyfikowała wstępne założenia. Zrezygnowaliśmy²⁴⁰ z potraktowania kategorii kariery/stawania się kimś jako podstawowego klucza integrującego poszczególne znaczenia doświadczeń rodziców osób problemowo pijących alkohol, jednak nie znaczy to, że całkowicie elementy tej koncepcji były nieobecne podczas pracy z materiałem empirycznym. Owa rezygnacja z „czystego” badania procesu stawania się jest sprzężona bezpośrednio z sygnalizowanym wyżej osłabieniem znaczenia MTU (rozumianej jako kompletnej metodologii,

²³⁶ Były one opracowane dość szczegółowo ze względu na potrzeby związane z przygotowaniem wniosku o dofinansowanie badań.

²³⁷ Mam na myśli koncepcję badań sporządzoną na potrzeby wniosku o dofinansowanie (zob. *Wprowadzenie*).

²³⁸ Np. K. Konecki, Od redakcji. „Stawanie się” jako problem socjologiczny, [w:] Ł. T. Marciniak, *Stawanie się nauczycielem akademickim. Analiza symboliczno-interakcjonistyczna*, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, Monografie, 4(2), 2008: i–vi.

²³⁹ R. M. Asher, *Women with alcoholic husbands...*

²⁴⁰ Opisując prace zespołu analizującego materiał empiryczny, używam formy żeńskiej. W zespole był co prawda jeden badacz, ale jego zadanie ograniczyło się tylko do zebrania części wywiadów.

postępowania teoretyczno-metodologicznego, a nie jedynie procedur w jej obrębie) w badaniach własnych.

Głównym powodem modyfikacji postępowania badawczego czynię problemy związane z gromadzeniem i z uzyskaniem wartościowego materiału empirycznego, który pozwoliłby osiągnąć zamierzone cele w sposób pozwalający na stworzenie pewnego modelu teoretycznego charakterystycznego dla MTU. Podczas analiz (z wielkim trudem pozyskiwanego i zdobytego materiału) nie do końca udało nam się uchwycić dynamikę przebiegu procesu „stawania się rodzicem alkoholika/osoby z problemowym piciem” w obrębie specyficznej pracy nad tożsamością (dokonywanej przez rodzica i jego otoczenie), by stała się ona sama w sobie (wygenerowaną) teorią. W świetle badań własnych „stawanie się” rodzicem dziecka nałogowo pijącego alkohol, rozumiane jako specyficzny produkt społecznej interakcji, to definiowanie problemu (jego konceptualizowanie) oraz działania na rzecz osiągania kolejnych etapów „radzenia sobie” (oswajania problemu i rozwoju strategii rozwiązywania napotykanych trudności na wytyczonej ścieżce bycia tym rodzicem). Podróż osób badanych w celu „stawania się” rodzicem dziecka problemowo pijącego alkohol przebiegała w sieci społecznych powiązań oraz ograniczeń.

Tak więc kluczowym elementem opisu uczyniliśmy rodzicielskie „radzenie sobie” z problemami, jakie stwarza nałóg dorosłego dziecka. „Radzenie sobie” zawiera takie elementy, jak: sposoby definiowania „tego, co się stało”, i „tego, co się dzieje”, rozpoznawanie, gromadzenie i weryfikowanie zasobów (materialnych, rodzinnych, interpersonalnych, instytucjonalnych), podejmowanie działań w obrębie tzw. transferu usług rodzinnych, nie tylko międzypokoleniowego, ale również w obrębie rodziny poszerzonej (zob. podrozdział: *Ambiwalencja międzypokoleniowej wymiany troski i opieki*), warunki otwartości i oporu na korzystanie z instytucjonalnych form pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z nałogowym piciem dorosłego syna/córki.

Już pierwsze analizy wywiadów z rodzicami pokazały, że bardzo silnie wyłaniającym się z materiału „tropem” są skrajności w nadawanych przez rodziców znaczeniach swoim działaniom. Najprościej można byłoby je określić za pomocą: „miłość–nienawiść”, „troska–obrzydzenie”, „duma–rozczarowanie”. Dodatkowo obecny był tam element rezygnacji, a właściwie specyficznego pożegnania się z wizją naturalnej wymiany troski i opieki (w myśl relacji: rodzice–dzieci–dorosłe dzieci–rodzice). I tak – zasadniczym pojęciem, które inspirowało poszukiwania i integrowało szczegółowe ustalenia, stała się „ambiwalencja międzypokoleniowa”. Doświadczenia rodziców (dorosłego) dziecka z problemowym piciem alkoholu analizowane były głównie przez pryzmat ambiwalencji w obrębie specyficznej „roli” (z całym jej bagażem oczekiwań społecznych oraz kulturowych powinności, nakazów i norm wynikających z więzów rodzinnych).

Kolejny kierunek analizowania doświadczeń rodziców wyznaczała koncepcja procesów stygmatyzacji, a ściślej mówiąc stygmatu przeniesionego (zob. podrozdział *Stygmatyzowanie*). Dlatego też istotne było (z)gromadzenie materiału, który pozwoliłby prześledzić doświadczenia rodziców związane z reakcją społeczną (w perspektywie procesów stygmatyzacji) i kontaktami z instytucjonalnym

systemem wsparcia (perspektywa upublicznienia rodzinnego brzemienia). W jaki sposób rodzice angażowali „systemowe” służby społeczne (policja, lekarz pierwszego kontaktu, pogotowie, pracownik socjalny, psychiatra, psycholog, terapeuta; ktoś inny – kto?) w pokonywanie problemów związanych z uzależnieniem dorosłej córki/syna? W trakcie realizacji badań ten fragment dociekań został zmodyfikowany o doświadczenia rodziców, których działania nie są „skażone” pomocą instytucjonalną (wróć do tego wątku za chwilę).

Od samego początku jasne było to, że ważnym elementem rekonstruowania procesu owego „stawania się rodzicem alkoholika” będzie perspektywa przedstawicieli instytucji „pomocowych” (terapeutów, psychiatrów). Początkowo postawione zostały pytania o ich sposoby definiowania (nie)radzenia sobie z uzależnieniem dziecka przez rodziców czy zrekonstruowania „pożądanego” typu rodziny pacjenta (jaką jest pożądana relacja z przedstawicielem instytucji, na jakie problemy w relacjach z instytucją wskazują rodzice, a na jakie przedstawiciele instytucji pomocowych). Analiza materiału empirycznego pozwoliła odpowiednio rozwinąć te problemowe wątki, a w trakcie badań zostały sformułowane dodatkowe pytania badawcze. Z perspektywy terapeutów można było bowiem szukać odpowiedzi na pytanie, jakie są oczekiwania rodziców decydujących się na zwrócenie się o pomoc do instytucji i czy – a jeśli tak, to w jaki sposób zostały one „zaspokojone”.

Już pierwsze wywiady „odkryły” rodziców, których podczas opracowywania koncepcji badań (jeszcze na potrzeby wniosku) nie brałam pod uwagę, a mianowicie *rodzice nieskażeni instytucją*. Pojawiły się więc pytania o to, czy (a jeśli tak, to czym) różnią się warunki, przebieg i rezultaty ich działań na rzecz rozwiązywania trudności i niesienia pomocy dorosłemu dziecku od strategii rodziców korzystających z instytucjonalnego systemu wsparcia osób z diagnozą uzależnienia od alkoholu.

Rodzice nieskażeni instytucją to nazwa robocza, jaką posługiwaliśmy się podczas omawiania wyników i dylematów związanych z poszukiwaniem osób do dalszych badań. Określenie „skażenie instytucją” acz pejoratywne, stosowane przez nas było świadomie z dwóch powodów. Po pierwsze chodziło o specyficzny język narracji: nieobecność żargonu specjalistycznego w wypowiedziach rodziców, nielokowanie problemów rodzinnych w sferze medycznej (zob. podrozdział: *Medykalizowanie*). Po drugie zaś „skażenie” odnosimy tu bezpośrednio do goffmanowskiej kategorii procesów stygmatyzacji (zob. podrozdział: *Stygmatyzowanie*), gdzie „upublicznienie” swojego stygmatu odbywa się właśnie za pośrednictwem udziału w „pomocy” instytucji oraz samej „gotowości” (desperacji?) skorzystania z jej usług. Jeszcze jedną użyteczną perspektywą wyjaśnienia adekwatności roboczej nazwy „rodzice nieskażeni instytucją” jest kategoria samoleczenia, a właściwie warunków, w jakich ono przebiega (zob. podrozdział: *Między dewiacją a chorobą*).

To, co podnosi wartość każdych badań i zwiększa ich potencjał, to stosowanie triangulacji. Odniosę się do dwóch zastosowanych w prezentowanych badaniach, a mianowicie: triangulacji technik gromadzenia danych empirycznych i badaczy.

Materiał empiryczny stanowiły transkrypcje **wywiadów: swobodnych** (z personelem, z rodzicami), **autobiograficznych narracyjnych** (z rodzicami),

eksperckich (ze specjalistami) i **fokusowego** oraz notatki z **obserwacji** (dzięki udziałowi w otwartych mityngach AA dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu i ich bliskich oraz dyskusji w sesjach w ramach ogólnopolskiej konferencji). Obserwacje na mityngach poczynione zostały przeze mnie niejako „przy okazji” działań na rzecz pozyskania do badań rodziców, którzy uczestniczą w grupach wsparcia w obrębie ruchu AA. Na marginesie zaznaczę, że poszukiwania rodziców-uczestników grup skupiających członków rodzin osób nałogowo pijących nie przyniosły zakładanych rezultatów. W trwających blisko rok poszukiwaniach na terenie Łodzi rodziny „składały się” głównie z żon mężczyzn pijących problemowo alkohol. W lipcu 2018 roku wzięłam udział w dwóch spotkaniach AA, otwartych, adresowanych do osób bliskich i krewnych „alkoholików”, w których uczestniczyło kilkadziesiąt osób. Przedmiotem wyznań członków AA był opis doświadczeń w relacjach z rodziną, w tym także rodzicami. Ostatecznie więc poszukiwanie rodziców poprzez udział w spotkaniach w obrębie ruchu AA zakończyło się niepowodzeniem, ale pojawił się „nieplanowany” wcześniej materiał empiryczny.

Wywiad fokusowy został przeprowadzony podczas trwania konferencji naukowej. Spotkanie było nagrywane i filmowane, a następnie wykonano szczegółową transkrypcję²⁴¹. Z punktu widzenia analiz, jakie prezentuję w książce, wywiad ten stanowił jedynie dodatkowe źródło wiedzy i był niejako ostatnim elementem gromadzenia danych. Pod koniec trwania wywiadu prowadzące formułowały wcześniej przygotowane pytania, które bezpośrednio „wywodziły się” z dotychczasowych ustaleń w ramach badań. Wzięli w nim udział terapeuci, instruktorzy terapii uzależnień, pracownicy ośrodków interwencji kryzysowej, ośrodków pomocy społecznej, policjant i kuratorzy sądowi.

W tym miejscu zaznaczę, że uczestnicy wywiadów (swobodnych i fokusowego) – przedstawiciele instytucji publicznych i niepublicznych, które związane są z rozwiązywaniem problemów wynikających ze szkodliwego picia alkoholu, w trakcie realizacji badań pełnili wiele ról zawodowych jednocześnie (mimo że ostatecznie, na potrzeby oznaczenia fragmentów, ich wypowiedzi zostały przypisane jednej, dominującej). Przykładowo jeden z kuratorów sądowych był jednocześnie członkiem komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, jeden z psychiatrów to w przeszłości wieloletni dyrektor dużej instytucji leczenia odwykowego, a drugi to także pracownik naukowy.

Wróć do wywiadów eksperckich, które stanowiły dla mnie bardzo ważny fragment ogółu pozyskanych danych – czym różniły się one od pozostałych wywiadów ze specjalistami? Zaczę od prezentacji następującego sposobu rozumienia istoty takiego wywiadu, którym się kierowałam przy wyborze ekspertów:

W wywiadach eksperckich pytania zadane respondentom dotyczą nie tylko faktów lub stosunku do nich, lecz także prób ich wyjaśniania i przewidywania. Przyjmuje się zarazem, że respondenci

²⁴¹ O konferencji piszę we *Wprowadzeniu*. Dodam, że materiał empiryczny pozyskany z wywiadu fokusowego stanowi odrębny przedmiot analiz, a pozyskany charakter danych obejmuje o wiele szerszy zakres tematyczny niż problematyka rodziców i rodzin osób z uzależnieniem.

cechujący się dużym dorobkiem zawodowym lub dobrą quasi-profesjonalną wiedzą na dany temat (np. sportu amatorskiego), mogą prezentować interesujące propozycje analityczne. Dzięki wiedzy fachowej i „wyobraźni osadzonej w realiach” mogą również tworzyć wartościowe (realistyczne) prognozy rozwoju sytuacji w danym fragmencie rzeczywistości społecznej²⁴².

W ramach projektu zostały przeprowadzone dwa takie wywiady – z Mariolą Lelonkiewicz i Markiem Staniaszkiem.

Mariola Lelonkiewicz jest doświadczoną psycholożką i psychoterapeutką. Od 1996 roku wraz z mężem, Jackiem Lelonkiewiczem, prowadzi Centrum Terapii Krótkoterminowej w Łodzi. Pracuje na podstawie nowatorskiej metody, która traktowana jest jako pewna alternatywa dla dominującego modelu psychoterapii w Polsce. Jest to:

praca terapeutyczna, opierająca się na podejściu terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu (*Brief Solution Focused Therapy*). Założenia tej terapii opracowali w latach 80. Steve de Shazer i Insoo Kim Berg wraz ze współpracownikami [...]. Jest ona coraz szerzej stosowana na całym świecie jako podejście pozwalające oprzeć się na motywacji klienta i indywidualizujące jego terapię. Popularyzowane w Polsce od 1990 r. przez Centrum Terapii Krótkoterminowej w Łodzi podejście opiera się na trzech zasadach, znanych także z innych modeli pracy, niekoniecznie terapeutycznych. 1) Jeśli się nie zepsuło, nie naprawiaj. 2) Jeśli coś działa – powtarzaj to, rób to nadal. 3) Jeśli nie działa – zrób coś innego, nie powtarzaj tego²⁴³.

Oprócz tego, że Lelonkiewicz na co dzień zajmuje się psychoterapią, to jest także popularyzatorką podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniu w psychoterapii, uczestniczką wielu konferencji, superwizorką, autorką i realizatorką szkoleń itp. Jeszcze w latach 90. jej działalność zawodowa przebiegała i rozwijała się w kontakcie z uznanymi w Polsce twórcami modeli postępowania z osobami z uzależnieniem od narkotyków (z Markiem Kotańskim) czy alkoholu (z Jerzym Mellibrudą). Kierowała wówczas Ośrodkiem Terapii Odwykowej w Łodzi, który był jednym z wiodących w Polsce, gdzie szlifowała się koncepcja Mellibrudy. W swojej karierze zawodowej ma doświadczenie udziału w zagranicznych szkoleniach i organizowania specjalistycznych spotkań z ekspertami z całego świata. Na początku lat 90. wraz z mężem wprowadzała na grunt polski nowatorskie podejścia do leczenia uzależnienia od alkoholu i metod pracy. Byli oni entuzjastami innych metod niż „tradycyjny”, oparty wyłącznie na abstynencji, model terapii uzależnień. Podejmowali działania na rzecz zaszczepienia nowatorskich rozwiązań w Polsce poprzez organizowanie spotkań z udziałem uznanych i doświadczonych terapeutów z zagranicy. Definiowanie „alkoholizmu” przez pryzmat inny niż opór w terapii oraz kwestionowanie całkowitej abstynencji jako jedyne go celu pracy z pacjentem/klientem wywoływało wówczas znaczące kontrowersje, zwłaszcza wśród psychiatrów pracujących w lecznictwie odwykowym oraz działaczy ruchu AA. Idee, które wówczas spotykały się z ogromnym oporem w środowisku

²⁴² J. R. Stempień, W. A. Rostocki, Wywiady eksperckie i wywiady delfickie w socjologii – możliwości i konsekwencje wykorzystania. Przykłady doświadczeń badawczych, *Przegląd Socjologiczny*, 62(1), 2013: 90–91.

²⁴³ J. Lelonkiewicz, Praca psychoterapeutyczna ze sprawcami przestępstw seksualnych wobec dzieci, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 4(1), 2005: 139.

specjalistycznym, wprowadzali stopniowo w swojej praktyce terapeutycznej. Dziś podejście Lelonkiewiczów cieszy się dużym uznaniem i ma niekwestionowaną pozycję. Certyfikaty psychoterapeuty nadawane przez Polskie Towarzystwo Psychoterapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu (PTPSR) są zgodne ze wskazaniami Polskiej Rady Psychoterapii oraz akceptowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia²⁴⁴.

Marek Staniaszek jest lekarzem specjalistą w zakresie psychiatrii i terapii uzależnień. Przez wiele lat pracował w placówkach leczniczych dla osób z problemem uzależnienia od narkotyków i alkoholu. Był m.in. wieloletnim kierownikiem Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Łodzi. Przewodniczył też Komisji ds. Uzależnień Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zwłaszcza w latach 80. i 90. aktywnie uczestniczył w dyskursie specjalistycznym²⁴⁵ poświęconym warunkom (nie)skuteczności leczenia osób z uzależnieniem od alkoholu²⁴⁶ oraz narkotyków²⁴⁷ w Polsce. Między innymi na początku lat 80. brał aktywny i bezpośredni udział w pracach nad ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, a także nad ustawą o zapobieganiu narkomanii. Jest biegłym sądowym z zakresu psychiatrii oraz w sprawach dotyczących uzależnienia od alkoholu.

Znaczącym przedmiotem ustaleń i refleksji w jego pracach jest stan lecznictwa i kierunki rozwoju instytucjonalnych form wsparcia osób z uzależnieniem (i ich rodzin), w tym potencjalnych rozwiązań, które wzmocniłyby istniejący system i wypełniły jego niedostatki i luki²⁴⁸.

Wywiady te różnią się dość wyraźnie. Pierwszy, z Mariolą Lelonkiewicz, w głównej mierze obejmuje zagadnienia związane z podejściem do rodzin osób z uzależnieniem oraz zawiera szereg argumentów ostatecznie „rozprawiających się” z metaforycznym „sięganiem dna” jako warunkiem obligatoryjnym do rozpoczęcia pracy nad uzależnieniem. Marek Staniaszek natomiast analizuje przeszkody, które utrudniają leczenie osób z diagnozą uzależnienia. Skupia także uwagę na bardzo skomplikowanej i niejednoznacznej sytuacji rodziców osób szkodliwie pijących i narkotyzujących się. W wielu miejscach odnosi się do swoich bardzo bogatych doświadczeń w pracy z problemem uzależnienia od narkotyków czy alkoholu oraz z ich rodzicami. Wywiad ten jest poznawczy także z jeszcze innego powodu. Specjalista snuje swoje rozważania, przywołując znaczące etapy

²⁴⁴ Aktywność zawodową Marioli Lelonkiewicz opisałam, korzystając z danych ze strony Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu (PTPSR) (<http://www.ptpsr23.ayz.pl>) oraz z wywiadu przeprowadzonego 26 czerwca 2015 roku w Łodzi, w przeddzień V konferencji Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu, „Zdrowienie i Rozwój”, <https://docplayer.pl/39177502-Mariola-lelonkiewicz-dodajmy-ze-mielismy-po-31-lat-no-i-to-wiadomoco-to-znaczy-w-naszyczasach-oznaczało-to-to-samo-albo-jeszcze-gorzej.html> (dostęp: 30.06.2019).

²⁴⁵ M.in. M. Staniaszek, Is psychotherapeutic intervention (psychotherapy) an alternative to medication?, Abstracts of the VIII Conference on Ethanol-drug Interactions and Pharmacological Treatment of Alcohol Dependence, *Polish Journal of Pharmacology*, 54(5), 2002: 531–540; Tenże, *Farmakoterapia w stanach uzależnień (materiały z sympozjum), Radziejowice 9–10 grudnia 1985 roku*, Spółdzielcza Agencja Reklamowa, Warszawa 1987.

²⁴⁶ M. Staniaszek, Aktualny model lecznictwa odwykowego i rola izb wytrzeźwień w Polsce, *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 1992: 63–100.

²⁴⁷ J. J. Wąsik, M. Staniaszek, *Zwalczanie narkomanii w Polsce i w świecie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1993.

²⁴⁸ M. Staniaszek, Aktualny model lecznictwa...

swojej zawodowej biografii i z perspektywy ważnych zmian systemowych (formalno-prawnych), jakie dokonały się w czasie, gdy ona przebiegała. Obszerne fragmenty tego wywiadu zamieszczam w Aneksie.

Jeśli chodzi o **triangulację badaczy**, to mam na myśli nie tylko pracę zespołu (w terenie i na rzecz analizy wyników badań) skupiającego wiele realizatorów, ale także konsultacje z naukowcami niewchodzącymi bezpośrednio w jego skład. Bez wchodzenia w szczegóły natury metodologicznej należy zaznaczyć, że zadania i znaczenie celowego i świadomego organizowania zespołów, które składają się z różnych badaczy (biorących bezpośrednio udział w realizacji badań i innych, np. ekspertów), są dobrze opisane w naukowym piśmiennictwie poświęconym optymalnym warunkom „odkrywania” teorii ugruntowanej²⁴⁹, a także praktykowane w przestrzeni akademickiej na przykład jako warsztaty metodologiczne²⁵⁰. Z perspektywy doświadczeń pracy zespołu realizującego opisywany projekt badawczo-naukowy nasuwają się pewne spostrzeżenia.

Zespół tworzony był przez różnorodnych badaczy. Były to osoby, które jedynie zbierały dane w terenie, a także takie, które jednocześnie przeprowadzały wywiady i je analizowały, oraz te, które nie realizowały badań osobiście i uczestniczyły tylko w spotkaniach poświęconych opracowywaniu danych. Różnorodność zespołu związana była jednak nie tylko z rodzajem wypełnianych zadań „projektowych”, ale również posiadanymi kompetencjami wynikającymi przede wszystkim z doświadczenia. W zespole byli więc badacze „początkujący” i ci, którzy uczestniczyli wcześniej w projektach badawczych tego rodzaju. Członkowie zespołu różnili się też w zależności od etapu, na jakim przystąpili do niego (zmiana ta powodowana była urlopem związanym z macierzyństwem). W pracach zespołu badawczego uczestniczyły osoby, o których można by powiedzieć, że posiadają „tożsamość badaczki jakościowej”, jak i takie, które identyfikują się raczej z badaczami (i badaniami) w nurcie pozytywistycznym. Dwie uczestniczki zespołu badawczego oprócz pracy naukowej udzielały konsultacji psychologicznych, natomiast jedna, wykwalifikowana terapeutka uzależnień, miała w swojej biografii zawodowej kilkuletnią pracę w dużej instytucji leczenia odwykowego. W drugim roku trwania projektu do zespołu dołączył badacz, który jednocześnie był pracownikiem szpitala psychiatrycznego i wolontariuszem w schronisku dla osób w kryzysie bezdomności.

Ta różnorodność zespołu była niewątpliwie jego atutem z powodu wielości perspektyw, jakie się ujawniały podczas analiz. Była też czynnikiem utrudniającym pracę. Najważniejszą przeszkodą był różny poziom kompetencji w zakresie badań utrzymanych w nurcie paradygmatu interpretatywnego. W praktyce oznaczało to na przykład nadmiernie „zdroworozsądkowe” i niewynikające bezpośrednio z materiału empirycznego wnioskowanie, a także silne naznaczenie interpretacji myśleniem „normatywnym”. Dodam, że dwukrotnie w pracach zespołu badawczego uczestniczyli badacze „zewnętrzni”²⁵¹, z którymi były omawiane niektóre problemy.

²⁴⁹ A. L. Strauss, *Qualitative analysis for social scientists*, University Press, Cambridge 1987.

²⁵⁰ K. Kaźmierska, J. Wygnańska, Workshops as an essential practice in doing biographical research, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 15(2), 2019: 164–177.

²⁵¹ Pracownicy naukowcy Wydziału Nauk o Wychowaniu UŁ: prof. Jacek Piekarski z Katedry Badań Edukacyjnych i dr hab. Mariusz Granosik, prof. UŁ z Katedry Pedagogiki Społecznej.

Wracając do technik gromadzenia danych – napisałam, że podstawowymi były wywiady (narracyjne, swobodne, eksperckie, zbiorowy). W dalszej części tego punktu zasygnalizuję najważniejsze zjawiska towarzyszące gromadzeniu materiału empirycznego (zwłaszcza „jakości” i rodzaju pozyskanych wywiadów) przez pryzmat naukowej refleksji metodologicznej uprawianej na gruncie piśmiennictwa poświęconego problemom badań jakościowych. Ta część rozważań jest ważna nie tylko z punktu widzenia refleksji metodologicznej badań jakościowych, ale także zawiera uzasadnienie dla problemów, które ujawniły się w trakcie realizacji całego projektu badawczego. Mianowicie chodzi o sygnalizowane przeze mnie już wyżej problemy z gromadzeniem i pozyskaniem kompletnego (z punktu widzenia procedur MTU) materiału empirycznego.

Kiedy Kaźmierska obserwuje wielość prac powstałych pod szyldem badań biograficznych, konstatuje, że za empiryczny materiał biograficzny uznaje się to, co w myśl metodologii badań biograficznych nim nie jest. Badaczka ubolewa, że w sposób niefrasobliwy szafuje się terminologią związaną z warsztatem metodologicznym poprzez przykładowo: nazywanie wywiadów swobodnych wywiadami narracyjnymi, a interpretacją intuicyjnie wyłonionych wątków z wypowiedzi osób badanych²⁵². Jednak nawet najlepsze doświadczenia badacza czy badaczki nie są decydującym warunkiem na pozyskanie dobrego jakościowo wywiadu. Istnieje szereg czynników, które uniemożliwiają pozyskanie wywiadu spełniającego pożądane standardy, zwłaszcza jeśli mowa o wywiadzie narracyjnym.

Dlaczego badacz zakłada wywiady narracyjne, a ich nie otrzymuje? Jest to związane przede wszystkim z trzema czynnikami – kompetencjami warsztatowymi badacza, tzw. podatnością narracyjną oraz obszarem zainteresowania badacza²⁵³. Pominę ich opis, ponieważ są dobrze scharakteryzowane w licznych pracach, chociażby Kaźmierskiej²⁵⁴, ale nie tylko²⁵⁵. Pewną uwagę skupię na trzecim czynniku, ponieważ to w nim przede wszystkim upatrywaliśmy problemy z realizacją wywiadów – na trzech poziomach: 1) „znajdywania” osób, które spełniają kryteria, 2) pozyskiwania zgód na udział w badaniach oraz 3) podtrzymywania zgody w trakcie trwania wywiadów. Kiedy w końcu udało się pozyskać osobę do badań, „trudność tematu” negatywnie wpływała na przebieg wywiadu i powodowała, że „oczekiwana narracja”²⁵⁶ nią nie była. W przypadku tzw. trudnych tematów badawczych można powiedzieć, że często są to sytuacje, w których brak doświadczenia badacza nie potrafi „zepsuć” wywiadu, tak samo jak wysokie kompetencje nie potrafią go „uratować”.

²⁵² K. Kaźmierska, Badania biograficzne w naukach społecznych, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 9(4), 2013: 6–10.

²⁵³ Np. Taż, Wywiad narracyjny jako jedna z metod w badaniach biograficznych, *Przegląd Socjologiczny*, 53(1), 2004: 71–96.

²⁵⁴ Taż (red.), *Metoda biograficzna w socjologii: antologia tekstów*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2016.

²⁵⁵ Np. A. Wylegała, Badacz z Polski na Ukrainie: problemy metodologiczne, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 9(4), 2013: 140–151.

²⁵⁶ M. Granosik, Metoda biograficzna a emancypacyjna praktyka. Perspektywa społeczno-pedagogiczna, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 15(2), 2019: 118–130.

Mariusz Granosik pisze o powyżej rozpatrywanych problemach następująco:

Badacz podejmuje wszelkie możliwe wysiłki, by uzyskać jak najbardziej obszerną wypowiedź biograficzną, czyli szereg opisów wydarzeń, które mają znaczniki czasowe choćby w postaci odniesień, co następowało po/przed czym. Co więcej, opis ten nie powinien mieć zbyt wielu momentów nieciągłości biograficznej, a jeżeli się to zdarzy, to owe nieciągłości powinny stać się przedmiotem osobnych pytań. Jeżeli się to nie uda, materiał często nie przechodzi kwalifikacji jakościowej, wykluczając jednocześnie z pola analizy przestrzenie doświadczenia „nieudolnego” narratora. Co więcej, pojawia się pokusa przypisania winy badaczowi, który nie mając odpowiednich umiejętności i doświadczenia, nie był w stanie wywołać pełnowartościowej narracji²⁵⁷.

Być może więc to dlatego coraz częściej podnoszona jest przez naukowców konieczność odejścia od tzw. *big stories* na rzecz tzw. *small stories* oraz kwestionowana jest możliwość pozyskania pełnowartościowych narracji autobiograficznych (m.in. spełniających warunki bycia wypowiedzianymi „pierwszy raz”) we współczesnym świecie nasyconym licznymi konwencjami wymagającymi przemysłanych „autoprezentacji”²⁵⁸.

Trafne określenie Mariusza Granosika: „nieudani narratorzy” oddaje w pełni sygnalizowane zjawisko. Mowa o sytuacji, w której badacz pozyskuje przekonanie, że osoba, która wyraziła zgodę na wywiad, spełnia wszystkie kryteria poszukiwanych „cech” i żywi wobec niej w pełni uzasadnione oczekiwania zdobycia wartościowego materiału. Bywa, że badacz/ka pokonuje wiele kilometrów, by spotkać się z narratorem/-ką i już po kilku minutach ma poczucie rozczarowania i budzi się silne przeświadczenie, że to nie będzie wartościowy wywiad. Chciałam zaznaczyć, że problemy te omawiam z perspektywy autobiograficznych wypadów narracyjnych, ale równie dobrze może się zdarzyć, że wywiady swobodne będą tymi, w których badaczem będą targwały ambiwalentne odczucia. Bywa bowiem, że respondent wyraża zgodę na udział w wywiadzie, czasem nawet entuzjazm, natomiast podczas trwania rozmowy badacz/ka ma wrażenie bycia osobą, która indaguje, przeciska się z trudem przez jakiś niewidzialny mur, jaki nagle pojawia się między nim/nią a informatorem. To właśnie dlatego podczas analiz mówi się często o „wywiadach dobrych”, „szczególnie udanych” i „nieudanych”, „słabych”, „dziwnych” czy „nierównych”.

Przekładając te rozważania na przebieg badań własnych, mogę powiedzieć, że w rezultacie udało się pozyskać część materiału, o którym da się powiedzieć, że są to pełnowartościowe wywiady narracyjne²⁵⁹. Zdecydowana większość jednak nie spełnia tych warunków i były to wywiady swobodne (acz niektóre z nich z dość długimi fragmentami narracji). Nie stanowiło to jednak żadnej przeszkody,

²⁵⁷ Tamże: 124.

²⁵⁸ A. D. Brown, Y. Gabriel, S. Gherardi, Storytelling and change: An unfolding story, *Organization*, 16(3), 2009: 323–333; B. Czarniawska, *A narrative approach in organization studies*, Sage Publication, Thousand Oaks–London–New Dehli 1998.

²⁵⁹ Muszę zaznaczyć także, że dwa wywiady zostały pozyskane w ramach równolegle realizowanego projektu naukowo-badawczego przez jedną z uczestniczek zespołu, A. Cieślakowską-Ryczko. Były to badania z udziałem rodziców, których dzieci trafiły do więzienia. Okazało się, że w dwóch wywiadach najsilniej zaznaczył się problem alkoholowy syna i radzenie sobie z nim, gdzie uwięzienie było jedną z konsekwencji szkodliwego picia (Praca realizowana w ramach projektu badawczego nr UMO-2017/27/N/HS6/00501 finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki).

ponieważ naszym zamierzeniem nie było używanie procedur metody autobiograficznej do analizy danych. Rozbudowane wywiady biograficzne były pełne informacji i pozwalały na zbudowanie wstępnych założeń oraz wytyczenie zasadniczych kierunków poszukiwań.

1.3. Konteksty teoretyczne definiowania problemów i doświadczeń rodziców osób nadużywających alkoholu i z diagnozą uzależnienia

Przyczynowe i sprawcze funkcje języka

W obszarze językoznawstwa aktywna rola języka oraz traktowanie go jako zbioru doświadczeń społecznych kształtujących koncepcje świata stanowią przedmiot rozważań już w XIX wieku. Nie wchodząc w tym miejscu w szczegółowe prezentacje intelektualnych źródeł i różnych kierunków rozwoju współczesnych nurtów lingwistycznych²⁶⁰, należy odnotować refleksję etnolingwistów, że w języku utrwalony jest sposób postrzegania świata przez daną wspólnotę kulturową²⁶¹. Można więc powiedzieć, że „kultura języka” dominująca w danej społeczności jest źródłem wiedzy o tej grupie czy wspólnocie.

Opis języka z użyciem lingwistycznych kategorii analitycznych pomaga zrozumieć nie tylko specyficzną logikę sposobu myślenia jego użytkowników. Język ujawnia także sposoby interpretowania rzeczywistości oraz uwidacznia specyficzne perspektywy poznawcze poszczególnych aktorów komunikacji²⁶². Michał Wendland zauważa, że mimo znacznego upływu czasu, jaki upłynął od zwrotu lingwistycznego, problematyka językowo-komunikacyjna minął nadal bardzo ważną rolę we współczesnej refleksji filozoficznej, a pytania o udział języka w konstruowaniu rzeczywistości wciąż pozostają aktualne²⁶³.

Wspomniany zwrot lingwistyczny w naukach humanistycznych i społecznych dokonał się w drugiej połowie XX wieku i określenie to jest synonimem specyficznego przełomu w myśleniu o języku. Stanisław Gajda ryzykuje nawet porównanie

²⁶⁰ S. Grucza, A. Marchwiński, M. Płużyczka (red.), *Translatoryka. Koncepcje – Modele – Analizy. Księga jubileuszowa ofiarowana Profesor Barbarze Z. Kielar z okazji 80. rocznicy urodzin*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Kulturologii i Lingwistyki Antropocentrycznej, Warszawa 2010: 54–67; J. Warchała, *Kategoria potoczności w języku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2003.

²⁶¹ J. Bartmiński, O aktualnych zadaniach etnolingwistyki, *Etnolingwistyka. Problemy Języka i Kultury*, 28, 2016: 7–29; A. Kikiewicz, M. Wilczewski, Współczesna lingwistyka kulturowa: zagadnienia dyskusyjne (na marginesie monografii Jerzego Bartmińskiego *Aspects of Cognitive Ethnolinguistics*), *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego*, 67, 2011: 164–178.

²⁶² M. Kopińska, Język jako narzędzie interpretacji rzeczywistości – językowy obraz świata, *Mundu bat begirada anitz. Un mundo michas miradas*, 2, 2009: 53–76; J. Bartmiński, *Etnolingwistyka, lingwistyka kulturowa, lingwistyka antropologiczna, Język a Kultura*, 20, 2008: 15–33.

²⁶³ M. Wendland, *Konstruktywizm komunikacyjny*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM, Poznań 2011: 71.

statusu i rangi tego zwrotu dla rozwoju myśli intelektualnej do dziewiętnastowiecznych dokonań naukowych z zakresu genetyki czy teorii ewolucji. Píše o nim następująco:

Niebezpiepodstawnie mówi się, iż wiek XX był wiekiem języka [...]. Odkrycie to radykalnie zmieniło nasze wyobrażenia o roli języka w ludzkim świecie i jest szeroko wykorzystywane (reklama, propaganda, media). [...] Zwrot językowy polega więc na odkryciu językowego wymiaru zjawisk społeczno-kulturowych. Język jest zanurzony w prawie wszystkie zachowania ludzi – i w te „czysto” komunikacyjne, i w przedmiotowe. Służy nie tylko do reprezentowania i wyrażania świata realnego i umysłowego oraz do przekazywania informacji, lecz także do konstruowania świata i myślenia [...]. Jest więc aktywnym i kreatywnym czynnikiem życia ludzi²⁶⁴.

Językowi przyznano potężne moce przyczynowe i wykonawcze. Barwnie ilustrują to zjawisko następujące słowa:

Teoria chaosu deterministycznego dopuszcza możliwość, iż gwałtowny huragan może być skutkiem trzepotania skrzydeł motyla w miejscu odległym o tysiące mil. Wolno więc przypuszczać, że podobny efekt może wywołać ciche wyznanie *I love you*, a wykrzyżane *I hate you* skutkować niszczycielskim tornado²⁶⁵.

Właściwie to dorobek filozofów języka i nadanie mu aktywnej roli w tradzie: świat – myślenie – język stanowi genezę i punkt wyjścia wielu współczesnych nurtów intelektualnych. Na gruncie filozofii język jako przedmiot sporów o znaczenie słów i ich adekwatność w opisie ma długą tradycję. W zależności od uprawianego kierunku rozważań o języku filozofowie skupiają się na używaniu wyrażen w sytuacjach mówienia lub koncentrują się na znaczeniu wypowiedzi. Spadkobiercami zapoczątkowanej jeszcze w XVIII wieku orientacji, która przekształciła filozofię myślenia w filozofię języka i znaczenia, są różne nurty intelektualne w ramach nauk humanistycznych i społecznych, jak np. filozofia hermeneutyczna, amerykański (neo)pragmatyzm, symboliczny interakcjonizm czy postmodernizm.

W tym miejscu przywołam podstawowe kategorie wprowadzone do powszechnego obiegu naukowego przez amerykańskiego filozofa Johna L. Austina na początku lat 60.²⁶⁶ i wyłożone w jego teorii aktów mowy oraz nieznacznie zasygnalizuję „miejsca kłopotliwe”²⁶⁷ jego poglądów, przywołując stanowisko niektórych spadkobierców jego twórczości. Naskicowanie dorobku Austina jest zasadne, ponieważ w dalszej części będę przywoływać poglądy współczesnych intelektualistów, których fundamenty prac opierają się właśnie na jego teorii aktów mowy.

²⁶⁴ S. Gajda, *Lingwistyka XXI wieku, Polonica*, XXXIII, 2013: 8.

²⁶⁵ E. Kałuszyńska, *Język a rzeczywistość matematyczna. Performatywna funkcja języka, Filozofia Nauki*, 2(62), 2008: 5.

²⁶⁶ Zawarł je w wykładach, które ukazały się w druku po jego śmierci, w 1962 roku: J. L. Austin, *How to do things with word. The William James Lectures delivered at Harvard University in 1955*, Clarendon Press, Oxford 1962 (książka ta stanowi zbiór jego dwunastu wykładów na temat poglądów, o których we wstępie książki (s. v) można przeczytać, że kształtowały się już pod koniec lat 30. Polskojęzyczny przekład zapisów tych wykładów jest dostępny w przywoływanej wcześniej książce J. L. Austina, *Mówienie i poznawanie: rozprawy i wykłady filozoficzne*, PWN, Warszawa 1993.

²⁶⁷ Sformułowania tego używam za Vatsovem Dimitarem, *Performatyw: suwerenna władza zamiast subwersji?* (Austin, Derrida, Butler), *Przestrzenie Teorii*, 23, 2015: 224.

Punktem wyjścia w myśli Austina było rozróżnienie wypowiedzeń na: konstatacyjne (tj. konstatacje, stwierdzenia) i performatywne (tzw. performatywy). Można by je ująć następująco: o ile te pierwsze opisują świat, o tyle drugie go zmieniają.

„Wczesny” Austin koncertuje uwagę na tych wypowiedzeniach i stwierdza, że konstatacjom przysługuje prawdziwość lub fałszywość, które można obiektywnie ocenić (w sensie logicznym). Natomiast performatywność języka oznacza możliwość działania za pomocą słów. W odróżnieniu od wypowiedzeń konstatacyjnych performatywom nie da się przypisać ani prawdziwości, ani fałszywości. Mowa tu o wypowiedziach zawierających zwykłe czasowniki, które jednak użyte w określony sposób i w konkretnych warunkach powodują, że ktoś, kto je wypowiada, „raczej coś robi, niż tylko coś mówi”²⁶⁸. Są to więc wypowiedzi, które powołują „coś” do istnienia, tworzą i stwarzają rzeczywistość²⁶⁹. Mówiący, wypowiadając określone formuły (np. „tak” podczas ceremonii zaślubin), zmienia rzeczywistość stosunków międzyludzkich. Sprawcza moc słów tkwi szczególnie w sile przysięg, przekleństw, rozkazów, wyroków sądowych czy nadawania nazw określonym zjawiskom, relacjom czy wydarzeniom. Austinowskie znaczenie performatywu koncentruje się na fakcie dokonywania (się) czynności za pomocą słów.

Z czasem Austin porzuca kategoryjalną dychotomię „twierdzenie-performatyw” i przyjmuje nowy system klasyfikacji: lokucji, illokucji i perlokucji²⁷⁰. Akt lokucyjny to po prostu „mówienie czegoś” – wydawanie odpowiednich dźwięków, które są znakami pewnego języka (brzmiące słowa, napisy, gesty). Perlokucyjny to wywoływanie wpływu na myśli, zachowania czy uczucia odbiorcy aktu mowy (np. wywołanie gniewu, spowodowanie rozbawienia, a także zmiany decyzji itp.). Illokucyjne natomiast stanowią „moc” wypowiedzi. Austin podzielił je według kryterium pięciu rodzajów mocy.

Dana moc illokucyjna zależy od sposobu wygłoszenia określonej wypowiedzi (np. intonacji), jej kształtu słownego, a także gestu i mimiki. Przede wszystkim jednak moc tego aktu mowy zależna jest od charakteru sytuacji komunikacyjnej. I tak przykładowo: skazywanie, uniewinnianie, wartościowanie, stawianie diagnozy, ustalanie stopnia, analizowanie to tzw. osądzeniowce. Ich moc jest związana z tym, że są to słowa wypowiadane przez jakiś autorytet w danej dziedzinie – skazuje i uniewinnia sędzia, wartościuje i ocenia – nauczyciel, diagnozę stawia ekspert itp. Kolejno, „sprawczymi” są te akty mowy, które wiążą się ze sprawowaniem władzy i tę władzę urzeczywistniają. Mamy więc tu w akcie mowy takie wyrażenia i zwroty, które zawierają czasowniki stanowiące o: rozkazywaniu, degradowaniu, nominowaniu, uchylaniu, unieważnianiu, zobowiązaniu, zwalnianiu, zakazywaniu itp. W grupie „sprawczych” aktów mowy są także następującego rodzaju: modlenie, błaganie, zaklinanie czy wyklinanie.

Trzecią grupę aktów mowy stanowią według Austina „zobowiązaniowce”, czyli takie, które obligują wypowiadającego dane słowa do zrobienia czegoś

²⁶⁸ J. L. Austin, *Mówienie i poznawanie...*: 313.

²⁶⁹ Zob. także: A. Kuchta, *Zaklęcia, tabu i zaklinania – w jaki sposób język tworzy świat?: rola magii językowej w społecznościach pierwotnych*, *Maska. Magazyn Antropologiczno-Społeczno-Kulturowy*, 1(33), 2017: 117–128.

²⁷⁰ J. L. Austin, *Jak działać słowami*, [w:] Tegoż, *Mówienie i poznawanie...*

(teraz lub w przyszłości). Są to: obietnice, deklaracje, ślubowania, oświadczenia, poręczenia, zapewnienia itp. „Zachowaniowce” z kolei służą do wyrażania stanów psychicznych czy przejawiania określonych postaw nadawcy aktu. Należą do nich akty mowy, które mają za zadanie: przeproszenie, dziękowanie, gratulowanie, sympatyzowanie, chwalenie, a także: krytykowanie, protestowanie, stawianie czoła, przeciwstawianie się itp. Ostatnimi są „wykładniowce”, które nadają status argumentom podczas konwersacji. Ukazują charakter wypowiedzi (np. czy jest to odpowiedź, polemika, przykład, informacja, zwątpienie, postulat). Przykładowo są to takie czasowniki, jak: twierdzić, zauważać, informować, pytać, donosić, zgadzać się, poprawiać czy wyjaśniać.

Efekt wypowiedzi performatywnych jest uzależniony od istnienia i wypełnienia określonych warunków. Wypowiedzi takie odbywać się muszą w odpowiedniej ramie konwencji i wymagają związanych z nią „gier językowych”²⁷¹. Oznacza to, że beneficjentów „udanych” wypowiedzi performatywnych wiąże specyficzna, wspólna forma życia oraz przekonanie o potrzebie i słuszności podejmowanych przez nich działań. Sam Austin podkreślał konieczność istnienia tzw. pozytywnego myślenia oraz wiary w słowa uczestników performatywnych aktów mowy.

Oczywiście Austin nie był pierwszym badaczem języka, który zwrócił uwagę na rolę słów w kształtowaniu sfery zobowiązań i uprawnień i dostrzegł „wiązący” charakter aktów mowy. Przed Austinem zagadnienie to podejmowane było jednak na marginesie rozważań i dopiero on jako pierwszy poświęcił mu osobną uwagę, opisał je, zdefiniował oraz stworzył kryteria określające wypowiedzi performatywne. Jego oryginalnym wkładem do wiedzy jest przede wszystkim to, że posłużył się ideą aktu mowy do skonstruowania przełomowej koncepcji języka o szerokim zakresie zastosowań, co zmieniło myślenie o naturze języka²⁷². Jak pisze Vatsov Dimitar:

[...] podstawowe odkrycie Austina polega na ujawnieniu performatywności i pokazaniu, że czyste „twierdzenie” jest po prostu idealizacją, że czysta reprezentacja rzeczywistości to tylko filozoficzna ideologia. Wprowadzenie performatywności znosi ostre rozróżnienie między językiem a rzeczywistością [...]. Jeśli wszystko jest działaniem, wówczas jedyne rozsądne „ontologiczne” pytanie, które pozostaje, brzmi: jaką rzeczywistość czy jakie rzeczy tworzymy, kiedy coś mówimy (lub piszemy)?²⁷³

Performatywna funkcja języka badana jest na wielu płaszczyznach. Wypowiedzi performatywne są istotną, teoretyczną kategorią analiz filozofów, logików czy językoznawców. Dimitar uważa, że wybór dorobku Austina jako ważnego źródła teoretycznego jest uzasadniony przede wszystkim tym, że za pomocą kategorii performatywu można kierować uwagę analizy na mikropoziom elementarnych (pojedynczych) aktów mowy i/lub zdarzeń. Co więcej, sądzi, że nawet jeśli kontynuatorzy jego myśli podważają niektóre jego ustalenia, to krytyczne analizy są „raczej ostrzeżeniami dotyczącymi tego, jak nie czytać Austina niż atakami na sam projekt”²⁷⁴.

²⁷¹ M. J. Kozłowski, Język gra rolę! Studia performatywne między filozofią a antropologią, *Tematy z Szewskiej*, 2(12), 2014: 75–108.

²⁷² B. Chwedeńczuk, Wstęp, [w:] J. L. Austin, *Mówienie i poznawanie...*

²⁷³ V. Dimitar, Performatyw: suwerenna władza zamiast subwersji?...: 221.

²⁷⁴ Tamże: 224.

Prezentacja krytyki ustaleń Austina nie ma w tym miejscu sensu. Zresztą współcześni intelektualiści nie kwestionują jego teorii jako takiej, tylko poszczególne jej elementy. Przykładowo założenia tego filozofa stoją w sprzeczności z konwencją sztuk widowiskowych i innych form działań, których przebieg jest niejawnym czy niejasnym. Widowiska takie z kolei znajdują się w centrum zainteresowań performatyków²⁷⁵, którzy są przecież intelektualnymi spadkobiercami dorobku Austina (mimo że aspekt werbalny działań ludzkich znajduje się na marginesie ich zainteresowań w stosunku do czynnościowego wymiaru działania).

Mówiąc o krytyce, przywołam dwie postaci: Jacques'a Derridy i Judith Butler (zresztą w niektórych miejscach bardzo zbieżnych ze sobą, mimo różnic kontekstowych²⁷⁶). Pierwszy kwestionuje nadanie przez Austina prymatu mowie. Wskazuje także na performatywną moc nie tylko mowy, lecz także pisma²⁷⁷. Ponadto koncentruje swoją uwagę na „niepewnym” kryterium wyraźnego performatywu²⁷⁸, jakim jest – zgodnie z twierdzeniem Austina – występowanie czasownika w pierwszej osobie liczby pojedynczej, czasie teraźniejszym, trybie oznajmującym i stronie czynnej. Derrida krytycznie odnosi się również do stanowiska Austina o warunkach powodzenia performatywu (tak zwanej: fortunności), czyli konieczności istnienia powszechnie akceptowanej procedury, intencji uczestników aktów mowy. Warunki te zdaniem Austina muszą być spełnione, by performatyw był udany²⁷⁹. Derrida uważa, że wprowadzenie przez Austina warunków fortunności i myślenie o nich w kategoriach „udany–nieudany” powoduje utratę korzyści, jakie daje wypracowana przez niego kategoria performatywności. Krytykę Derridy zwięźle określa Dimitar, pisząc:

Osiągnięcie Derridy polega na wykazaniu, że pozycja mówiącego jest automatycznie ustanawiana przez działanie, tak jak sygnatura jest natychmiast łączona z pismem dokumentu. Nie ma żadnej tożsamości podmiotu uprzedniej wobec działania, która byłaby jego autentycznym intencjonalnym „źródłem”, lecz przeciwnie, samo działanie ustanawia pozycję podmiotu jako sygnaturę²⁸⁰.

Derrida odbiera podmiotowi wypowiadającemu słowa wyłączną sprawczość. W zamian wprowadza kategorię „cytatości”. Oznacza to, że wypowiedane z pozycji autorytetu sądy (ich powtarzanie) zakorzenione są głęboko w dyskursywnej

²⁷⁵ Performatyka jako dziedzina badań społecznych korzysta z dorobku socjologii, etnografii, studiów kulturowych, antropologii kulturowej, teatrologii i studiów nad komunikowaniem. Przedmiotem badań performatywnych jest ekspresja (aktywność ludzka). W zakresie zainteresowań performatyki pozostaje zarówno odgrywanie (performance), jak i to, co performatywne; A. Kawalec, *Przyjemność i działanie w performansie, performatyce i sztukach performatywnych*, *Przegląd Filozoficzny*, 2(82), 2012: 349–362.

²⁷⁶ Przykładowo Derrida i Butler twierdzili, że performatywność jest cytowaniem, ciągłym powtarzaniem pewnych zachowań (ale tych już zastałych).

²⁷⁷ J. Derrida, *Sygnatura, zdarzenie, kontekst*, [w:] Tegoż, *Pismo filozofii*, Inter Esse, Kraków 1992.

²⁷⁸ W wykładzie pt. *Jak działać słowami*, [w:] J. L. Austin, *Mówienie i poznawanie...*: 615; Austin czasownik taki nazywa wyraźnym czasownikiem performatywnym, a wypowiedź, w której się go używa: performatywem wyraźnym.

²⁷⁹ Przykładowo performatyw był niefortunny, jeśli jego wypowiedzenie nie stwarzało zawartego w nim działania (np. wypowiedzenie słów: „mianuję cię na...” nie pociąga za sobą rzeczywistego otrzymania stopnia).

²⁸⁰ V. Dimitar, *Performatyw: suwerenna władza zamiast subwersji?...*: 229.

tradycji. Stanowisko to podziela Judith Butler²⁸¹. Zresztą jej rozumienie performatywności dokonało się w dużej mierze właśnie bezpośrednio pod wpływem poglądów Derridy.

Również dla Butler „cytatowość” jest mechanizmem, który nadaje moc oddziaływania performatywności, tzn. staje się on efektywny i powołuje do życia to, co nazywa. Istotne jednak jest stwierdzenie za Derridą, że żadna wypowiedź performatywna nie mogłaby się powieść, gdyby nie była zacytowaniem jakiejś innej w ramach dominującego dyskursu.

Rasistowska mowa działa poprzez przywoływanie konwencji, musi krążyć, i chociaż potrzebuje podmiotu, który ją wypowie, to ani nie zaczyna się od mówiącego podmiotu czy od konkretnego użytego słowa, ani się na nich nie zatrzymuje²⁸².

Butler stawia pytanie o to, w jakiej mierze dyskurs uzyskuje władzę powodowania tego, co nazywa, w drodze cytowania językowych konwencji władzy (konwencji, które same w sobie są spuścizną cytowania) i pisze między innymi, że:

Działanie to stanowi echo dawniejszych działań i skupia w sobie siłę władzy wskutek powtórzenia lub cytowania wcześniejszego wypełnionego władzą zbioru praktyk. Nie chodzi o to, że akt mowy odbywa się w ramach pewnej praktyki, lecz że sam w sobie jest zrytualizowaną praktyką [...] żaden termin czy stwierdzenie nie mógłby działać performatywnie bez zakumulowanej i skrywającej się historyczność siły [...]. Kto wypowiada rasistowską obelgę, tym samym cytuje ją, a więc wchodzi w językową wspólnotę z historią jej używania²⁸³.

Tak więc to, co zapewnia skuteczność wypowiedzi, to specyficzny proces cytowania. W tej perspektywie akty performatywne to jeden ze sposobów sprawowania władzy. Autorytarne „wypowiadanie”, a właściwie powtarzanie danej formułki, nadaje jej moc sprawczą.

Idąc tym samym tropem co Derrida, Butler twierdzi, że płęć jest właśnie efektem (konstruktem) powtarzania (cytowania) obiegowych opinii, a szczególnie używania językowych uzusów. Powtarzanie norm płciowych jest według Butler przymusowe i powoduje „zmaterializowanie płci” (ciała). Rozwinę nieznacznie tę myśl, powołując się na badania „płci języka”²⁸⁴ oraz analizę stereotypów w nich zawartych²⁸⁵.

Punktem wyjścia dla badań nad wartościującą rolą języka w kształtowaniu wyobrażeń mówiących i słuchających na temat płci jest teza o jego androcentryzmie. Język jest nośnikiem informacji i wyrazicielem opinii i postaw jego użytkowników wobec kobiet i mężczyzn. W formach językowych bardzo często zawiera się mniej czy bardziej jawny przekaz oparty na stereotypach, które z kolei są

²⁸¹ J. Butler, *Uwikłani w płęć. Feminizm i polityka tożsamości*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2008; Taż, *Walczące słowa. Mowa nienawiści i polityka performatywu*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2010.

²⁸² J. Butler, *Walczące słowa...*: 45–46.

²⁸³ Tamże: 63.

²⁸⁴ M. Duda, Płęć języka, [w:] I. Chmura-Rutkowska i in. (red.), *Gender w podręcznikach. Projekt badawczy. Raport*, t. I, Fundacja Feminoteka, Warszawa 2016: 186–198.

²⁸⁵ J. Bartmiński, Polski stereotyp „matki”, *Postscriptum Polonistyczne*, 1(1), 2008: 33–53.

uproszczonymi sądami wartościującymi utrwalonymi silnie w pamięci zbiorowej²⁸⁶. Aby zilustrować opisany mechanizm „działania języka”, odniosę się do części zasadniczych bohaterów tej książki – matek.

Na gruncie wiedzy potocznej funkcjonuje zróżnicowanie i cieniowanie funkcji pełnionych przez matkę wobec dziecka. Szczególnie ciekawie zjawisko to uwiadacza się we frazeologizmach. Analiza danych językowych pozwala wydobyć najbardziej popularne (utarte) frazeologizmy oparte na słowie „matka”, które nie tylko szczegółowo charakteryzują relację matki i dziecka, ale precyzują charakter jej społecznej roli. Najogólniej mówiąc, tworzą one językowy obraz, czyli stereotyp matki²⁸⁷.

Przykładowo w języku polskim funkcjonuje wiele frazeologizmów (np. *Matka to kołdra, przykrywa błędy dzieci i grzechy męża; Serce matki to przepaść, na której dnie zawsze się znajdzie przebaczenie*) oraz ogólnie znanych przysłów i sentencji (np. *Ojciec jest głową rodziny, a matka jej sercem; Jedna matka dziecięć synów wychowa, a jednej matki dziecięć synów żywić nie mogą; Gniew matki jak śnieg, dużo napada, szybko topnieje*), w których znajdują się opisy matki, a przekaz określa się jako społeczną prawdę. „Społeczne prawdy” o matce przekazywane są też w popularnych utworach rozrywkowych (jak np. fragment tekstu piosenki Wojciecha Młynarskiego: „Nie ma jak u mamy, ciepły piec, cichy kąt...”), a także przekazach ludowych innych niż przysłowia (np. tzw. matka pieśniowa²⁸⁸ ukazuje się nam jako ta, która: kołysza, czuwa, karmi, odziewa, jest czuła, a jej przedmiotowymi atrybutami są: kołbka/kołyska, chleb oraz koszula dla dziecka). Nawet pobieżna analiza przytoczonych w poprzednim zdaniu przykładów pozwala stwierdzić, że podstawą obrazu matki w codziennym języku polskim jest stałość, bezwarunkowość i niezmiennność jej miłości, a ona sama jest rodzajem przystani i przestrzeni (fizyczna i symboliczna), w której można się schronić bez względu na wiek. W tak przedstawionych sformułowaniach zawiera się pochwała macierzyństwa i jego powinności, a także zbiór pewnych oczekiwań²⁸⁹.

Przywołanie Butler²⁹⁰ w części poświęconej performatywom jest nieprzypadkowe nie tylko dlatego, że odnosi się ona do twórczości Austina czy Derridy i analizuje warunki oraz rolę wypowiedzi performatywnych w procesie „stawania się” kimś (*gender*)²⁹¹. Jej postać jest tu także ważna z punktu widzenia dylematów związanych z „nazywaniem” osób korzystających z rozmaitych przyczyn i w różny sposób z pomocy instytucji czy szerzej – systemu, a co więcej – „uwikłanych w płęć” i przypisane im z tego powodu powinności²⁹². Butler traktuje bowiem teo-

²⁸⁶ M. Karwatowska, J. Szpyra-Kozłowska, *Lingwistyka płci. Ona i on w języku polskim*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2005.

²⁸⁷ J. Bartmiński, *Polski stereotyp...*

²⁸⁸ Tamże.

²⁸⁹ E. Mandal, *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.

²⁹⁰ J. Butler, *Walczące słowa...*

²⁹¹ Taż, *Uwikłani w płęć...*

²⁹² Sygnalizowałam wcześniej wnioski z badań (rozdział 2), że to kobiety (żony, partnerki życiowe, matki) częściej korzystają z instytucjonalnych form pomocy i wsparcia niż mężczyźni. W drugiej części wykażę także, że rodzicami angażującymi się w pomoc dzieciom szkodliwie pijącym alkohol są w pierwszym rzędzie matki.

rię aktów mowy Austina jako narzędzie analizy zjawisk „wrażliwych” społecznie. Zresztą (i naturalnie jako konstruktivistka) w swojej twórczości nawiązuje bezpośrednio²⁹³ do dorobku Michela Foucaulta²⁹⁴, do którego odniosę się w następnym podrozdziale (choć nie tylko w związku z jego twórczością dotyczącą płci i seksualności).

Chociaż Butler głównie kojarzona jest z koncepcją radykalnej performatywności płci, najwięcej uwagi poświęca sprawczości języka, a swoje poglądy określa nawet mianem teorii językowej sprawczości²⁹⁵. Butler nadaje językowi władzę (np. ranienia), pisząc we wstępie książki poświęconej mowie nienawiści następująco: „[...] język działa, i to działa przeciwko nam”²⁹⁶. Dalej zaś stwierdza:

Robimy rzeczy słowami, wytwarzamy skutki za pomocą języka oraz robimy różne rzeczy językowi, ale również język jest czymś, co robimy. Język jest nazwą naszego działania, jednocześnie „tym”, co robimy (nazwą charakterystycznego działania, które wykonujemy), jak i tym, co wywołujemy, aktem i jego następstwami²⁹⁷.

Dla Butler performatywy stanowią klucz do analizy językowego oraz społecznego konstruowania podmiotów i ich płci kulturowej (rozumianej nie jako stabilny wskaźnik kulturowy, ale jako „stawanie się” i powtarzanie określonych działań). Performatywy posiadają nie tylko wartościujący charakter, ale mają władzę, „rządzą mikropolityką”²⁹⁸. Zdaniem Butler ktoś, kto wypowiada słowa mające moc oddziaływania na rzeczywistość, posiada władzę, a także ktoś, kto używa określonych słów i z właściwą intencją wypowiada performatywy, sprawia wrażenie, że posiada władzę²⁹⁹.

Podobnie jak Derrida, krytykuje Austina za jego przekonanie o warunkach, jakie muszą być stworzone, by dana illokucja miała swoją moc sprawczą. Dowodzi niemożności jednoznacznego ustalenia ram takich warunków, a niestałość i tymczasowość wypowiedzi skłania ją do traktowania języka jako bytu autonomicznego³⁰⁰. „Walczy” z negatywnymi konsekwencjami wypowiedzanych słów poprzez odbieranie im statusu suwerenności. Przykładowo, sprzeciwiając się angażowaniu państwa w rozstrzyganie problemów związanych z tzw. mową nienawiści, argumentuje swoje stanowisko brakiem zgody na przyznawanie mu prawa poprzez stwarzanie warunków (przyzwolenia, akceptacji) do posiadania monopolu na znaczenia (i w rezultacie arbitralnego rozstrzygania, co jest, a co nie jest raniące).

²⁹³ Taż, *Uwikłani w płęć...*; A. S. Callis, Playing with Butler and Foucault: Bisexuality and queer theory, *Journal of Bisexuality*, 9(3–4), 2009: 213–233.

²⁹⁴ M. Foucault, *Historia seksualności*, Czytelnik, Warszawa 2000.

²⁹⁵ Np. J. Butler, *Uwikłani w płęć...*: 29.

²⁹⁶ Taż, *Walczące słowa...*: 9.

²⁹⁷ Tamże: 16.

²⁹⁸ V. Dimitar, Performatyw: suwerenna władza zamiast subwersji?...: 232.

²⁹⁹ J. Butler, *Walczące słowa...*

³⁰⁰ Pogląd ten stanowi między innymi uzasadnienie dla jej sprzeciwu wobec kryminalizowaniu mowy nienawiści. Prawna regulacja i działania wymiaru sprawiedliwości powodują, że mowa ta jest powtarzana, cytowana, oznaczana, interpretowana i przez to dochodzi do utrwalania krzywdzących słów, a także nadania znaczenia słowom trwałości i wzmocnienia siły ich oddziaływania. Butler mówi więc, że to w tymczasowości i płynności aktów mowy tkwi klucz do rozbrojenia mowy nienawiści, np. poprzez zastosowanie strategii pastiszu; zob. także: B. Stopel, Rozbrajając „Walczące słowa” Judith Butler, *Przestrzenie Teorii*, 17, 2012: 63–78.

Polityczna (nie)poprawność rodziców alkoholików

Podrozdział ten rozpocznę od nawiązania do obserwacji poczynionej podczas trwania konferencji, która odbywała się w ramach realizowanego projektu naukowo-badawczego poświęconego rodzicom osób problemowo pijących alkohol. Pisałam o niej we *Wprowadzeniu*. Po pierwszej części wykładów i referatów rozpoczęła się dyskusja uczestników. Na jej zakończenie głos zabrała moderatorka sesji, prof. Lidia Cierpiąłkowska z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, która wyraziła zdziwienie, a jednocześnie troskę powodowaną tym, że – jak to ujęła – dawno nie zdarzyło jej się usłyszeć tylu terminów i nazw, które mają potężny, negatywny ładunek emocjonalny i które nie tylko nie są profesjonalne, ale zwyczajnie przestarzałe oraz krzywdzące, pejoratywne, stygmatyzujące. Wyraziła zdumienie dla wolno postępujących zmian w zakresie używanej terminologii na gruncie prawa, „codziennej” pracy socjalnej czy kuratorskiej, a jednocześnie specyficzne zrozumienie dla czasu trwania tych procesów językowych. Pewne określenia dotyczące problematyki („alkoholik”, „alkoholizm”) są bardzo głęboko zakorzenione w kulturze języka polskiego i jego codzienności, także tej publicznej. Jednakże nawet jeśli wypowiedane są bez szczególnie złych intencji, automatycznie, bezmyślnie, to nie znaczy, że nie posiadają swojej złej mocy. Przy okazji zrekonstruowała pewne wyraźne doświadczenie w pracy ze studentami. Grupa młodych ludzi relacjonowała jej swoje obserwacje i w ich języku diagnozy zaznaczał się bardzo wyraźnie zestaw słów niezwykle deprecjonujących, pejoratywnych, stygmatyzujących – słów, w których zawierała się pogarda dla człowieka „gorszego”.

Kiedy tworzyłam koncepcję tej książki, w jej roboczym tytule zawarłam wyrażenie: „rodzice dorosłych alkoholików”. Wraz z jej przygotowywaniem tytuł uległ zmianie, tak samo zresztą, jak osłabianiu podlegały opory, jakie u siebie obserwowałam, oraz ich źródła, jakie sobie uświadamiałam, gdy dostrzegłam kierunki zmian w sposobie nazywania problemów związanych z piciem alkoholu, kryzysem bezdomności itp. Te osobiste refleksje zakończę optymistyczną obserwacją zrealizowaną podczas kilku wykładów ze studentami różnych roczników pedagogiki, w tym studiów podyplomowych w roku akademickim 2018/19. Dokonałam analizy istoty, znaczenia oraz kierunku przemian w obrębie terminologii wybranych zjawisk społecznych i z zakresu zdrowia psychicznego. Reakcje młodych ludzi (studia pierwszego i drugiego stopnia) i doświadczonych w pracy z młodzieżą z niepełnosprawnościami i z zaburzonym zachowaniem nauczycieli i wychowawców (studia podyplomowe) były niezwykle pozytywne. Odniosłam wręcz wrażenie, że zmiany te były przez nich (nieświadomie, intuicyjnie) wyczekiwane. W dyskusji, jaka się wywiązywała, podawali różne argumenty przemawiające na ich korzyść. Ci, którzy odczuwali jakieś opory przed stosowaniem „nowych nazw dla starych problemów”, z pewnym dystansem, ale zainteresowaniem, przysłuchiwali się entuzjastycznym opiniom koleżanek i kolegów. Być może doświadczenie to będzie stanowiło dla nich początek specyficznej pracy, jaką podejmuje człowiek rewidujący swoje opinie i postawy.

Zmiany terminów i sposobów nazywania wywołują żywe emocje. Zjawisko lokowane jest w obszarze „politycznej poprawności” i ono samo wypowiedziane ironicznie nasuwa negatywne skojarzenia czegoś sztucznego, narzuconego i bezpodstawnego, przed czym należy się bronić. Bywa to charakteryzowane jako moda, pozory, a nawet kojarzone z autorytaryzmem i ekstremizmem, czego przykładem może być metafora politycznej poprawności jako „pałki”³⁰¹. W dążeniach do zmian terminów czy szerszej języka (np. żeńskie końcówki zawodów) chodzi jednak o coś więcej niż moda.

Język jawi się tu jako narzędzie walki o kształt świata społecznego. Troska o terminologię aktów prawnych czy różnych dokumentów publicznych to praca społeczna (czasem polityczna) nad zmianą zwykle bezmyślnych i automatycznie wypowiedzianych nawyków komunikacyjnych ludzi. W szerszym znaczeniu – to element walki ze stygmatyzacją. Troska o język to pewnego rodzaju interwencja lingwistyczna w obszarze dyskursu publicznego. W praktyce polega na unikaniu i wykazywaniu konsekwencji tradycyjnie obowiązujących sposobów nazywania przedstawicieli grup marginalizowanych, a przez to – definiowania ich problemów. W zamian wprowadzane są nazwy alternatywne, które nie zawierają deprecjonującego ładunku i nie nawiązują do historycznie zakodowanego w świadomości społecznej statusu przedstawiciela danej grupy w kategoriach „drugiej kategorii”. Jest to dość powolna i trudna walka, ponieważ niektóre określenia i zwroty są bardzo silnie zakorzenione np. w polskiej kulturze i wszelkie próby zmian wywołują niechęć oraz traktowane są jako swoisty atak na np. polską tradycję, literaturę, historię, obyczaje itp. Przykładem jest opór przed krytyką „dobrodusznie” i „życzliwie” prezentowego na łamach poezji dziecięcej *Murzynka Bambo*³⁰².

We współczesnym języku psychiatrii zaprzestano używania określeń, które stygmatyzują i zamykają ich „nosiciela” w jednej roli. Z oficjalnej terminologii zniknęła więc: „schizofrenik”, „dwubiegunowy”, „alkoholik”. Słowa te zostały zastąpione dłuższymi i mniej „nośnymi” terminami, jak: pacjent/osoba/człowiek z diagnozą schizofrenii, z zaburzeniem psychicznym czy z diagnozą uzależnienia. Nazwy zmieniają się wraz z podejściem do „nosicieli” tych nazw i problemów, z jakimi się borykają. A może odwrotnie – zmienia się podejście wobec pewnych stanów i zjawisk, więc pewne słowa wypadają z języka i są zastępowane innymi, które nie zawierają wartościującego ładunku oraz są neutralne. Trudno właściwie stwierdzić, co uruchamia szerszy proces zmian, ponieważ są to zjawiska ze sobą silnie powiązane. Język można uznać za narzędzie kształtowania i ewolucji postaw społecznych, a także przeobrażenia społeczne mogą wpływać na wymianę języka. Zmiana terminologii może być więc rezultatem szerszych zmian, ale również metaforyczną kroplą, która draży skałę i stopniowo dokonuje zmian świadomości i sposobów definiowania problemów społecznych. Opór przed zmianami

³⁰¹ Autor tego określenia wskazuje nawet, że „poprawność polityczna” jest zjawiskiem gorszym, aniżeli sam rasizm, bo jest o wiele bardziej podstępna od rasizmu i trudniej będzie ją zwalczyć, <http://niepoprawni.pl/blog/55/krytyka-poprawnosci-politycznej> (dostęp: 31.05.2019).

³⁰² M. Moskalewicz, „Murzynek Bambo – czarny, wesoły...”. Próba postkolonialnej interpretacji tekstu, *Teksty Drugie*, 1–2, 2005: 259–270; E. Zamojska, „Murzynek Bambo wiecznie żywy!” Rzeczywistość politycznej poprawności w podręcznikach szkolnych, *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 2012: 53–66.

niekoniecznie musi być rezultatem złych intencji, jednak głębokie wniknięcie w jego źródła i refleksja nad swoim/czymś stosunkiem do zmian może mieć charakter (auto)wychowawczy. Bywa, że przeciwnicy wszelkich transformacji przywołują argumenty „zdrowego rozsądku” (np. jeśli zaczniesz się mnie nazywać osobą z niepełnosprawnością, to nic nie zmieni mojej sytuacji, ponieważ to nie będzie znaczyło, że mogę się jej pozbyć) lub natury technicznej (zastępowanie „nośnych” haseł długimi zwrotami).

Kiedy Galasiński przedstawia argumenty na rzecz konieczności zmian w terminologii związanej z niepełnosprawnością, słusznie zauważa, że opór przed tymi zmianami może być rezultatem szacowania problemów poprzez nadawanie im rangi „ważnych” lub „błahych” w kontekście wielości tych pierwszych:

[...] problem, jak mówić oraz jak pisać: „osoba niepełnosprawna” czy „osoba z niepełnosprawnością” czy „niepełnosprawnościami”, w rzeczywistości nie powinien być rozstrzygany przez lingwistów ani tych, co nakazują i zakazują, ani tych, co tego nie chcą robić. Powinien zostać rozstrzygnięty przez osoby z niepełnosprawnością. To nie ja powinienem decydować o tym, jak mówić o ludziach zmagających się na co dzień z rzeczywistością i fizyczną, i społeczną, w której żyją. Oczywiście, być może uznają oni ten problem za tak błahy, że aż szkoda się wypowiadać – nadal przecież nie można w Polsce wjechać do pociągu wózkami inwalidzkimi, a my się tu marcepanerią językową zajmujemy! A stygmatyzacja takim czy innym wyrażeniem to pestka wobec ogromu barier³⁰³.

Swoją drogą, w obrębie terminologii związanej z niepełnosprawnością można odnaleźć szczególnie „bogatą” historię terminów. Zresztą patrząc szerzej – terminy związane nie tylko z niepełnosprawnością, ale chorobami w ogóle (np. cholera, gangrena), zwłaszcza zaburzeniami psychicznymi (np. psychoza, obłąkanie, paranoja), są niezwykle podatne na „upotocznienie” i przeniknięcie w głąb języka codziennej komunikacji. Niezwykle interesująco proces ten prześledziła językoznawczyni Barbara Pukalska w artykule pod znamienym tytułem³⁰⁴: *Złapać bakcyła...*³⁰⁵. Pokazała, w jaki sposób znaczenie słów stanowiących określenie medyczne czy specjalistyczne dla pewnych chorób czy zaburzeń zawłaszczonych zostało przez język potoczny i – niestety – nabrało bardzo negatywnych zabarwień. Ładunek emocjonalny zawarty w tych słowach to tak naprawdę przejaw lęku przed zjawiskami, które są silnie stygmatyzowane, a piętno jest widoczne. Przykładowo w terminologii medycznej termin „niemota”, stosowany na oznaczenie braku zdolności mówienia, w znaczeniu potocznym nabrał elementu braku chęci mówienia, ostatecznie stając się synonimem osoby „ograniczonej” umysłowo, niezaradnej, zagubionej z powodu niskich kompetencji społecznych. Najważniejszy wniosek jest taki, że podczas przenikania wyrazów z leksyki medycznej do potocznej zachodzi zazwyczaj degradacja ich znaczenia. Pakulska pisze następująco:

³⁰³ D. Galasiński, *Osoby niepełnosprawne czy z niepełnosprawnością, Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 4(9), 2013: 6.

³⁰⁴ Bakcyl to dawniejszy odpowiednik dzisiejszego „zarazka”, „bakterii”.

³⁰⁵ B. Pukalska, „Złapać bakcyła”, czyli o ewolucji znaczeń niektórych wyrazów z leksyki medycznej i potocznej, [w:] B. Mitrenga (red.), *Słowo – znaczenie – relacja w języku i w tekście*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013: 71–90.

Przyczyn popularności leksemów medycznych w dzisiejszej polszczyźnie potocznej upatrywać można w tym, że leksyka medyczna związana jest z niezwykle ważną dla człowieka, a zatem wywołującą silne emocje sferą realiów [...]. Znaczenia potoczne analizowanych wyrazów są w większości przypadków nacechowane emocjonalnie, przy czym zazwyczaj jest to nacechowanie ujemne, wyjątek stanowi tu leksem dalekowzroczność, w przypadku manii zaś mamy do czynienia ze współwystępowaniem wydźwięku pozytywnego i negatywnego. Negatywny wydźwięk tych leksemów medycznych w polszczyźnie potocznej tłumaczyć można tym, że schorzeniom i dolegliwościom towarzyszą zazwyczaj silne i – co zrozumiałe – negatywne emocje³⁰⁶.

Wracając do terminologii związanej z niepełnosprawnością, na przestrzeni minionego półwiecza, tj. odkąd wydany został amerykański podręcznik poświęcony terminologii i klasyfikacji upośledzenia umysłowego, wielokrotnie zmienia się nie tylko definicja, ale także i nazwa stanu określanego dziś mianem niepełnosprawności intelektualnej. Co warte uwagi, zmieniła się także nazwa wydawcy, prestiżowego Amerykańskiego Towarzystwa do Badań nad Niepełnosprawnością (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities/AAIDD*), które wcześniej nazywało się Amerykańskim Towarzystwem do Badań nad Upośledzeniem Umysłowym (*American Association on Mental Retardation/AAMR*).

W powojennej Polsce nikogo nie szokowało oznaczanie osób takimi terminami jak: „debil”, „imbecyl” czy „idiota”. Były to terminy naukowe i medyczne używane w odniesieniu do poszczególnych rodzajów niepełnosprawności intelektualnej. W potocznym obiegu dominowało określenie „kaleka” i odpowiednio do niepełnosprawności – garbaty, ślepy itp.³⁰⁷ Współcześnie informacja o naukowym i medycznym rodowodzie powszechnie znanych słów (np. jedno z haseł reklamowych: *Nie dla idiotów*; zwrot: trzeba być idiotą, by...) ³⁰⁸ jawi się jako ciekawostka. Minęło kilka dekad i trudno wręcz uwierzyć, że jest to fragment artykułu naukowego: „W ogólnej liczbie dzieci upośledzonych (8421) objętych edukacją szkolną w szkołach specjalnych znajdowało się 871 (16%) imbecyli, 7386 (88%) debili oraz 160 (2%) dzieci z ilorazem inteligencji powyżej 70”³⁰⁹. Z czasem bowiem terminy te tak mocno zakorzeniły się w języku potocznym i nabrały bardzo pejoratywnego, obraźliwego znaczenia, że nawet sama pamięć o tym, że był to element języka oficjalnego, a nie slangu, wywołuje zakłopotanie. Zaprzesano więc używania ich w obiegu specjalistycznym z powodu bardzo wyraźnego ciężaru negatywnych skojarzeń i pełnych pogardy komunikatów. Stały się uciążliwymi etykietami osób z niepełnosprawnością intelektualną. Podobnie zresztą rzecz się miała z kretynizmem (i kretynem) czy inaczej matolectwem (matolem) – terminami pierwotnie oznaczającymi ciężki niedorozwój umysłowy związany z wrodzonym niedoborem jodu. Zastąpione zostały terminami, które zawierają w sobie kliniczny opis „przypadłości”: oligofrenia, upośledzenie umysłowe, niedorozwój umysłowy, osłabienie rozwoju umysłowego, upośledzenie rozwoju psychicznego, zahamowanie rozwoju psychicznego czy obniżona sprawność umysłowa.

³⁰⁶ Tamże: 87.

³⁰⁷ J. Szadura, O ludowej etiologii wrodzonego kalectwa, *Literatura Ludowa*, 62(6), 2018: 70–82.

³⁰⁸ A. Dąbrowska, Slang na salonach. O ekspansji języka młodzieży na przykładzie komunikatów reklamowych, *Kwartalnik Pedagogiczny*, 240(2), 2016: 77–98; D. Aslett, *Jak przemawiać publicznie i nie wyjść na idiotę*, Czytelnik, Warszawa 1994.

³⁰⁹ H. Ryll, Odbudowa szkolnictwa specjalnego, *Szkoła Specjalna*, 1946/1947: 12–24.

Oczywiście zmiany na poziomie preferowanego języka wzmacniane są przez pogłębione analizy naukowe i uprawiana jest historyczno-językowa refleksja nad wzajemnymi uwarunkowaniami i wpływami w zakresie określonego statusu społecznego, tożsamości i języka, w obrębie których ujawniana jest siła nawyków i skojarzeń językowych oraz jej destrukcyjny charakter przez pryzmat kulturowych kontekstów zmian postrzegania i myślenia o pewnych zjawiskach czy osobach³¹⁰.

Zwolennicy „Murzyna” są uparci – powołują się na „niewinną” etymologię tego słowa. Jednak w relacjach z drugim człowiekiem nie posługujemy się wyłącznie słownikiem, ale uruchamiamy pokłady własnej inteligencji i wrażliwości, myślimy i czujemy, posługujemy się empatią, rozumem, wykazujemy się kulturą osobistą. Negatywne konotacje, w jakie na przestrzeni lat obrosło to określenie, są tak oczywiste, że chyba tylko zła wola może prowadzić do upierania się, by go używać. Niekonsekwencją jest, iż uporczywemu twierdzeniu, że „Murzyn” to słowo o zabarwieniu neutralnym, nie towarzyszy bojkot niemądrych powiedzonek, które już z całą pewnością neutralne nie są i stoją w sprzeczności z twierdzeniem jakoby słowo „Murzyn” było rozumiane wyłącznie w kontekście koloru skóry. Ponadto ludzie o ciemnej karnacji to osoby urodzone, zamieszkujące w przeróżnych częściach świata, wychowane w różnych kulturach i identyfikujące się z różnymi religiami. Nie ma potrzeby łączenia ich w jedną grupę w sposób, w jaki czyni to słowo „Murzyn”. Chyba właśnie tylko po to, aby przypisując im określone cechy, dokonywać stygmatyzacji. Z przyczyn i emocjonalnych, i poznawczych rozsądne wydaje się nazywanie ludzi w sposób uwzględniający miejsce, z którego pochodzą. Ważne zatem będą aspekty geograficzne i narodowościowe³¹¹.

Sposoby nazywania pewnych problemów i zjawisk to nie tylko oznaczanie, ale i naznaczanie osoby z problemem. Mamy tu wpisywanie kogoś w rolę, a właściwie zamykanie w niej. Przykładowo, jeśli nazwiemy kogoś „osobą bezdomną” lub „bezdomnym”, to w sposobie naszego oznaczenia sytuacji zawiera się przekaz o stanie, w jakim znajduje się osoba oznaczona, pewnej konsekwencji szeregu zdarzeń i cech oraz ciągu porażek w działaniach, które spowodowały taką sytuację, doprowadziły do niej. Jeśli jednak tę samą osobę określimy mianem kogoś „w kryzysie bezdomności”, to w naszej wypowiedzi zawiera się element procesu, jaki jest jej udziałem. Słowo „kryzys” nacechowane wrażeniem przejściowej sytuacji. Co prawda sytuacja kogoś w kryzysie może się pogorszyć, ale może również się polepszyć. Kryzys oznacza zachwianie się dotychczasowej pozycji, lecz także jakiś przełom w przebiegu wydarzeń i charakteru doświadczeń biograficznych. Co najważniejsze jednak, jest to coś niestalego i nieostatecznego. Przejściowość tego zjawiska zawiera się zresztą w założonych funkcjach instytucji systemu zapobiegania bezdomności. Instytucje pomocowe zajmują się „oduczaniem”, „wyprowadzaniem” z danej sytuacji oraz włączaniem osób z takim doświadczeniem do *mainstreamu*³¹².

Wiele kategorii zawartych w aktach prawnych, np. z zakresu pomocy społecznej, wsparcia i pomocy rodzinie, nie tylko wywołuje negatywne skojarzenia (np. z działalnością przestępczą, biedą, niewydolnością), ale determinuje oceny poszczególnych problemów poprzez kryterium przynależności do określonej grupy, a przecież „[...] język aktów prawnych – a szerzej dokumentów urzędowych

³¹⁰ A. Rejter, *Pleć – język – kultura*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.

³¹¹ M. Diouf i in., *Jak mówić i pisać o Afryce*, Fundacja „Afryka Inaczej”, Warszawa 2011: 16.

³¹² I. B. Kuźma, *Domy bezdomnych. Badania sytuacji kryzysowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015: 9.

– będąc językiem refleksji i namysłu w doborze słów nie powinien naruszać osobowej godności człowieka³¹³. Kiedy Joanna Markiewicz-Stanny³¹⁴ analizuje język dotyczący imigrantów, warunki jego tworzenia oraz przekaz z niego płynący konstatuje, że słownictwo aktów urzędowych państw i organizacji międzynarodowych pozostaje w ścisłym i bezpośrednim związku z klimatem społecznym oraz atmosferą, jakie towarzyszą imigracji nieregularnej. Przedstawia wiele argumentów na rzecz koniecznej zmiany, między innymi argument, że jednym ze środków pożądaných przemian jest namysł i zmiana języka: „nielegalny imigrant” powinien zastąpiony zostać neutralnym sformułowaniem (podaje takie jak: „nieregularność statusu” czy „imigrant w sytuacji nieregularnej”). Użycie określenia „nielegalny” bezpośrednio bowiem kieruje uwagę na zagrożenia w kontekście działalności przestępczej („nielegalność” jest przeciwieństwem naturalnym elementem dewiacji). „Nielegalny imigrant” to określenie generujące i podtrzymujące stereotypy i uprzedzenia. Podobne dyskusje toczyły się wokół prawnego terminu „handel żywym towarem” jako kategorii prawnej do opisu zjawiska handlu ludźmi (*human trafficking*)³¹⁵. W tym przypadku kwestionowano uprzedmiotowienie człowieka w przepisach prawnych poprzez zakwalifikowanie go do kategorii co prawda „żywego”, ale „towaru”, rzeczy, przedmiotu podlegającego wymianie, własności, sprzedaży itp.

Określanie danego zjawiska poprzez nadawanie mu nazwy i oznaczanie specyficznym terminem naturalnie spełnia wiele funkcji. Są to działania zorientowane na porządkowanie, klasyfikowanie, uogólnianie i uszczegółowianie itp. Terminy stanowią narzędzia pracy, np. w diagnostyce, praktyce urzędniczej czy prawniczej. Są również elementem każdego środowiska zawodowego, grup skupiających określony krąg osób (np. wokół realizacji hobby), które wraz ze swoimi normami i językiem komunikacji – tworzą spójny i specyficzny świat społeczny. Mówimy o nomenklaturze formalnej (np. przestępstwo znęcania się), jak również żargonach (np. zabójstwo kuchenne). Te drugie, wynikające z praktyki, frekwencji doświadczeń, nierzadko noszące znamiona i spełniające pragmatyczne funkcje stereotypu czy akcentujące ich okoliczności (a tym samym „sugerujące” obszar dociekań czy kierunki poszukiwania przyczyn).

Nazwy, jakimi się posługujemy, są ważne i wypełniają nie tylko powyższe zasygnalizowane funkcje. Język naszej wypowiedzi zawiera wiele innych przekazów. Z punktu widzenia dylematów, jakie zaprezentuję w tej części książki, istotne jest stwierdzenie, że jest on składnikiem społecznego konstruowania wiedzy na temat danego zjawiska, a jednocześnie czułym wskaźnikiem przejawiania postaw wobec niego. To lingwiści narzucają nam prawidła i wzorce sformułowań językowych, jednocześnie ci sami reagują na zmiany, jakie się w nim dokonują pod wpływem przeobrażeń społeczno-kulturowych. Język rani – może być narzędziem przemocy, poniżenia, przestępstwa, dyskryminacji itp. Idąc dalej – język sposobu nazywania pewnych zjawisk z jednej strony jest rezultatem zmian,

³¹³ J. Markiewicz-Stanny, Język aktów prawnych a ekskluzja społeczna imigrantów w sytuacji nieregularnej, *Lingwistyka Stosowana/Applied Linguistics/Angewandte Linguistik*, 24, 2017: 98.

³¹⁴ Tamże.

³¹⁵ Np. A. Sakowicz, Przestępstwo handlu ludźmi z perspektywy regulacji międzynarodowych, *Prokuratura i Prawo*, 3, 2006: 52–69.

z drugiej narzędziem edukacji i kształtowania określonych postaw wobec zjawisk. Zmiany w zakresie nazw są przedmiotem dyskusji i polemik, a także powodują pewien opór i niezrozumienie. Szczególnie budzą je zalecenia polityki antydyskryminacyjnej ze względu na płeć o potrzebie używania języka wrażliwego na płeć (np. w podręcznikach szkolnych). Oczywiście wdrożenie innego nazewnictwa nie jest gwarantem zmiany stosunku Polaków do „innych”. Wpajanie ludziom pewnych zachowań językowych jest jednak ważnym elementem edukacji, a zachęcanie i wywoływanie refleksji nad tymi zmianami rozwija wrażliwość na problemy innych i sprzyja rozwojowi kompetencji interpersonalnych.

O ile zagadnienie języka i sposobu nazywania czyichś doświadczeń i problemów związanych z chorobą, zaburzeniem zdrowia psychicznego, problemowym pićem alkoholu czy niepełnosprawnością itp. jest relatywnie często poruszane na łamach piśmiennictwa naukowego, o tyle niemal nieobecny polem analiz – z punktu widzenia procesów stygmatyzacyjnych i konstruowania wiedzy społecznej – jeste przestrzeń „terminologiczna” między osobami, które korzystają z pomocy i leczenia różnych instancji, a tymi instytucjami i ich przedstawicielami (lekarzami, pracownikami socjalnymi, terapeutami, kuratorami itp.). Marta Anczewska z zespołem³¹⁶ dokonała bardzo poznawczej analizy terminów, jakimi określani są uczestnicy tej relacji, konstatując, że ulegały one licznym przeobrażeniom:

[...] w latach 50. byli to „lekarze i pacjenci” (*doctors and patients*), w 60. „personel i klienci” (*staff and clients*), w 70. „usługodawcy i konsumenci” (*providers and consumers*), w 80. „personel i uczestnicy” (*staff and members*), w 90. „korporacje zarządzające opieką i udziałowcy” (*manager care corporations and shareholders*)³¹⁷.

Dość popularnym terminem, który miałby zastąpić „tradycyjnego pacjenta”, jest „użytkownik” (*user*)³¹⁸. Zwolennicy tych zmian są zdania, że odejście od terminu „pacjent” odgrywa rolę umacniającą pozycję w systemie pomocy i leczenia oraz przyczynia się do upodmiotowienia osób, które do tej pory – w ramach modelu biomedycznego – traktowane były przedmiotowo, jak chodzące jednostki chorobowe. Podnosi się również, że zmiany te są elementem działań na rzecz równoważenia relacji między „osobą opisywaną słowem konotującym bierne cierpienie a wszechwiedzącym, zdolnym wszystkich uleczyć, wszechmocnym ekspertem przejmującym nad nią kontrolę”³¹⁹. Anczewska przytacza poglądy zwolenników i przeciwników tych zmian, wskazuje na korzyści i zagrożenia płynące z omawianych tendencji, a także przywołuje dostępne wyniki badań z udziałem osób, których problem ten dotyczy bezpośrednio (używając terminologii tradycyjnej – mowa o „pacjentach” i „lekarzach”). Szczegółowa prezentacja tych treści nie ma tu sensu, natomiast warto zasygnalizować niektóre argumenty krytyczne dotyczące tych zmian.

³¹⁶ M. Anczewska i in., Pacjent, klient, czy... – określenia preferowane w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, *Psychiatria Polska*, XLV(1), 2011: 35–44.

³¹⁷ Tamże: 35.

³¹⁸ F. J. Dunne, Psychiatry in limbo: new ways of talking, *British Journal of Medical Practitioners*, 3(2), 2010: 319–323.

³¹⁹ M. Anczewska i in., Pacjent, klient, czy...: 36.

Kiedy Francis J. Dunne³²⁰ pisze artykuł o przemianach w sposobie używania terminologii we współczesnej psychiatrii, rozpoczyna swoje uwagi od zacytowania następujących słów Lwa Tołstoja: „Każdy myśli o zmienianiu świata, ale nikt o zmienianiu siebie”³²¹. Uważa bowiem, że sama zmiana słów nie spowoduje, że piętno choroby psychicznej „wyparuje”, jeśli zacznie się mówić o osobach cierpiących z powodu choroby, czyli pacjentach, używając słowa „klient”. Krytykuje także „użytkownika usług” (stosowanego zamiennie z „klientem”), dodając, że jest to najbardziej nielubiany termin wśród osób, które konsultują się ze specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego. Dunne stawia dość przewrotne pytania retoryczne, np. Kogo nazywamy użytkownikiem narkotyków? Czy jest to „użytkownik-użytkowników usług” czy też użytkownik usług dla użytkowników narkotyków? A może klient korzystający z narkotyków lub klient używający narkotyków? Jak dokładnie opisać osobę używającą alkoholu i nielegalnych narkotyków? Czy małe dziecko, cierpiące z powodu zapalenia opon mózgowych, jest aktywnym uczestnikiem opieki zdrowotnej? Co z młodymi ludźmi, wśród których powszechne jest nadużywanie substancji? Czy poradnie specjalistyczne zostaną zmienione na przychodnie świadczące usługi leczenia? Dunne jest świadomy źródeł tych przemian. Upatruje ich w przeciwstawianiu się hegemonii medycyny i medykalizacji. Uważa jednak, że postulowanie zmian w obrębie nazewnictwa (czy szerzej – krytyka medykalizacji) to ślepy zaulek. Zwraca również uwagę, że terminy „klient” czy „użytkownik usługi medycznej” zaznaczają się nie tylko w oficjalnych brytyjskich dokumentach polityki służby zdrowia, ale wkraczają w mury podstawowych jednostek medycznych, w szczególności w obręb służby zdrowia psychicznego. Uważa, że personel szpitali używa terminologii innej niż „pacjent” dla osób uczestniczących w leczeniu i, mimo że się nie zgadza z tymi zmianami, to ich nie kwestionuje, a nawet problemy te nie podlegają otwartej dyskusji. Zastanawia się nad przyczynami takiego stanu rzeczy – być może jest to strach przed oskarżeniem o bycie staroświeckim i skostniałym.

Zamykając wątek dylematów towarzyszących „nazywaniu” osób, które są „podopiecznymi”³²² instytucji leczniczych i terapeutycznych, warto przedstawić perspektywę ich samych i pracowników służby zdrowia.

W 2008 roku Anczewska³²³ wraz z zespołem przeprowadziła badania sondażowe wśród personelu medycznego i osób leczących się w jednym z polskich szpitali psychiatrycznych. Co prawda od ich zrobienia upłynęło już wiele lat, ale warto przyrzeć się najważniejszym wynikom, ponieważ rzucają w jakiś sposób światło na rozpatrywany tu problem „chcianej” i „niechcianej” terminologii. Ogółem przebadano opinie prawie 500 osób leczących się i trochę ponad 300 osób personelu. Osoby leczące się wypełniały ankiety na koniec pobytu w szpitalu.

³²⁰ F. J. Dunne, *Psychiatry in limbo...*

³²¹ Tamże: 319.

³²² Celowo zapisuję to słowo w cudzysłowie. Dylematy związane z nazwami (wychowanek – podopieczny – nieletni itp.) użytkowników systemu opieki i pomocy społecznej i resocjalizacji również nasycone są różnym stopniem asymetrii i przedmiotowości oddziaływań. Jest to jednak zbyt rozległy temat i wykracza w tym miejscu poza ramy zjawiska medykalizacji (a to przede wszystkim w kontekście tegoż omawiam poszczególne zagadnienia w tym rozdziale).

³²³ M. Anczewska i in., *Pacjent, klient, czy...*

Ze względów organizacyjnych dobór osób do badań nie był reprezentatywny. Badana grupa personelu była bardzo heterogeniczna – dysproporcje zaznaczały się na poziomie płci (ponad 70% kobiet) i stanowiska (najlicniejszą grupę, ponad 40%, stanowiły pielęgniarki; w dalszej kolejności byli to sanitariusze i kolejno lekarze oraz pojedyncze osoby stanowiące różnorodny personel pomocniczy i wspierający działania medyczne). Grupa osób leczących się była dość jednorodną pod kątem demograficznym.

Na poziomie analizy procentowej uzyskane wyniki badań nie różnicowały znacząco opinii osób badanych – personelu i leczących się. Różnice w uzyskanych odsetkach były nieznaczne przy poszczególnych terminach, które badani mogli wybrać jako – w ich opinii – najwłaściwsze w nazywaniu osób leczących się w szpitalu psychiatrycznym. I tak najczęściej wybieranym terminem był „pacjent” – zarówno przez osoby leczące się (77,5%), jak i personel (87,7%). Mniej więcej co dziesiąta osoba z ogółu badanych uważała, że właściwym określeniem jest „osoba chorująca psychicznie”, a nieco więcej badanych (16–18%) wskazało na „osobę korzystającą z psychiatrycznej opieki zdrowotnej”. Moją uwagę zwróciło to, że dość popularny w przestrzeni anglojęzycznej termin „użytkownik” znalazł akceptację tylko 2% osób leczących się i jeszcze mniej, bo 1,6% personelu. Drugą uwagę przykuło słowo „podopieczny”, które uzyskało relatywnie wysoką aprobatę wśród osób leczących się i personelu (mniej więcej na poziomie 10% wskazań). Widać więc, jak silnie słowo to zakorzenione jest w języku polskim, kiedy mówi się o osobach i instytucjach pomocowych. Terminy nacechowane wysokim stopniem neutralności, jak np. „osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego” zyskały w nieco większym odsetku aprobatę osób opuszczających szpital psychiatryczny (15%) niż personelu (9%). Analiza opinii osób leczących się w formach pośrednich opieki – na oddziałach dziennych i w zespołach środowiskowych, wykazała, że również tam termin „pacjent” (85% respondentów) był najczęściej wybierany. Na drugim miejscu, znacznie rzadziej, wskazywano określenie „osoba korzystająca z psychiatrycznej opieki zdrowotnej” (21%), na trzecim miejscu „osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego” (17%). Co prawda badacze prezentują również dane „jakościowe” uzyskane z pytania otwartego. Nieznaczny odsetek leczących się zaproponował bowiem własne nazwy, jednak intencje przyświecające osobom badanym, którzy wskazywali następujące: np. „mistrz”, „guru”, „wasza eminenca”, „wariat”, „czubek”, „psychol”, „świr”, budzą wątpliwości. Personel dodatkowo zaproponował jeszcze takie jak: „osoba cierpiąca z powodu zaburzeń psychicznych”, „osoba z doświadczeniem epizodów psychotycznych”.

Uznanie, że język nie jest przezroczystym narzędziem komunikacji prowadzi do kolejnej uwagi, że komunikacja językowa odbywa się w różnych kontekstach społecznych, warunkach kulturowych czy politycznych. Język zmienia się wraz z wartościami i ideologiami wyznawanymi przez dane społeczeństwo, w różnym czasie i w różnym zakresie oraz z różnych przyczyn. I zmiany te nie są bezpośrednim dziełem lingwistów. Przykładowo wyrażenie: „on jest kaleką” wywołuje sprzeciw nie dlatego, że jest niepoprawnie skonstruowane. Jednak owo – jak to ujmuje Dariusz Galasiński – „poczucie językowe”³²⁴ to rezultat zmian, które poprzedzone

³²⁴ D. Galasiński, *Osoby niepełnosprawne...*

były specyficzną pracą ideologiczną, wychowawczą nad systemem wartości i stosunkiem do drugiego człowieka społeczeństwa, którą można by nazwać pracą nad „wyczuwaniem” języka. Praca to troska o język publiczny – język, w jakim sporządzane są akty prawne, definicje naukowe, klasyfikacje diagnostyczne, regulaminy i deklaracje. Jest to długi proces zmian. Bywa, że jest to specyficzna walka z oporami, jakie wywołuje wprowadzanie nowych terminów, niezrozumieniem celowości, niepokojem. Język bowiem przekazuje nie tylko neutralne informacje, ale zawiera potężny ładunek emocjonalny i jest nośnikiem oczekiwań i postaw, a także je kształtuje i podtrzymuje. Jest to także praca nad sobą samym i osobistym stosunkiem do świata i innych ludzi. Uświadomienie sobie źródła własnych oporów czy konsekwencji nawyków może uruchamiać przeciwieś określone reakcje obronne.

Na zakończenie tej części rozważań o potrzebie i sensie zmian w zakresie terminologii nakreślę sylwetkę filozofii politycznej poprawności, która w dużej mierze bezpośrednio przyczynia się do sygnalizowanego wyżej zjawiska „językowego”. Można by uznać, że od tej tematyki powinnam zacząć rozważania zawarte w tej części książki. Uznałam jednak, że lepsze będzie jej nakreślenie w ramach specyficznego podsumowania, ponieważ filozofia i praktyka poprawności politycznej jest spadkobierczynią wszystkich dotąd poruszanych przeze mnie zagadnień związanych ze zwrotem lingwistycznym, stanowiskiem o sprawczej, performatywnej roli języka i jego znaczeniu w tworzeniu świata, foucaultowską koncepcją dyskursu (władzy) czy w końcu mechanizmami odpowiedzialnymi za procesy stygmatyzacji. Najpełniej te związki można wyczytać we fragmencie artykułu Marty Taperek o wytwarzaniu lęku przed imigrantami:

Słowa wytwarzają potwora i słowa mogą go zneutralizować. Potwór jest tym, co graniczne i zagadkowe, elementem rozsadzającym logiczną i harmonijną całość, a także tym, co stanowi główne zagrożenie dla władzy. Tym, co mówiąc językiem Foucaulta, wymaga określonych praktyk, które pomogą go usunąć z pola widzenia i dzięki temu przywrócić porządek. Monstrum można stworzyć ze słowa, jak mitycznego golema, którego ożywia zapisany pergamin. Można także uczynić sobie potwora na czyjś obraz i podobieństwo, tworząc sieć znaczeń i interpretacji. Monstrum skupia w sobie wszystkie zniechęcone przez daną społeczność cechy. Dzięki powołaniu go do istnienia grupa może się scalić, wskazać winnego nieszczęść i niepowodzeń. Choć sposoby ujmowania tego, co potworne, zmieniały się w zależności od kontekstu kulturowego, ich wspólną cechą zawsze stanowiły wykluczenie i wytworzenie granicy między normalnością a anomalią³²⁵.

Z lingwistycznego punktu widzenia punktem wyjścia dla filozofii politycznej poprawności jest uznanie, że słowa nie są przypisane rzeczom raz na zawsze, a znaczenie wypowiedzi nie „tkwi” w przedmiocie. Zresztą zwolennicy politycznej poprawności sięgają po argument, którego używał Rorty³²⁶ – zmiana sposobu postrzegania świata, myślenia o świecie uzależniona jest przede wszystkim od języka. Można uznać, że polityka poprawności jest praktyczną egzemplifikacją konstruktywizmu społecznego oraz określoną praktyką dyskursywną³²⁷.

³²⁵ M. Taperek, Potworni imigranci w „Szatańskich wersetach” Salmana Rushdiego. Przypadek Saladyna Czamczawalli, *Teksty Drugie*, 3, 2016: 375.

³²⁶ R. Rorty, *Przygodność, ironia i solidarność*, Wydawnictwo SPACJA, Warszawa 1996.

³²⁷ E. Zamojska, „Murzynek Bambo wiecznie żywy!...”: 55.

Najogólniej mówiąc, polityka poprawności

dotyczy zmian języka w zakresie sposobu nazywania oraz świadomego używania form gramatycznych i składni, które pełnią pewne określone funkcje społeczne i polityczne i wpisują się w określony kierunek zmian społecznych. Znaczenie pojęcia dyskurs jest szersze – dotyczy ogólnych, także nie-uświadamianych reguł wypowiedzi ujmowanych w kontekście oraz tego, co „niewypowiedziane” – reguł zmuszania do milczenia³²⁸.

Kiedy autorzy licznych prac analizujących zjawiska społeczne z użyciem kategorii filozofii polityki poprawności definiują jej funkcje, akcentują przede wszystkim kwestię zasadniczą, czyli zmiany społeczne³²⁹. W tym znaczeniu polityka poprawności to praktyka polegająca na tworzeniu warunków na rzecz eliminowania i minimalizowania cierpienia w relacjach społecznych poprzez deprecjonowanie nazw osób i grup, które zawierają w sobie negatywny ładunek poznawczy. Jest nim багаż pejoratywnych konotacji i stygmatów, które swoje źródła mają przede wszystkim w kulturze, historii i polityce. Zwłaszcza to ostatnie powoduje argument sam w sobie dla przeciwników jej idei. Pogłębioną refleksję nad sensem stosowania i niestosowania określonych terminów i określeń znacząco utrudnia, a nawet uniemożliwia, silne kojarzenie tej praktyki dyskursywnej wyłącznie z poglądami lewicowymi. To właśnie dlatego kiedy Ewa Zamojska rekonstruuje rzeczywistość społeczną w podręcznikach szkolnych przez pryzmat polityki poprawności, zaznacza, że by uniknąć zarzutów wikłania jej rozważań w konflikt polityczny „prawica – lewica”, sięga po szersze pojęcie „praktyki dyskursywnej” lub reguły mówienia i milczenia. Kategorie te wywodzą się z koncepcji dyskursu Foucaulta i pozwalają dostrzec różne ujęcia świata, jakie zaznaczają się w języku w zależności od warunków historyczno-społecznych i jego umocowania w stosunkach władzy³³⁰.

Określenie polityki poprawności (*political correctness*) po raz pierwszy zostało zapisane w publicznych dokumentach w aktach Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych w 1793 roku i w kontekście krytyki niewłaściwych działań politycznych polityków. Współczesne rozumienie tego określenia wprowadził Toni Care Bambara w książce poświęconej problemom czarnoskórych obywaterek USA (*The Black Women*) w 1970 roku. Można powiedzieć, że swoista „kariera” terminu rozpoczęła się na początku lat 80., początkowo w Stanach Zjednoczonych, a następnie Niemczech, Wielkiej Brytanii i innych krajach. Kiedy Monika Kacprzak analizuje początki tego zjawiska, pisze, że wielu badanych wskazuje na Dinesha D’Souzę jako na tego, który spopularyzował samo pojęcie (choć on sam temu zaprzecza, mówiąc, że jedynie je „odkurzył”³³¹). W każdym razie na Zachodzie w latach 80. już dość powszechnie zaczęto kojarzyć to pojęcie ze zmianami języka i walką z pejoratywnymi, obciążonymi negatywnie skojarzeniami nazw. Co

³²⁸ Tamże.

³²⁹ Tamże.

³³⁰ Tamże.

³³¹ M. Kacprzak, *Pałapki poprawności politycznej*, Wydawnictwo von Borowiecky, Radzymin 2012: 22.

prawda początkowo obejmowało ono problemy „nazywania” czarnoskórych obywateli USA (w rezultacie przyjęła się nazwa Afroamerykanin/Afroamerykanka), ale to był jedynie pierwszy wyraźny przedmiot batalii. W rzeczywistości zjawisko to było rezultatem (i elementem) procesów emancypacji i wzrostu samoświadomości różnych grup mniejszościowych – etnicznych, seksualnych, kobiet, z niepełnosprawnością itp.

Można by powiedzieć, że lata 90. w Stanach Zjednoczonych to ogromny kryzys „politycznej poprawności”. Napisałam „można by”, ponieważ paradoksalnie kryzys zjawiska przysłużył się jego rozwojowi i popularności. Jak pisze Kacprzak, nie sposób jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o to, czy pojęcie „politycznej poprawności” zostało stworzone przez zwolenników czy wrogów tego zjawiska³³². W czym rzecz – otóż w tamtym czasie rozgorzała intensywna walka z jej „przejawami”. Media zaczęły tropić jej wszelkie postaci. Pojawiały się w prasie prześmiewcze artykuły, nadające zjawisku miano: „policji” czy „polowania na czarownice”. Mniej więcej w czasie największych ataków na polityczną poprawność pojęcie to pojawia się w polskich mediach. Kacprzak odnotowuje, że było to w roku 1992 i za sprawą *Gazety Wyborczej*. Poprawność polityczna zostaje opisana jako zjawisko „nowe”, „modne” i „eleganckie”. Wyrzuca też *Gazecie*, że mimo iż później staje się istotnym strażnikiem politycznej poprawności w Polsce, to kiedy wprowadzała to pojęcie do świadomości społecznej Polaków, podlegała amerykańskiej (wówczas) modzie na kwestionowanie i wyśmiewanie zjawiska, opisując je negatywnie i z użyciem takich słów jak „obłąd”, „kuriozum” itp. Można uznać, że (zwłaszcza amerykańskie) media wykonały ogromną pracę na rzecz spopularyzowania zjawiska w tamtym czasie poprzez liczne akcje, np. liczenie „poprawnych politycznie słów” czy satyrę. W rezultacie więc trudno stwierdzić komu tak naprawdę zawdzięcza popularność konstrukt społeczny, który nazywamy mianem „poprawności politycznej”.

Dyskusja z „polityczną poprawnością” w roli głównej jest bardzo emocjonująca. Ścierają się ze sobą zwolennicy, przeciwnicy, propagatorzy i tropiciele paradoksów. Co ciekawe – bywa, że i jedni, i drudzy odwołują się często do zasad zdrowego rozsądku. Już z tytułów publikacji daje się bez problemu wyczytać specyficzny stosunek autorów sugerujący pewnego rodzaju zniewolenie od politycznej poprawności i świadome uwolnienie się z jej ram, by przedstawić jakiś problem (np. zjawiska migracji³³³, podręczników do nauczania języków³³⁴, postaw wobec homoseksualizmu³³⁵), zaprotestować przeciw skrępowaniu i granicom

³³² Tamże: 28.

³³³ Tamże.

³³⁴ T. Piekot, G. Zarzeczny, Między zdrowym rozsądkiem a polityczną poprawnością – polskie podręczniki do nauczania języka polskiego jako obcego oczami cudzoziemców, *Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców*, 2010: 517–541.

³³⁵ A. Margasiński, Stereotyp homofobii – nowy element politycznej poprawności, *Kultura i Edukacja*, 2, 2012: 169–186.

narzucanym przez tę filozofię³³⁶. Mówi się o „jałowej poprawności politycznej”³³⁷, a nawet bada granice wolności słowa³³⁸.

W poprawność polityczną można „popaść”, ponieważ „polega na oderwaniu słów od rzeczywistości”³³⁹, a „dążenie do przyjęcia neutralnego punktu widzenia skazane jest na porażkę”³⁴⁰. Dlatego też należy próbować zachować „zdrowy rozsądek”³⁴¹. Wywieraniu nacisku na stosowanie nowej terminologii nadawane bywa miano „lansowania” czy „promowania” perspektywy, która ma wydawać się neutralną, a ostatecznie okazuje się być narzędziem „przeciągnięcia” zwolenników na swoją stronę. Zdaniem krytyków postulat neutralności akcentowany w filozofii politycznej poprawności to w istocie postać ideologii³⁴². Bywa także, że nawet jeśli naukowiec podejmuje się zadania analizy, asekuruje się deklaracją (mniej czy bardziej wyraźnie wyartykułowaną) o dystansie wobec zjawiska. Ilustracją może być następujące zdanie³⁴³:

Tytułem wstępu, istotnym i koniecznym dla materii niniejszego tekstu, autor w imię politycznej poprawności zastrzega sobie, że nie dokonuje żadnego osądu wartościującego zjawiska politycznej poprawności, nie jest jej ani epigonem, ani krytykiem, ale bezstronnym badaczem, któremu jednak nie brakuje zdrowego rozsądku, dystansu i ironii podczas prezentacji zagadnienia.

Bywa, że i zwolennicy wytaczają „zdroworozsądkowy” argument i mówią o politycznej poprawności jako o zwyczajnej uprzejmości i kulturze w relacjach codziennych z drugim człowiekiem.

Jak podkreślają zwolennicy politycznej poprawności, język, w tym i język, jakim „posługuje się” polityczna poprawność, jest dynamiczny. Przyjmowane w miejsce deprecjonujących nazwy po pewnym czasie „starzeją się” i zaczynają pełnić funkcję niepożądaną etykiety oraz stają się narzędziem stereotypów. To dlatego też terminy i nazwy zmieniają się co jakiś czas – stają się poprawniejsze. Bywa nawet, że nigdy nie ma się pewności, jaka nazwa jest najlepsza, niestygmatyzująca, neutralna. Użytkownicy języka odczuwają zakłopotanie i wahanie – nawet ci, którzy próbują nadażać za zmianami i doceniają ich znaczenie. Uważa się, że owa niepewność jest elementem filozofii poprawności politycznej. Chroni przed językowym skostnieniem, a także tendencjami do szufladkowania

³³⁶ Np. J. Pánek, Europejski kryzys migracyjny (Rozważania pozbawione emocji i poprawności politycznej), *Historia Slavorum Occidentis*, 1, 2016: 253–264; W. Zieliński, Bocheńskiego zachęta do filozofii politycznej niepoprawności, *Filo-Sofija*, 21(2), 2013: 187–208; T. Piekot, G. Zarzeczny, Między zdrowym...

³³⁷ J. Pánek, Europejski kryzys migracyjny...

³³⁸ I. Lewandowska-Malec, Prawne i polityczne uwarunkowania wolności słowa w Rzeczypospolitej, *Studia z Dziejów Państwa i Prawa*, 16(1), 2013: 19–39.

³³⁹ J. Kłos, Kiedy rzeczy zamieniają się w słowa, *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 2012: 33.

³⁴⁰ Tamże: 33.

³⁴¹ T. Piekot, G. Zarzeczny, Między zdrowym...: 525; A. Leśniak, Political correctness, czyli o etycznej wrażliwości języka, *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 313, 2017: 147.

³⁴² J. Kłos, Kiedy rzeczy zamieniają się w słowa...: 33.

³⁴³ A. Leśniak, Political correctness...: 147.

problemów i wkładania ich w ramy stereotypów i uprzedzeń³⁴⁴. Zamojska pisze o tym następująco:

Dyskomfort językowy w obliczu nazw stosowanych przez emancypujące się grupy mniejszościowe, wynikający z utraty pewności i oczywistości posługiwania się językiem, to także dowód na brak jednoznaczności związku pomiędzy nazwą i rzeczą – bowiem „nazywanie rzeczy po imieniu” nie wynika w sposób naturalny i jednoznaczny z samej rzeczy, lecz tylko z utartych, nabytych konwencji językowych. Bezradność i zakłopotanie rodzi się również z nieznamomości lub niezrozumienia lokalnych kontekstów używania pewnych wyrażen i słów [...]. Nie jest to jednak powód, by nie próbować poznawać, dowiadywać się, pytać, o ile zależy nam na unikaniu cierpień w relacjach społecznych, podtrzymywaniu debaty³⁴⁵.

Jako że „język żyje”, to zmienia się nie tylko oficjalny styl wypowiedzi³⁴⁶, ale i jego odmiana potoczna. Językowi potocznemu przypisywana jest nawet rola specyficznego dokumentu epoki, który odzwierciedla najważniejsze zjawiska przemian kulturowo-społecznych. W tzw. nieformalnej odmianie języka w pierwszej kolejności zachodzą zmiany, wobec których w krótszej czy dalszej perspektywie czasu nie pozostają obojętne tzw. elity. Jak pisze Rafał Romanowski³⁴⁷:

ten wariant polszczyzny przedstawia rzeczywistość dokładnie tak, jak postrzegają ją ludzie. Nie zawiera bowiem matrykującego zestawu norm poprawności i zgodności ze schematem, ale dopuszcza dużą swobodę użycia dowolnych wyrazów i zwrotów, nawet nieakceptowanych przez wyższe warstwy społeczeństwa.

W ostatnim czasie w Polsce zmiany te często analizowane są przez pryzmat przemian politycznych. Niewątpliwie jest to jedna, ale nie jedyna przyczyna zmian, jakie się dokonują w obrębie języka³⁴⁸. Jeśli chodzi o zmiany obserwowane w codziennej polszczyźnie, to do niedawna na rozwój języka potocznego miały przede wszystkim wpływ gwary ludowe i środowiskowe (np. żargon zawodowy, gwara więzienna), podczas gdy współcześnie największe znaczenie ma adaptacja słów zapożyczonych z języków obcych, zwłaszcza angielskiego³⁴⁹. Język jest więc „wrażliwy” na przemiany polityczne i społeczne oraz (współcześnie) procesy określane mianem globalizacji. Szczególne znaczenie w kształtowaniu postaw zdaje się odgrywać tzw. język medialny, choć w tym przypadku zjawisko to analizuje się przez pryzmat dwustronnej zależności – to przemiany

³⁴⁴ D. Kozłowska, Samodzielne czy samotne matki?, *Znak*, 725, 2015: 54–58; E. Zamojska, „Murzynek Bambo wiecznie żywy!”...

³⁴⁵ E. Zamojska, „Murzynek Bambo wiecznie żywy!”...: 57.

³⁴⁶ Por. A. Wilkoń, *Typologia odmian językowych współczesnej polszczyzny*, wyd. 2 poprawione i uzupełnione, Uniwersytet Śląski, Kraków 2000.

³⁴⁷ R. Romanowski, Współczesny język potoczny: analiza i charakterystyka w kontekście aktualnych zjawisk kulturowych, *Pisma Humanistyczne*, 6, 2004: 1134.

³⁴⁸ I. Kamińska-Szmaj, Język polityki na tle przemian kulturowych, *Acta Universitatis Wratislaviensis*, 3060, 2008: 253–265; K. Ożóg, Nowe czasy – nowy język polski, *ΣΟΦΙΑ. Pismo Filozofów Krajów Słowiańskich*, 8, 2008: 321–328; Tenże, *Język w służbie polityki: językowy kształt kampanii wyborczych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2004; A. Grybosiowa, *Język wtopiony w rzeczywistość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2003.

³⁴⁹ R. Romanowski, Współczesny język potoczny...

społeczno-kulturowe wpływają na język wykorzystywany w mediach do budowania określonych przekazów³⁵⁰.

Jak pisałam na początku tego podrozdziału, rozpoczynając realizację projektu badawczego i w trakcie analiz, posługiwałam się pewnym skrótem „RDA” do oznaczenia (R)odziców (D)orosłych (A)lkoholików. Językowo jest to twór analogiczny zresztą do funkcjonującego określenia DDA (Dorosłe Dziecko Alkoholika) czy zyskującego na popularności DRD (Dziecka z Rodziny Dysfunkcyjnej). W rozdziale tym przedstawiłam treści, w których wyszukałam argumenty na rzecz rezygnacji z określenia „rodzice alkoholika” (i RDA). Doszłam do wniosku, że nawet najmniejsze sugerowanie nowych nazw to ryzyko tworzenia wątpliwych konstrukcji społecznych, warunków dla szufladkowania, specyficznej pożywki dla uproszczonego sposobu definiowania czyichś potrzeb i prognozowania problemów.

Przy okazji poszukiwania osób do badań natknęłam się na pewne zjawisko, które można by analizować z użyciem kategorii samonaznaczania czy też dążeń do specyficznego bycia świadomym użytkownikiem swojej osobowości. Mam na myśli zjawisko społeczne, jakim jest DDA. Świadomie piszę „społeczne”, mimo że niektórzy psychologowie traktują (a przynajmniej jeszcze do niedawna traktowali) grupy DDA jako znaczne „dobrodzieństwo” dla pacjentów oraz „komfort” dla terapeutów³⁵¹. Z jednej strony w zjawisku społecznym, jakim jest DDA, można upatrywać pewne korzyści. Pomijając w tym miejscu problemy związane z adekwatnością i statusem naukowym zagadnień określanych mianem DDA, to wyraźnie uwidacznia się pewnego rodzaju poczucie wspólnoty tej grupy osób. Odkrycie w sobie DDA dostarcza ulgi i inspiracji do podjęcia terapii, choć bywa, że terapeuci muszą w trakcie jej trwania negocjować cel i reorientować zgłaszane przez osobę zapotrzebowanie na pomoc³⁵². W każdym razie identyfikowanie się z tą grupą można uznać za rezultat pokonania kryzysu i przepracowania swoich doświadczeń biograficznych, nawet jeśli nie były bezpośrednio związane z problemowym pić rodzica. Jest jednak coś nienaturalnego w zjawisku ogromnej popularności DDA i „byciu DDA”. Zdaje się, że jest to nawet pewne nadużycie i uproszczenie oraz moda. Refleksja taka nasunęła mi się, kiedy szukając rodziców do wywiadów, umieściłam ogłoszenie w portalu społecznościowym, w grupie bardzo młodych ludzi, oczywiście z prośbą o kontakt poza otwartym forum. Nie było odzewu. Biorąc pod uwagę to, że tacy rodzice są potencjalnymi babkami i dziadkami, umieściłam w tym samym miejscu ogłoszenie szukające osób, które są DDA. Odzew był natychmiastowy i bardzo duży. Zgłaszające się osoby rozpoczynały swoją wiadomość od słów – „Jestem DDA, w czym mogę pomóc?”. Co najmniej połowa zgłaszających się DDA miało dziadków (rodziców ich pijących rodziców). Nie jestem pewna, czy zgłaszający się pozyskali tę etykietę w gabinecie psychoterapeutycznym. Prawdopodobnie wiele z nich było rezultatem

³⁵⁰ M. Drożdż, Język nienawiści w dyskursie medialnym, *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Litteraria Polonica*, 31(1), 2016: 21–32; B. Witosz, O dyskursie wykluczenia i dyskursach wykluczonych z perspektywy lingwistycznej, *Tekst i dyskurs – Text und Diskurs*, 3, 2010: 9–25.

³⁵¹ Z. Sobolewska, *Odebrane dzieciństwo*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2010; J. Kania, Czynniki leczące w pogłębionej terapii osób dorosłych, dzieci alkoholików, [w:] K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010: 395.

³⁵² Tamże.

autodiagnoz. Tak czy inaczej rażące jest wrażenie, że DDA „jest” się niejako do końca życia, że jest to trwały element osobowości, zadra, rana, której nie da się uleczyć. Bardzo sugestywnie o sygnalizowanym przeze mnie problemie pisze Jarosław Kania, który przygląda się autoetykietom osób, które korzystają z jego pomocy psychologicznej i terapii, i dochodzi do wniosku, jak ważne jest to, aby kończąc terapię, pacjenci nie mówili o sobie „jestem DDA”.

[...] z czym wyszliby z terapii pacjenci identyfikujący się z etykietą „jestem dorosłym dzieckiem wisielca...”. Powracająca myśl „jestem dzieckiem wisielca”, „jestem DDA”, niekoniecznie byłaby pomocna w okresach normalnych kryzysów życiowych, rozterek. [...] Rozwój, odchodzenie od czegoś, by dojść do czegoś innego w kolejnej fazie życia przejawia się między innymi w „podawaniu w wątpliwość”. Powracająca myśl „jestem DDA, jestem synem wisielca” jako skrótowa definicja mojego jestestwa, jako odpowiedź... To nie wygląda jako narzędzie, które określiłbym użytecznym czy pomocnym. A co, gdy rzeczywiście mamy sobie coś poważnego do zarzucenia i musimy rozliczyć się ze swoich czynów i błędów?³⁵³

Kończąc rozważania podjęte w tym rozdziale, pragnę zaznaczyć, że nie wywołują moich emocji argumenty na rzecz umocowania czy deprecjacji tej filozofii poprzez zarzut ekstremalnej, radykalnie lewicowej ideologii. Wyrażam przekonanie, że polityka poprawności pełni ważną funkcję w procesach przeciwdziałania dyskryminacji i marginalizacji grup społecznych. Jest to przejaw wrażliwości na krzywdę drugiej osoby czy pomniejszanie jej znaczenia, troski nie tylko o wysoką jakość relacji z otoczeniem, ale również i tego, co czasem się określa mianem inteligencji emocjonalnej. Jest także pewną kompetencją społeczną, umiejętnością przewidywania konsekwencji swoich zachowań. Biorąc pod uwagę argumenty przedstawione w tej części książki o roli języka w tworzeniu i stwarzaniu rzeczywistości, wyrażam przekonanie, że warto podjąć trud i zamiast „rodzica alkoholika” zobaczyć człowieka, który boryka się z problemem nadużywania alkoholu swojego dorosłego dziecka, szkodliwie pijącego czy z diagnozą uzależnienia.

Medykalizowanie

Wracając do zasygnalizowanego w pierwszym podrozdziale „zwrotu lingwistycznego” z połowy XX wieku, warto zanotować, że terminu tego (*linguistic turn*) użył po raz pierwszy na łamach piśmiennictwa naukowego Richard Rorty³⁵⁴. Język przestaje być traktowany jako przezroczysty środek opisu świata i jego zwierciadło, a staje się narzędziem tworzenia i współtworzenia rzeczywistości społecznej.

Język nie jest zwierciadłem, które odkrywamy i które pomaga nam odkrywać rzeczywistość, lecz raczej zbiorem słowników — narzędzi, które wytworzyliśmy i które wciąż przetwarzamy, by jak najlepiej radzić sobie ze światem, realizując tym samym nasze doraźne cele³⁵⁵.

³⁵³ Tamże: 396.

³⁵⁴ R. J. Bernstein, Richard Rorty's deep humanism, *Graduate Faculty Philosophy Journal*, 29(2), 2008: 53–69.

³⁵⁵ M. Musiał, *Filozofia Richarda Rorty'ego jako terapia kulturowa*, Oficyna Wydawnicza Epigram, Bydgoszcz 2014: 28.

Z punktu widzenia zagadnień poruszanych w tej części książki znaczący jest przekaz płynący z prac Rorty'ego: „Świat nie mówi. Tylko my to robimy. Świat może, kiedy już zaprogramujemy się przy pomocy jakiegoś języka, sprawić, że będziemy żywić pewne przekonania”³⁵⁶. Z łatwością dostrzec można, że wiele elementów jego koncepcji przywodzi na myśl założenia charakterystyczne dla konstrukttywizmu, mimo że on sam nie „podpisuje się” pod stanowiskiem tego nurtu³⁵⁷. Wspominam o tym w tym miejscu, stopniowo zmierzając do prezentacji wybranych poglądów Michela Foucaulta, które z kolei stanowią podstawy teoretyczne współczesnych prac z zakresu medykalizacji – kategorii, którą przywołuję w tytule tej części książki oraz która stanowi zasadniczy przedmiot dalszych analiz. Zanim jednak to nastąpi, poświęcę nieznaczne miejsce samemu konstrukttywizmowi jako specyficznej płaszczyźnie teoretycznej, na której rozważane są zjawiska kształtowania świata przez człowieka.

Konstrukttywizm pojawił się we wczesnych latach 70. ubiegłego wieku w kilku miejscach i jako niezależne dokonanie w ramach kilku nauk pod przewodnictwem neurofizjologii³⁵⁸. Jako że nie odnosi się on do jednolitego kierunku metodologicznego, nie da się wyznaczyć w sposób spójny jego pojęcia. „Konstrukttywizm to raczej umowna nazwa wskazująca wprawdzie pewną określoną tendencję epistemologiczną, lecz w różny sposób realizowaną przez badaczy z tym nurtem kojarzonych”³⁵⁹.

To, że na marginesie rozważań niektórych naukowców przed tym okresem sygnalizowane były refleksje na temat poznania jako wyniku operacji dokonywanych przez sam poznający podmiot, nie czyni z nich prekursorów konstrukttywizmu³⁶⁰. „Samo pytanie o charakter rzeczywistości jest oczywiście tak stare, jak sam świat. Problem jednak nie w pytaniu, lecz w odpowiedziach. A konstruktivistyczna wersja odpowiedzi na to pytanie sformułowana została przyczynowo, niezależnie od tradycji filozoficznej, w ramach nauk ścisłych”³⁶¹.

Do szerokiego grona ogólnej perspektywy konstruktivistycznej należą przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych, reprezentanci rozmaitych szkół naukowych, nurtów i stanowisk³⁶². Najważniejszą cechą wszelkich odmian konstrukttywizmu jest założenie, w myśl którego człowiek (jako istota społeczna) wytwarza (konstruuje) wiedzę o świecie. Najbardziej radykalną jego wersją stanowi koncepcja człowieka, który nie tylko wytwarza wiedzę o świecie, ale także sam świat. Podstawowymi odmianami perspektywy konstruktivistycznej są:

³⁵⁶ R. Rorty, *Przygodność, ironia...*: 22.

³⁵⁷ Elementy filozofii Rorty'ego zgodne ze stanowiskiem konstruktivistycznym oraz wyjaśnienia sensu kojarzenia jego myśli z konstrukttywizmem omawia Maciej Musiał w ostatniej części swojej książki, pt. *Filozofia Richarda Rorty'ego...*

³⁵⁸ M. Fleischer, Wprowadzenie – krótka historia konstrukttywizmu, [w:] B. Balicki, D. Lewiński, B. Ryż, E. Szczerbuk (red.), *Radykalny konstrukttywizm. Antologia*, GAJT Wydawnictwo, Wrocław 2010: 7–23.

³⁵⁹ M. Cyzman, P. Bohuszewicz, Wokół pojęcia konstrukttywizmu, *Litteraria Copernicana*, 3(19), 2016: 8.

³⁶⁰ M. Fleischer, Wprowadzenie – krótka historia konstrukttywizmu...

³⁶¹ Tamże: 9.

³⁶² M. Wendland, *Konstrukttywizm komunikacyjny...*

społeczna, epistemologiczna i poznawcza. W nawiązaniu do problemu zawartego we wstępie do niniejszego rozdziału należy odnotować tzw. komunikacyjny konstruktivism. W centrum zainteresowań czyni się tu działania komunikacyjne i to im nadaje się szczególnie ważne funkcje w procesach tworzenia wiedzy o świecie:

[...] komunikacja, jako zjawisko specyficznie ludzkie, stanowi jedno z najważniejszych narzędzi, za pomocą których ludzkie zbiorowości konstruują swoje wyobrażenia i/lub pojęcia świata i za pomocą których konstruują oni poszczególne elementy tego świata [...] ludzkie bycie-w-świecie jest determinowane i relatywizowane, a także [...] konstruowane za pośrednictwem działań komunikacyjnych³⁶³.

Tezy konstruktystów zakwestionowały tradycyjne rozumienie wiedzy jako prawdy obiektywnej. Wiedza nie jest odkrywana, ale tworzona. Ma charakter lokalny i nie jest prawdą uniwersalną, absolutną ani powszechnie przyjętą.

Jeśli chodzi o Foucaulta, to prezentacja jego dorobku intelektualnego w kontekście zagadnień podejmowanych w tej części książki jest całkowicie uzasadniona. Definiowanie problemów użytkowników/pacjentów/klientów korzystających z leczenia, pomocy czy wsparcia instytucji można z całą pewnością osadzić (choć nie tylko) na gruncie rozważań o dyskursach towarzyszących praktykom społecznym i na rzecz obnażania rozmaitych form opresji i wykluczeń fundowanych przez władzę i system. Pytanie o to, kim i po co są w systemie leczenia i pomocy rodzice osób, które nadużywają alkoholu, kieruje uwagę na fragment dorobku naukowego Foucaulta, który określany bywa perspektywą społecznego konstruktivismu w socjologii zdrowia i choroby³⁶⁴. Jako jeden z pierwszych dostrzegł w medycynie narzędzie kontroli społecznej i krytykował jej pozorną obiektywność oraz neutralność. W dalszej części naszkicuję fragmenty twórczości Foucaulta, zwłaszcza te, które odnoszą się do dyskursu-wiedzy-władzy i biowładzy. Jego dorobek intelektualny potraktuję jako punkt wyjścia do szerzej zaprezentowanych w tej części książki współczesnych praktyk dyskursywnych i na rzecz kontroli społecznej, które wiążą się ze zjawiskiem medykalizacji.

Interesujące mnie poglądy na temat medykalizacji zmieniały się na przestrzeni lat. Amerykańscy naukowcy, prekursorzy i badacze problematyki na gruncie socjologii początkowo analizowali to zjawisko wyłącznie przez pryzmat tzw. imperializmu medycyny, czyli swoistej hegemonii, jaką roztaczały i pozyskiwały instytucje medyczne³⁶⁵. Opisy zjawiska medykalizacji wykraczają jednak poza obszar wyłącznie medyczny. Na początku lat 90.³⁶⁶ spojrzenie na medykalizację uległo znaczącej ewolucji, a jej znaczenie poszerzenia o nowe kategorie³⁶⁷. Podobnie było w przypadku Foucaulta. Jego poglądy, przez pryzmat których można rozpatrywać zjawisko medykalizacji, stopniowo zmieniają się i ewoluują.

³⁶³ Tamże: 13.

³⁶⁴ Szerzej np.: E. Bińczyk, *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002: 181–193.

³⁶⁵ Mam na myśli takie postaci, jak: Ivan Illich, Irving Zola czy Thomas Szasz. Przywołam ich publikacje jeszcze w dalszej części.

³⁶⁶ Wiczorkowska podaje lata 80. jako przełom w sposobie analizowania zjawiska medykalizacji.

³⁶⁷ J. E. Davis, *How medicalization lost its way*, *Society*, 1(43), 2006: 51–56.

Marek Czyżewski uważa, że mówiąc o tym naukowcu, należy pamiętać o kilku Foucaultach. Sam wymienia ich pięciu i określa mianem: „wczesnego”, „klasycznego”, „późnego”, „krytycznego” i „ostatniego”³⁶⁸. Zainteresowanie problematyką dyskursu kieruje uwagę na Foucaulta wczesnego, przywodząc przede wszystkim na myśl opracowanie pt. *Słowa i rzeczy*³⁶⁹, oraz „klasycznego”, o którym Czyżewski pisze, że najbardziej jest kojarzony przede wszystkim z książką z połowy lat 70. minionego wieku pt. *Nadzorować i karać*³⁷⁰.

Foucault zrywa ze strukturalistycznym przekonaniem o uniwersalnej gramatyce języka. Zakłada różnorodność gramatyk dyskursu porządkującego obraz świata przez pryzmat obowiązujących w danej kulturze zasad jego organizacji. Analizując praktyki dyskursywne, stoi na stanowisku, że nie istnieją tylko relacje między nimi samymi, ale także stosunki sił oraz skomplikowana sieć relacji władzy. To dlatego też dorobek intelektualny Foucaulta jest użyteczny w analizie mechanizmów zniewalania jednostek i marginalizowanych grup społecznych. Główne pole zainteresowania Foucaulta obejmuje następujące systemy ludzkich wypowiedzi: dyskurs kliniczny³⁷¹, psychiatryczny³⁷², kryminologiczny³⁷³ i seksualny³⁷⁴. Pokazał, jak na przestrzeni dziejów powstawały kulturowe dyskursy odnoszące się do seksualności, szaleństwa, medycyny, przemocy, jak zmieniała się wiedza dotycząca tych obszarów, w tym definicja normy i patologii, w końcu – jakie stosowano praktyki dyscyplinujące jednostkę oraz jakie miały one znaczenie społeczno-polityczne. Zasadniczymi kategoriami analiz uczynił władzę i opór lub unik wobec niej. Te natomiast (i koszty z nimi związane) pozostają w silnym związku z doskonaleniem i modyfikowaniem technik sprawowania władzy. W warunkach jej zmiany rozwijają się z kolei nowe formy oporu i uniku. Na marginesie zaznaczę, że wykorzystywanie tych kategorii w analizowaniu tego, co się dzieje między aparatem władzy/organizacji a jednostką/grupą, nasuwać może skojarzenie twórczości Ervinga Goffmana i strategii, jakie przyjmuje człowiek w warunkach instytucji totalnej³⁷⁵. W dalszej części książki odniosę się jeszcze do dorobku Goffmana. Przedmiotem moich rozważań nie będzie jednak jego koncepcja instytucji totalnej³⁷⁶, ale mechanizmy odpowiedzialne za procesy stygmatyzowania.

Foucault wyróżnia trzy typy władzy: suwerenną, dyscyplinarną i właśnie biowładzę. Władza suwerenna za swój przedmiot obiera terytorium (i gromadzi bogactwo). Władza dyscyplinarna (przełom XVII/XVIII) przedmiotem „troski” czyni ciało (które odpowiednio trenowane i dyscyplinowane przynosi korzyści państwu), natomiast biowładza kontroluje „biologię” i skupia się na populacji (oraz jej wielkości). Medykalizuje i normalizuje społeczeństwo poprzez propagowanie praktyk

³⁶⁸ M. Czyżewski, *Teorie dyskursu i dyskursy teorii, Kultura i Społeczeństwo*, 2, 2013: 3–25.

³⁶⁹ M. Foucault, *Słowa i rzeczy: archeologia nauk humanistycznych*, Arche, Gdańsk 2006.

³⁷⁰ Tenże, *Nadzorować i karać: narodziny więzienia*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2009.

³⁷¹ Tenże, *Narodziny kliniki*, KR, Warszawa 1999.

³⁷² Tenże, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, PIW, Warszawa 1987.

³⁷³ Tenże, *Nadzorować i karać...*

³⁷⁴ Tenże, *Historia seksualności...*

³⁷⁵ A. Borowski, Erving Goffman i Michel Foucault – analiza dyskursów, *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 1, 2013: 19–27.

³⁷⁶ E. Goffman, *Instytucje totalne*, GWP, Sopot 2011.

troski o siebie i innych. Niebezpieczeństwo biowładzy leży w jej ukryciu, a potęgą w tym, że przenika wszystkie sfery życia człowieka oraz – a może przede wszystkim – podpira się autorytetem nauki³⁷⁷.

W swoich wczesnych pracach Foucault opisuje proces medykalizacji jako ewoluującą, rozszerzającą się władzę państwa. Zdrowie, chorobę oraz ciało Foucault traktuje jako zjawiska społeczne. Szczególne znaczenie w rozwoju krytycznego myślenia w tym zakresie miała jego książka z początku lat 60. pt. *Narodziny kliniki*³⁷⁸, w której po raz pierwszy używa określenia „medykalizacja”. Medycynie jako nauce i praktyce społecznej nadał miano ważnego elementu działania państwa i jego polityki³⁷⁹. Z użyciem właściwej dla siebie metodologii ujawnia warunki i rezultaty osiemnastowiecznego wzrostu znaczenia medycyny dla ludzkiego życia i ciała. Rekonstruuje wykorzystanie medycyny na rzecz zwiększenia i utrwalenia siły państwa. Zarządzanie medycyną staje się dla niego strategią dyscyplinowania i kontrolowania ludności. Walka z epidemiami i tworzenie miejsc odosobnienia to ideologiczne podwaliny współczesnych instytucji sanitarnych i monitorujących ciała oraz dusze obywateli.

Swoje wnioski wywodził z analizy różnorodnych instytucji i działań władzy w wielu krajach. Odtwarzał mechanizmy zabezpieczania interesów klasy rządzącej nad pracującą właśnie z zastosowaniem przez stronę rządzącą do tych celów medycznych uzasadnień.

W kolejnych swoich pracach filozof dokonał modyfikacji swoich wcześniejszych poglądów. Stopniowo zaczyna opisywać władzę medyczną nie przez pryzmat strategii państwa na rzecz pozyskiwania i potwierdzania swojej hegemonii. Władza medyczna zaczęła się jawić w pracach filozofa jako zjawisko rozproszone i niewidoczne.

[...] władza odrywa się od struktury, przenikając tym samym na wskroś wszelkie międzyludzkie relacje. W swej istocie zaczyna się od najdrobniejszych, najbardziej podstawowych działań ludzkich na poziomie mikro³⁸⁰.

W kontekście władzy z użyciem medycyny lekarze przestają być funkcjonariuszami kontrolującego i dyscyplinującego państwa. Jak pisze Robert A. Nye, stają się ekspertami w służbie dyskursu³⁸¹.

³⁷⁷ Bardzo dosadnie zjawisko to ilustruje Sylwia Urbańska w swoim artykule poświęconym umedycznieniu doświadczeń macierzyńskich. Wzmacnianie przekazów zawartych w poradnikach dla matek następuje między innymi poprzez eksponowanie stopni i tytułów naukowych autorów (S. Urbańska, Profesjonalizacja macierzyństwa jako proces odpodmiotowienia matki. Analiza dyskursów poradnika „Twoje Dziecko” z 2003 i 1975 roku, [w:] B. Budrowska (red.), *Kobiety, feminizm, demokracja: wybrane zagadnienia z seminarium IFiS PAN z lat 2001–2009*, ISIS PAN, Warszawa: 19–42).

³⁷⁸ M. Foucault, *Narodziny kliniki*...

³⁷⁹ Tamże; Tenże, *Trzeba bronić społeczeństwa*, Fundacja Aletheia, Warszawa 1998; T. Lemke, Analityka biopolityki. Rozważania o przeszłości i teraźniejszości spornego pojęcia, *Praktyka Teoretyczna*, 1(2), 2011: 11–25.

³⁸⁰ B. Jabłońska, Władza i wiedza w krytycznych studiach nad dyskursem – szkic teoretyczny, *Studia Socjologiczne*, 204(1), 2012: 79.

³⁸¹ R. A. Nye, The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 2003: 115–129.

Narzędziem, za pomocą którego naukowiec rekonstruował procesy transformacyjne i zawiązywanie się (nowych) relacji władzy wszechobejmujących stopniowo życie jednostki (ciało, seksualność, zaburzenie psychiczne), stała się „biopolityka”. W jego wykładzie z 1979 roku czytamy³⁸²:

We wszystkich tych badaniach, dotyczących szaleństwa, choroby, przestępczości, seksualności [...] idzie o to, w jaki sposób powiązanie pewnych praktyk z określonym reżimem prawdy, tworzy urządzenie wiedzy-władzy, które sprawia, że w rzeczywistości pojawia się coś, czego nie ma i podporządkowuje to coś podziałowi na prawdę i fałsz.

Zagadnienie biopolityki pojawiło się w pracach Foucaulta w latach 70. ubiegłego wieku. Kategoria ta jest obecna również na współczesnej płaszczyźnie dyskusji naukowych i społecznych. Przykładowo Thomas Lemke przygląda się kierunkom rozwoju tego pojęcia, sposobom jego rozumienia i wykorzystywania „w praktyce”. Píše, że biopolityka jako kategoria analizy i opisu wykorzystywana jest na bardzo szerokim polu – od polityki azyłowej czy prewencji AIDS aż po pytania o determinanty przyrostu ludności i wspierania produkcji rolniczej. Pod egidą tego pojęcia podejmowane są regulacje badań medycznych, prawno-karne rozstrzygnięcia związane z przerywaniem ciąży czy eutanazji. Co więcej, Lemke dostrzega, że³⁸³:

Pod pojęciem „biopolityki” jedni rozumieją racjonalne i demokratyczne kształtowanie warunków życiowych, inni zaś kojarzą je raczej z wykluczeniem, eliminacją chorych, eugeniką i rasizmem. Pojęcie to pojawia się zarówno u przedstawicieli starej prawicy, jak i w nowszych lewicowo-radykalnych tekstach. Używają go zarówno krytycy postępu biotechnologicznego, jak i jego zwolennicy, zadeklarowani rasiści, jak i marksiści.

Czym była „biopolityka” w pracach Foucaulta? Można powiedzieć, że filozof za pomocą tego pojęcia opisywał pewną formę praktykowania władzy poprzez sprowadzanie procesów i struktur politycznych do determinantów biologicznych³⁸⁴. Lemke ujmuje to następująco³⁸⁵:

Pojęcie biopolityki w pismach Foucaulta odnosi się do rozwoju pewnej nowej, specyficznej wiedzy politycznej i nowych dyscyplin, takich jak statystyka, demografia, epidemiologia i biologia, które analizują procesy życiowe na poziomie populacji, by „rządzić” jednostkami i kolektywami poprzez środki korygujące, wykluczające, normalizujące, dyscyplinujące, terapeutyczne lub optymalizujące.

Foucault zauważa także, że w perspektywie historycznej wykorzystanie biopolityki jako narzędzia analizy pozwala dostrzec, jak w minionych stuleciach nie tylko wzrosło znaczenie „życia” (w sensie biologicznym) dla polityki, lecz również, jak zmieniła się sama definicja polityczności.

Centralnym pojęciem dorobku intelektualnego Foucaulta jest kategoria dyskursu. Dyskurs to pewnego rodzaju obowiązujący wzorzec, ustalona „wiedza” o rzeczywistości, kulturowa praktyka językowa stanowiąca pewną całość

³⁸² M. Foucault, *Narodziny biopolityki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 43.

³⁸³ T. Lemke, *Analityka biopolityki...*: 12.

³⁸⁴ M. Foucault, *Narodziny biopolityki...*; zob. także: E. Bińczyk, *Nieklasyczna socjologia...*; T. Lemke, *Analityka biopolityki...*

³⁸⁵ T. Lemke, *Analityka biopolityki...*: 18.

nacechowaną wewnętrzną ciągłością i znaczeniami. Dyskursy są specyficznymi narzędziami rozpowszechniania różnych układów i norm myślenia, które zawierają zawołane twierdzenia o świecie. Obowiązujące (dominujące) dyskursy mają specyficzny status prawdy i kształtują sposób myślenia, doświadczania i interpretowania rzeczywistości, stając się fragmentem wiedzy, która sprawuje władzę nad jednostką i społeczeństwem (dyskurs-wiedza-władza). Dyskurs sprawia więc, że wiedza ze swymi założeniami jawi się jako samowypełniająca się przepowiednia. Dzieje się tak, gdyż jego ukryty przekaz wywiera wpływ na postrzeganie rzeczywistości, a z drugiej strony i równocześnie zmusza do zachowywania się w taki sposób, aby rzeczywistość zdawała się ściśle odpowiadać swej dyskursywnie rozpowszechnianej reprezentacji³⁸⁶.

Analiza dyskursu to analiza współtworzenia danej rzeczywistości. Foucault zrekonstruował powstawanie kulturowych dyskursów, które odnosiły się do ludzkiej seksualności, zdrowia (psychicznego) i choroby, dewiacji, a przede wszystkim kształtowania się wiedzy, która wyznaczała sposoby definiowania normy i w rezultacie wpływała na stosowanie praktyk dyscyplinujących jednostkę. Obowiązujące dyskursy bowiem stanowią w danym społeczeństwie system opresji i władzy.

Koncepcje wiedzy-władzy-dyskursu i biowładzy stanowią inspiracje teoretyczne współczesnych prac z zakresu medykalizacji i najwyższy czas, bym przystąpiła do prezentacji i analizy tego zagadnienia.

Mówiąc o zjawisku i procesach medykalizacji, ma się przede wszystkim na myśli to, że tym, co wpływa na wszelkie sfery ludzkiego życia i odgrywa istotną (nadmiernie ważną) rolę w kształtowaniu myślenia o relacjach społecznych, ciele czy tożsamości, jest medycyna. Rezultatem i elementem procesów medykalizacji jest pewnego rodzaju reżim „bycia zdiagnozowanym” oraz naturalność poddawania się interwencji medycznej. Michał Nowakowski³⁸⁷ proponuje, by rozpatrując medykalizację, zwrócić uwagę na trzy jej wymiary: po pierwsze – oznacza ona multiplikację chorób poprzez zmianę (poszerzenie) granic zaburzeń zdrowia, po drugie – związana jest z poddawaniem medycznemu procedurom naturalnych etapów życia człowieka (bez ich patologizacji) i po trzecie wreszcie – stwarza możliwości polepszenia jakości życia zasadniczo zdrowych ludzi (pod względem określonej cechy).

Najwięcej projektów badawczych analizujących fenomen umedycznienia powstało w Stanach Zjednoczonych. Zwłaszcza początkowo w dużej mierze odbywało się to w obrębie socjologii dewiacji i przez pryzmat teorii kontroli społecznej³⁸⁸ i to do ustaleń amerykańskich naukowców będą odnosić się najczęściej.

W Polsce zagadnienie to bywa często przedmiotem pogłębionych analiz na gruncie socjologii zdrowia, choroby i medycyny.

[...] socjologowie medycyny w analizach zjawiska medykalizacji przyjmują perspektywę konstruktywistyczną i wykazują, jakie konkretne czynniki społeczne, ekonomiczne, kulturowe, polityczne

³⁸⁶ M. Foucault, *Słowa i rzeczy...*

³⁸⁷ M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, Praca doktorska napisana w Instytucie Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2013, <https://phavi.umcs.pl/at/attachments/2014/0117/100934-michal-nowakowski-praca-doktorska.pdf> (dostęp: 15.05.2019): 29.

³⁸⁸ Por. M. Wieczorkowska, *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, *Przeгляд Socjologiczny*, 61(2), 2012: 31–56; M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...*

determinują rozwój wiedzy medycznej, ale także zajmują jasno określoną pozycję w sporze między redukcjonizmem biologicznym charakterystycznym dla paradygmatu biomedycznego a holistycznym modelem zdrowia³⁸⁹.

Sam termin „socjologia medycyny” pojawił się ponad sto lat temu, ale przyjmuje się, że prekursorem tej dziedziny wiedzy był Talcott Parsons, a jej początki sięgają lat 50. XX wieku. Dodam, że pod koniec lat 50. wprowadzony został podział na socjologię w medycynie (*sociology in medicine*) i socjologię medycyny (*sociology of medicine*). W myśl tego podziału, w obrębie pierwszej uwagę badaczy skupiają społeczne uwarunkowania stanu zdrowia i rozwiązywania problemów medycznych, a drugiej opisywane są instytucje i aktorzy medyczni. Na gruncie polskiego piśmiennictwa naukowego zjawisko medykalizacji (w ujęciu socjologii zdrowia, choroby i medycyny) zagościło relatywnie późno. Kiedy sięga się po publikacje pochodzące jeszcze z lat 2012 czy 2013, autorzy akcentują, że w Polsce jest to zjawisko relatywnie „nowe”, a na pewno w tym sensie, że brakuje empirycznych, pogłębionych badań z bezpośrednim odniesieniem się do perspektywy medykalizacji³⁹⁰.

Wracając do głównego nurtu rozważań o medykalizacji, analiza piśmiennictwa naukowego kieruje uwagę przede wszystkim na twórczość amerykańskiego socjologa Petera Conrada. Jego liczne publikacje dotyczące tego problemu dały początek pogłębionym i poszerzonym pracom nad perspektywą medykalizacji. Jego też uważa się za sprawcę zmiany perspektywy analizowania tego zjawiska. Początkowo bowiem uwagę badaczy skupiało zjawisko określane mianem imperializmu medycyny bezpośrednio związane z dominacją zawodu lekarskiego. Mniej więcej w latach 90. Conrad zaczął opisywać medykalizację szerzej jako proces opisywania „niemedycznych problemów” w taki sposób, że zaczynają być one definiowane i traktowane jako medyczne. Wiązał je z obszarem kontroli społecznej³⁹¹ oraz wskazywał na silne związki z naznaczeniem³⁹². Najogólniej mówiąc, chodzi o specyficzne zawłaszczanie przez szeroko pojętą medycynę różnych obszarów życia ludzkiego i analizowanie ich z użyciem (lub wyraźnym odniesieniem do) kategorii medycznych. Towarzyszy temu szereg zjawisk, o których można powiedzieć, że są rezultatem tendencji do medykalizowania wszelkich sfer ludzkiego życia, a także przejawem interesów określonych grup (zyski ekonomiczne z powodu popularności wyrobów farmaceutycznych, terapii, zabiegów kosmetycznych itp.³⁹³). Wiedza medyczna jako istotny element dominującego dyskursu (naukowego) staje się regulatorem definicji tego, co normalne, nienormalne czy zagrożone nienormalnością. Definicje te z kolei narzucają określoną dyscyplinę różnym praktykom społecznym – ocenia się, co normalne, co nienormalne, co wymaga interwencji terapeutycznej, co leczenia, a co ukarania³⁹⁴.

³⁸⁹ M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...*: 46.

³⁹⁰ Tamże; M. Wiczorkowska, *Medykalizacja społeczeństwa...*

³⁹¹ P. Conrad, *Medicalization and social control*, *Annual Review of Sociology*, 18(1), 1992: 209.

³⁹² P. Conrad, J. W. Schneider, *Deviance and medicalization: from badness to sickness*, Temple University Press, Philadelphia 1992.

³⁹³ P. Conrad, *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2007.

³⁹⁴ P. Conrad, J. W. Schneider, *Deviance and medicalization...*; J. Susman, *Disability, stigma and deviance*, *Social Science & Medicine*, 38(1), 1994: 15–22; J. Rossol, *The medicalization of deviance as an interactive achievement: The construction of compulsive gambling*, *Symbolic Interaction*, 24(3),

Medykalizacja danego zjawiska jest procesem obejmującym kilka etapów. Pierwszym jest dostrzeżenie problemu i zdefiniowanie poprzez nadanie mu wartości medycznej. Kolejno zostaje on opisany z użyciem kategorii medycznych. Perspektywa medyczna rzuca również światło na problem i pozwala go „odpowiednio” zrozumieć. Kiedy już problem jest ulokowany w ramach zjawisk medycznych, profesjonalnie nazwany i wyjaśniony, można stosować określone procedury (medyczne), by go rozwiązać³⁹⁵.

Współcześni badacze dyskursu praktyk społecznych wymieniają szeroką gamę zjawisk, które podlegają medykalizacji. Przykładowo Joseph E. Davis³⁹⁶ wymienia: zachowania dewiacyjne, naturalne etapy i procesy życiowe, problemy codzienności oraz podnoszenie jakości samopoczucia i urody. Wskazuje również na grupy, które są najbardziej „podatne” na umedycznienie ich sfer życia. Odpowiednio w kolejności, jeśli chodzi o dwa pierwsze obszary, są to: dzieci i kobiety z klasy średniej oraz kobiety i seniorzy. Dwa ostatnie odnosi szczególnie do „problemów” klasy średniej i wyższej. I tak medykalizowane jest i dzieciństwo³⁹⁷, i starość³⁹⁸, ciąża³⁹⁹, kobiecość (np. ciało w kontekście porodu, macierzyństwa⁴⁰⁰ czy urody⁴⁰¹) oraz męskość (np. męska seksualność⁴⁰²), wszelkie stany psychiczne oraz ekspresje⁴⁰³, trudności określane kiedyś mianem wychowawczych⁴⁰⁴ czy szkolnych⁴⁰⁵, a także rozwój⁴⁰⁶.

2001: 315–341; P. A. Adler, P. Adler, The demedicalization of self-injury: From psychopathology to sociological deviance, *Journal of Contemporary Ethnography*, 36(5), 2007: 537–570.

³⁹⁵ P. A. Adler, P. Adler, The demedicalization...

³⁹⁶ J. E. Davis, Medicalization, social control, and the relief of suffering, [w:] W. C. Cockerham (ed.), *The new Blackwell companion to medical sociology*, Blackwell Publishing, Chichester 2010: 211–241.

³⁹⁷ A. Cudowska, Współczesne dzieciństwo w narracji terapeutycznej kultury (po) nowoczesnej, [w:] J. Izdebska, J. Szymanowska (red.), *Dziecko w zmieniającej się przestrzeni życia. Obrazy dzieciństwa*, Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok 2009: 149–160.

³⁹⁸ M. Wiczorkowska, Czy starość jest chorobą? – medykalizacja starości w Polsce, *Przegląd Socjologiczny*, 62(2), 2013: 109–134.

³⁹⁹ A. Doroszewska, M. Nowakowski, Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 28(2), 2017: 172–177.

⁴⁰⁰ E. Mazurek, Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medykalizacji macierzyństwa, *Kultura-Społeczeństwo-Edukacja*, 1, 2014: 75–93.

⁴⁰¹ M. Leźnicki, Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych, *Scientia et Fides*, 1(1), 2013: 213–230.

⁴⁰² U. Kluczyńska, Medykalizacja męskiej seksualności, *Interalia. Pismo poświęcone studiom queer*, 10, 2015: 92–120.

⁴⁰³ B. de Barbaro, Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego, [w:] Tejze (red.), *Konteksty psychiatrii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014: 235–251.

⁴⁰⁴ M. Wróblewski, *Medykalizacja nadpobudliwości. Od globalnego standardu do peryferyjnych praktyk*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2018; M. Michel, Zmiana myślenia o procesie resocjalizacji i osobach niedostosowanych społecznie w świetle zmian paradygmatów w polskiej myśli resocjalizacyjnej. Nurt „nowej resocjalizacji”, *Polska Myśl Pedagogiczna*, 3(3), 2017: 95–110.

⁴⁰⁵ M. Chodyna-Santus, Medykalizacja niepowodzeń szkolnych a rynek usług terapeutycznych. Kontrowersje wokół metod terapii, *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 2017: 165–177.

⁴⁰⁶ K. Gerc, M. Jurek, Rozwój zaburzony czy odmienny – próba analizy pojęciowej w odniesieniu do stanów ze spektrum autyzmu, *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, 10, 2017: 189–207.

Zaczęłam wymieniać te stany, cechy i atrybuty, w odniesieniu do których naukowcy podają argumenty o (nadmiernym czy nieuprawnionym) medykalizacji zjawisk. Powinnam jednak wskazać na te, które tej medykalizacji nie podlegają. Gdyby bowiem chciać wymienić wszystkie obszary „objęte” medykacją, to na pewno wypisanie ich braku zajęłoby mniej miejsca. Nie znaczy to, że byłoby to łatwiejszym przedsięwzięciem. Medykacji podlegają bowiem wszelkie zagrożenia i sposoby radzenia sobie z nimi⁴⁰⁷, ale nie tylko. Zmedykalizowane zostaje osobiste doświadczenie, codzienność oraz „zwyczajna” opieka i troska o wychowanie dziecka. Procesom umedykcyznienia poddawana jest nie tylko biologiczna sfera rodzicielstwa, lecz także to wszystko, co się dzieje między rodzicami a dziećmi. Deprecjonowane jest doświadczenie osobistej wiedzy, a rolę etyka przejmuje psycholog⁴⁰⁸.

Znalezienie argumentacji dla „umedykalnienia” jakiegoś zjawiska nie jest trudne. „Pomoc” w tym zakresie świadczą media, które współcześnie są najlepszą przestrzenią, w której dokonuje się nadawanie określonym zjawiskom nowych znaczeń, ich utrwalanie i potwierdzanie. Media są więc bezpośrednio uwikłane w struktury rynku i władzę nad ludzkimi potrzebami, postawami wobec problemów, w tym swojego zdrowia i choroby. „Rynek” to szeroki system interesów na rzecz zaspokajania „umedykcyzionych” potrzeb. Oczywiście, aby problem zaistniał w świadomości konsumentów, należy go stworzyć. Służą temu różne kampanie reklamowe, w których stany uważane dotychczas za „normalne” (np. związane z procesem starzenia się) są poważnie redefiniowane. Przykładowo wejście do obrotu nowego leku na łysienie zostało powiązane z poważnymi konsekwencjami emocjonalnymi oraz zagrożeniem⁴⁰⁹. Tego rodzaju przykładów ilustrujących zjawisko medykalizacji można odnaleźć dużo. W ciekawy sposób rozpoczyna swój artykuł poświęcony procesowi medykalizacji Magdalena Wiczorkowska. Prezentuje krótkie streszczenie sztuki francuskiej sprzed prawie wieku o „bezrobotnym” lekarzu, który pozyskuje tłumy pacjentów dzięki zastosowanej przez niego strategii, którą dziś można byłoby nazwać psychoedukacją. Sztuka – jak sama pisze autorka artykułu – „nie straciła aktualności i pokazuje, jak zdrowi ludzie stają się chorzy, jak cienka jest granica między zdrowiem a chorobą i jak potężna może być władza i kontrola profesji medycznych”⁴¹⁰.

Ciekawym ustaleniem, a jednocześnie argumentem przemawiającym za tym, że pojęcia zdrowia i choroby są konstruktami społecznymi, jest to, że można wyodrębnić jednostki chorobowe i zaburzenia znacząco częściej diagnozowane u kobiet bądź u mężczyzn. I tak kobiety częściej niż mężczyźni otrzymują

⁴⁰⁷ Przykładowo J. E. Davis (How medicalization...) stoi na stanowisku, że panuje wyraźny zamęt jeśli chodzi o analizowanie niektórych zjawisk z perspektywy procesów medykalizacji. Do problemu tego wróć jeszcze na zakończenie tego podrozdziału.

⁴⁰⁸ S. Urbańska, Profesjonalizacja macierzyństwa...

⁴⁰⁹ Przykład ten przytaczam za: A. Zagaję, J. Pawlikowski, Problem nadrozpoznawalności w kontekście dostępu do nowych technologii medycznych, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 22(1), 2016: 1–6.

⁴¹⁰ M. Wiczorkowska, Medykalizacja społeczeństwa...: 32.

rozpoznania: zaburzeń nastroju typu depresyjnego, zaburzeń lękowych, zaburzeń odżywiania (anoreksji i bulimii) oraz zaburzeń osobowości histrionicznej, lękliwej i zależnej. Wśród mężczyzn natomiast rozpoznawalne w większym stopniu jest zespół uzależnień od substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości schizoidalnej oraz zaburzenia osobowości antyspołecznej. Bywa nawet, że niektóre zaburzenia psychiczne stereotypowo kojarzone są z kobietami (tzw. kobieca depresja czy zaburzenia lękowe⁴¹¹). Monika Drąckowiak-Sochańska formułuje nawet wniosek, że diagnozowanie zaburzeń psychicznych jest odtwarzaniem kulturowych schematów płci⁴¹², a tak zwane „zdrowie psychiczne” to przystosowanie się do wzorców normatywnych związanych z płcią⁴¹³.

Codziennosc nasycona jest realizacją w praktyce idei higienicznego, zdrowego i racjonalnego stylu życia oraz nacechowana reżimem dietetycznym, bycia w ruchu, samozadowolenia, samorealizacji, samospelnienia itp.⁴¹⁴ Umedycznienie danego zachowania pełni także rozmaite funkcje. Jak trafnie ujmuje to Magdalena Wieczorkowska⁴¹⁵:

Wszelkie przejawy dewiacji, patologii, zachowania niezgodne z tak nakreślonym systemem normatywnym muszą być natychmiast wychwytywane i poddane kontroli. Z jednej strony, rosnące możliwości medycyny wynikające z postępu w obrębie tej dyscypliny spowodowały, że to właśnie profesjonaliści medyczni przejęli „władzę” nad ciałem i zdrowiem człowieka, zastępując stopniowo kategorie moralne i prawne opisu ludzkich zachowań i naturalnych procesów życiowych kategoriami i procedurami medycznymi. Z drugiej strony, zaczęły pojawiać się postawy roszczeniowe ze strony samych obywateli, którzy – często nie nadążając lub nie chcąc nadążyć za pędzącą lokomotywą sukcesu – zaczęli traktować chorobę jako wymówkę usprawiedliwiającą ich życiowe niepowodzenia. Jeśli jednostce nie udało się czegoś osiągnąć ze względu na chorobę, to będzie ona społecznie usprawiedliwiona, jeśli zaś brak dokonań jest wynikiem lenistwa i braku chęci – taka postawa spotka się z negatywnymi reakcjami społecznymi.

Ostatni poruszany przez nią wymiar można analizować przez pryzmat techniki neutralizacji zachowań dewiacyjnych. Medykalizowanie zachowań uznawanych powszechnie za dewiacyjne (np. kradzież, stosowanie przemocy) może służyć tworzeniu rozbudowanych definicji usprawiedliwiania swoich przestępczych zachowań i analizowaniu swojej sytuacji życiowej i powrotności do przestępczości w kategoriach niemal fizjologicznego zniewolenia⁴¹⁶. Zresztą zagadnienie, właśnie w kontekście zjawiska medykalizacji, bywa przedmiotem odrębnych badań. Przykładowo interesujące wnioski formułują Justyna Sipowicz i Ryszard Kujawski⁴¹⁷, pisząc o kleptomanii (KLM). Ciekawe, że jest to bardzo popularny termin,

⁴¹¹ M. Frąckowiak-Sochańska, Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej, *Roczniki Socjologii Rodziny*, XX, 2010: 153–183.

⁴¹² Taż, *Zdrowie psychiczne...*

⁴¹³ Taż, *Rodzinne i społeczno-kulturowe...*

⁴¹⁴ Por. B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego...*

⁴¹⁵ M. Wieczorkowska, *Medykalizacja społeczeństwa...*: 33.

⁴¹⁶ R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą...*

⁴¹⁷ J. Sipowicz, R. Kujawski, Kleptomania czy kradzież pospolita – trudności diagnostyczno-orzecznicze, *Psychiatria Polska*, 52(1), 2018: 81–92.

ogólnie znany i używany, podczas gdy rzeczywiste rozpowszechnienie KLM w populacji jest relatywnie niskie w stosunku do innych zaburzeń psychicznych (autorzy przytaczają badania sprzed kilku lat, w myśl których KLM jest zaburzeniem, diagnozowanym u 0,3–0,6% populacji). Odnosząc się do rozważań podjętych przeze mnie w tej części, przytoczę następujące słowa autorów:

Wiele osób z zarzutem kradzieży sklepowej doświadczających KLM nie przyznaje się do cierpienia i odwrotnie – osoby, które nie cierpią na KLM, deklarują jej objawy, licząc na okoliczności łagodzące po badaniu sądowo-psychiatrycznym⁴¹⁸.

Tendencje do samonaznaczania się daną „przypadłością” i „autodiagnozowania” różnych zaburzeń psychicznych nie są związane jedynie z mniej czy bardziej świadomą chęcią usprawiedliwiania swoich niepowodzeń czy problemów z prawem. Jest to osobny, bardzo rozległy temat także związany ze zjawiskiem medykalizacji. Należałoby by poświęcić mu osobną uwagę, ponieważ w różny sposób jest to zjawisko interpretowane. Przykładowo nadawane są mu cechy swoistej mody na dane zaburzenie⁴¹⁹ czy dążenia do poruszania się zgodnie z drogowskazami i z użyciem konkretnych recept na życie⁴²⁰.

Kiedy Conrad analizuje dorobek naukowo-badawczy w obrębie omawianego zjawiska, konstatuje, że jeszcze w latach 70. dwudziestego wieku pewne zjawiska były zupełnie „nieobecne” w dyskursie medycznym i terapeutycznym. We wstępie do swojej książki z 2007 roku pt. *The Medicalization of Society* pisze, że kiedy socjologowie podejmowali się analiz zjawisk podlegających medykalizacji, to te, które współcześnie mają ugruntowany status w podręcznikach klasyfikacyjnych jednostek chorobowych i zaburzeń psychicznych (jak np. nadpobudliwość ruchowa dziecka, anoreksja, przewlekłe zmęczenie, lęk napadowy), były nieobecne. Co więcej, niektóre nowo wytworzone jednostki chorobowe nabierają dynamiki epidemii. Posiłkując się wnioskami Michała Nowakowskiego z analizy piśmiennictwa naukowego, podam przykład: w 1979 roku nieśmiałość nie miała statusu stanu medycznego, a w 1993 roku uznano ją za trzecie najczęstsze zaburzenie psychiczne w USA za depresją i alkoholizmem. Co więcej – oszacowano, że rocznie na jej „leczenie” wypisano 200 milionów recept (co dało oczywiście określone profity firmom farmaceutycznym)⁴²¹.

Lista nowych „diagnoz” rozciągnęła się w niesłychanie szybkim tempie⁴²². Krytycy zjawiska w tytułach swoich prac sięgali wprost do takich określeń jak „szaleństwo”⁴²³, które można rozumieć w sensie metaforycznym i dosłownym

⁴¹⁸ Tamże: 90.

⁴¹⁹ W. Strzelecki., P. Pawlak, Korzyści i niebezpieczeństwa autodiagnozy psychologicznej opartej na źródłach internetowych, *Zeszyty Naukowe. Studia Informatica/Uniwersytet Szczeciński*, 28, 2011: 345–355.

⁴²⁰ K. Szwałca i in., Nowy pacjent, stare problemy? Kontekst diagnozowania uzależnienia od Internetu, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2, 2014: 145–149; K. Banderowicz, Ekwiwalenty (?) porad specjalistycznych – profilaktyka i diagnozowanie chorób przez pacjentów (na przykładzie artykułów medycznych w pismach, *Poradnik Językowy*, 2, 2013: 75–87.

⁴²¹ M. Nowakowski, Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...: 132.

⁴²² P. Conrad, *The medicalization of society*...

⁴²³ Np. H. Kutchins, S. A. Kirk, *Making us crazy. DSM: the psychiatric Bible and the creation of mental disorders*, New York University Press, New York 1997.

jednocześnie; „dosłownym” – ponieważ niektórzy dowodzą, że diagnozowanie zaburzeń psychicznych jest tak powszechne, że dochodzi do paradoksów. I tak popularny i opiniotwórczy amerykański dziennikarz Jim Windolf, w tekście zatytułowanym *Is everybody crazy?* z 1997, pisze, że można odnieść wrażenie, że eksperci nie poprzestaną w swoich wysiłkach „diagnostycznych”, dopóki jakikolwiek Amerykanin nie będzie całkowicie zdrowy. Kolejno sięga po dane statystyczne i stwierdza, że Amerykanie to „naród szaleńców”, ponieważ po zsumowaniu wszystkich psychicznych zaburzeń i „diagnozowalnych”⁴²⁴ dolegliwości zauważa, że 77% dorosłej populacji Amerykanów ma całkiem poważne (zdiagnozowane) problemy zdrowia psychicznego i wszystko zmierza do tego, że cały naród „zeświruje” (*everybody in the country will be officially nuts*⁴²⁵). W podobnym tonie utrzymana jest książka poświęcona władzy, jaką posiadają psychiatrzy nad życiem społecznym Thomasa Szasza, jednego z czołowych krytyków medykalizacji, zwłaszcza w odniesieniu do problemów choroby psychicznej. Porównuje w niej siłę oddziaływania i działania psychiatrów do tej, jaką posiadają kapłani. Kiedy analizuje zjawisko zaburzeń zdrowia psychicznego, podkreśla, że sięganie po „medyczne diagnozy” przez nauczycieli, krewnych, pracodawców, polityków i... „wszystkich innych” jest specyficzną taktyką codziennej komunikacji, sposobem na wyjaśnienie wszystkich problemów społecznych i trudności. Również i on przywołuje bardzo nośny tytuł jednego z artykułów w *Wall Street Journal*, który w tym przypadku brzmi: „America the Disabled”, a ukazał się we wrześniu 1996 roku⁴²⁶.

Problem ogromnych rozmiarów różnych zaburzeń i dolegliwości uwidacznia się także we współczesnych dyskusjach naukowych poświęconych uzależnieniom, zwłaszcza behawioralnym. W ciekawy sposób rozpoczyna się artykuł pod znamienym tytułem *Nowy pacjent, stare problemy? Kontekst diagnozowania uzależnienia od internetu*⁴²⁷:

Uzależnienie od internetu jest faktem. Świadczą o tym: masa stron internetowych, artykuły w gazetach, wypowiedzi specjalistów z zakresu uzależnień, wreszcie (a może przede wszystkim) rodziny, które zgłaszają się do specjalistów zdrowia psychicznego z tak sformułowaną diagnozą.

Bez względu na to, w jaki sposób zinterpretowany zostanie powyższy fragment artykułu (a można go rozumieć wieloznacznie) jedno jest pewne: „uzależnienia od internetu” nie da się zignorować chociażby ze względu na frekwencję poruszanego zagadnienia. Owa „wszechobecność” w życiu codziennym obserwowana jest szczególnie do niektórych zaburzeń, jak ADHD.

Jeżeli wierzyć statystykom, niemal w każdej klasie może być co najmniej jeden uczeń z ADHD. W Stanach Zjednoczonych jest to najczęściej diagnozowane zaburzenie psychiczne wśród dzieci i młodzieży. Zespół ten występuje także między innymi w Europie, Chinach czy Afryce Subsaharyjskiej.

⁴²⁴ Czyli takich, które posiadają swój „numer” w podręcznikach diagnostycznych typu DSM czy ICD.

⁴²⁵ K. Lasn, *Culture jam: how to reverse America's suicidal consumer binge – and why we must*, Harper Collins, New York 2000: 9.

⁴²⁶ T. Szasz, *Insanity: the idea and its consequences*, Syracuse University Press, New York 1997: xi.

⁴²⁷ K. Szwajca i in., *Nowy pacjent...*

W Polsce od 2009 roku liczba diagnoz systematycznie rośnie. ADHD zagościło również na stałe w różnych obszarach społecznych. O zaburzeniu piszą tabloidy i popularne portale internetowe. ADHD jest przedmiotem kampanii informacyjnych, a w przestrzeni publicznej funkcjonują stowarzyszenia i fundacje zajmujące się nadpobudliwymi dziećmi. Etykieta stała się nawet elementem języka potocznego – często używamy określenia: „Ma pozytywne ADHD” w odniesieniu do kogoś, kto jest ożywiony i podchodzi do życia z pasją⁴²⁸.

Mechanizm medykacyjny napędzany jest w dużej mierze przez dokument znany powszechnie jako „DSM”. Bywa, że określany jest on strażnikiem i dyspozytorem warunków zdrowia i choroby, normy i zaburzenia, a przynajmniej aspiruje do takiej roli⁴²⁹. Kolejne (wyczekiwane i budzące żywe dyskusje⁴³⁰) wydania wpływowego amerykańskiego, diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM) oraz jego międzynarodowego odpowiednika (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems/ICD⁴³¹) kształtują dyskurs medyczny związany z zaburzeniami zdrowia psychicznego⁴³². To one w głównej mierze dyktują standardy zdrowia i choroby, ze swojego założenia bowiem prace te są praktycznym narzędziem pozwalającym na wiarygodne i skuteczne postawienie diagnozy lekarskiej⁴³³.

DSM traktowany jako specyficzny dokument społeczny (i jako narzędzie kontroli społecznej) jest przedmiotem krytyki wielu współczesnych naukowców analizujących zjawisko nasycenia społeczeństwa problemami medycznymi⁴³⁴. Kiedy Conrad pisze o początkach naukowego zainteresowania problematyką, stwierdza, że zanim jeszcze zaczęto zjawisko opisywać z użyciem kategorii „medykacja”, to właśnie „poszerzanie królestwa psychiatrii”⁴³⁵ zwróciło baczną i krytyczną uwagę naukowców. Pierwsze wydanie DSM-u, pochodzące z połowy XX wieku, było niewiele ponad 100-stronicowym opracowaniem i zawierało około 100 jednostek zaburzeń psychicznych. Współczesne podręczniki to ponad 1000-stronicowe dzieła. Jaki był przebieg tego „rozrastania się”? Naszkicuję go, posiłkując się opisem historii dokumentu dokonany przez Michała Wróblewskiego⁴³⁶.

⁴²⁸ M. Wróblewski, Medykacja nadpobudliwości...: 10.

⁴²⁹ H. Kutchins, S. A. Kirk, *Making us crazy...*

⁴³⁰ Np. A. Jablensky, Towards ICD-11 and DSM-V: issues beyond 'harmonisation', *The British Journal of Psychiatry*, 195(5), 2009: 379–381.

⁴³¹ Analiza piśmiennictwa naukowego każe sądzić, że nowe edycje ICD nie budzą taki emocji jak DSMu. Geneza ICD, jego funkcje, rozwój oraz struktura opisana jest m.in. w: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Volume 2. Instruction manual, 2010 Edition. World Health Organization, https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf (dostęp: 23.04.2019).

⁴³² J. J. Block, Issues for DSM-V: Internet Addiction, *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 2008: 306–307; F. Ansermet, Obietnice DSM V, *Development*, 29, 1992: 35–42; K. Rutkowski, Dyskusja nad klasyfikacją zaburzeń seksualnych w DSM-5 a trendy badawcze w obszarze seksuologii w Polsce, *Psychiatria Polska*, 47(6), 2013: 1133–1142.

⁴³³ P. Gałęcki, Ł. Święcicki (red.), *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.

⁴³⁴ Np. H. Kutchins, S. A. Kirk, *Making us crazy...*

⁴³⁵ P. Conrad, Medicalization and social control...: 210.

⁴³⁶ M. Wróblewski, Polityka standardów. Konstruowanie pola obiektywności w diagnostyce psychiatrycznej na przykładzie DSM-III, *Kultura i Edukacja*, 4(90) 2012: 64–87; Tenże, Medykacja nadpobudliwości. Od globalnego standardu do peryferyjnych praktyk...

Kiedy w pierwszej połowie XIX wieku przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych spis ludności w kontekście tworzenia systemów klasyfikacyjnych jednostek chorobowych, powstała klasyfikacja jednokategoryczna (idiotyzm). W ciągu kolejnych lat dodano do niej kolejne i były to: mania, melancholia, monomania, niedowład, demencja, alkoholizm i epilepsja⁴³⁷. Kolejne wersje systemów klasyfikacyjnych związane są z działalnością *American Medico-Psychological Association* (powstałym w 1893 roku, który następnie w 1921 roku przekształcił się *The American Medico-Psychological Association*, znanym dziś jako APA). W 1918 roku opublikowano pierwszy podręcznik diagnostyczny (*Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*) z 22 kategoriami jednostek chorobowych. Co ciekawe, klasyfikacja ta była oparta na statystyce, czyli tylko takie choroby, które miały dużą frekwencję, mogły znaleźć się w tym dokumencie. Przełomem było wydanie w 1948 roku dokumentu zawierającego nowy system klasyfikacyjny bezpośrednio na potrzeby działań organizacji *Army and Veterans Administrations*. Związane było to z rozmiarami i specyfiką zaburzeń psychicznych żołnierzy biorących udział w II wojnie światowej oraz potrzebami na rzecz ich rehabilitacji. Dokument ten zyskał na popularności, co skłoniło APA do przygotowania nowego. Tak więc wydany w 1952 roku DSM jest niejako uwieńczeniem wcześniejszych prac i stanowi pierwszą próbę zebrania w jeden system najważniejszych chorób psychicznych w historii amerykańskiej psychiatrii (DSM-I zawierał 106 jednostek diagnostycznych). Od tamtego czasu zostały wydane cztery edycje tego podręcznika (1968: DSM-II; 1980: DSM-III, 1994: DSM-IV i 2013: DSM-V) oraz dwie wersje poprawione (w 1987 i 2000 roku).

Mimo że DSM i ICD to dokumenty powszechnie uważane za takie, które zawierają wiarygodną, naukową wiedzę i definicje zaburzeń psychicznych, to warunki, w jakich powstawały, nie są identyczne, to znaczy badania obejmowały różne populacje. Pewną ilustracją powyższej konstatacji może być następująca uwaga:

[...] zaburzenia psychiczne związane są z szeroko pojętą sferą subiektywności, która determinowana jest normami kulturowymi. Nie negując podłoża biologicznego, zaburzenia psychiczne są również przeżywane i doświadczane na bazie usankcjonowanych w określonej wspólnocie norm i reguł. Można by zatem podejrzewać, że nadpobudliwość dziecka wychowanego w Stanach Zjednoczonych będzie inną nadpobudliwością w przypadku dziecka z Chin⁴³⁸.

Według opisu Assena Jablenskyego⁴³⁹ ICD powstaje w ramach oficjalnej działalności Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO). Celem projektu (jakim było stworzenie tego dokumentu) było wypracowanie wspólnego języka służącego wiarygodnemu rozpoznawaniu wszystkich znanych chorób i stanów

⁴³⁷ H. Kutchins, S. A. Kirk, *Making us crazy...*; K. Lasn, *Culture jam...*; M. Wróblewski, *Polityka standardów...*

⁴³⁸ M. Wróblewski, *Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych*, [w:] K. Abriszewski, A. F. Kola, J. Kowalewski (red.), *Humanistyka (pó)peryferii*, Colloquia Humaniorum, Olsztyn 2016: 24.

⁴³⁹ Jego oryginalny artykuł: *Towards ICD-11 and DSM-V: issues beyond 'harmonisation'* został przetłumaczony na język polski jako: „W kierunku ICD-11i DSM-V—poza zagadnieniami harmonizacji” i udostępniony na łamach *Psychiatrii po Dyplomie*, 7(4), 2010: 65–67.

zdrowotnych w populacjach całego świata. DSM natomiast jest narodowym, amerykańskim systemem klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Co prawda, jest opracowany przez organizację pozarządową, jednakże przy akceptacji agend rządowych, w tym tak wpływowych (nawet poza granicami USA), jak Agencja Żywności i Leków (Food and Drug Administration, *FDA*), której opinia wydana dla określonego produktu stanowi niezwykle autorytarną rekomendację jego jakości, instytucje rządowe tworzące system ubezpieczeń zdrowotnych i prawnych. Wydawcą tego podręcznika jest niezwykle elitarna i wpływowa organizacja zrzeszająca psychiatrów w Stanach Zjednoczonych (American Psychiatric Association, *APA*). Swoje istotne miejsce w dyskursie medycznym DSM zawdzięcza postrzeganiu zawartych w nim jednostek diagnostycznych za uznawane i obiektywne. Niektórzy traktują ją wręcz jak biblię⁴⁴⁰ w rękach specjalistów⁴⁴¹. Opracowanie to ma niezwykle olbrzymią moc arbitralności. Trafia do milionów czytelników (różnego rodzaju specjalistów) na całym świecie. Około tysięcznicowy podręcznik może „pochwalić się” tysiącem autorów, a zespół redakcyjny czyta się jak *Kto jest kim* w psychiatrii klinicznej⁴⁴².

Herb Kutchins i Stuart A. Kirk, autorzy wielu znaczących opracowań poświęconych znaczeniu DSM-ów dla praktyki społecznej, pisząc o specyficznym fenomenie tego podręcznika i roszczeniach środowiska go promującego do statusu arbitralności, charakteryzują go nie jako dokument naukowy, ale „mieszankę” różnych wartości społecznych. To, co zawierają ostateczne wersje DSM-ów, to rezultat kompromisu politycznego, dowodów naukowych oraz danych pomocnych dla formularzy ubezpieczeniowych⁴⁴³. W popularnej książce pod znamienym tytułem: *Making Us Crazy* wyrażają bardzo krytyczne stanowisko wobec hegemonii i arbitralności „wiedzy” zawartej w podręczniku. Owszem, to narzędzie, które porządkuje, klasyfikuje, kategoryzuje, nazywa i jest przydatnym instrumentem w praktyce medyczno-leczniczej i terapeutycznej⁴⁴⁴. Jednocześnie jednak naznacza, a także dzieli, stanowi usprawiedliwienie podejmowanych decyzji, praktyk wykluczania, przemieszczania i rozmieszczania (ludzi po i wewnątrz instytucji – edukacyjnych, pomocowych itp.), „decyduje” o pomocy (lub jej braku), rodzaju wsparcia (lub jego braku) oraz jego zakresie. „Począwszy od więzień po instytucje pomocy społecznej dla dzieci, DSM wpływa na to, w jaki sposób myślimy

⁴⁴⁰ H. Kutchins, S. A. Kirk, *Making us crazy...*

⁴⁴¹ Świadomie używam tu tego określenia. DSM-y (i ICD) są nie tylko narzędziem w rękach lekarzy, ale do wiedzy zawartej w tych podręcznikach odwołują się także przedstawiciele innych dziedzin, np. A. S. Zawadzka, L. D. Czarkowska, M. Grajewska-Kulda, Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych – praktyczny przewodnik dla coachów, *Coaching Review*, 1(9), 2017: 106, piszą następująco: „[...] coach w obszarze swoich kompetencji nie jest profesjonalnie przygotowany do stawiania diagnozy psychologicznej. Nie ma również etycznego ani prawnego umocowania, aby to robić. Wszak jedną z podstawowych zasad etycznych w coachingu jest zachowanie postawy nieoceniającej przez coacha. Warto jednak, aby coachowie potrafili rozpoznawać symptomy, które stanowią przesłankę do skierowania klienta na konsultację psychologiczną lub psychiatryczną”; zob. też: H. Kutchins, S. A. Kirk, Should DSM be the basis for teaching social work practice in mental health? No!, *Journal of Social Work Education*, 31(2), 1995: 159–168.

⁴⁴² H. Kutchins, S. A. Kirk, *Making us crazy...*

⁴⁴³ Tamże.

⁴⁴⁴ P. Gatecki, Ł. Świącicki (red.), *Kryteria diagnostyczne z DSM-5...*

o problemach i decyduje kogo oznaczymy etykietą osoby z zaburzeniami psychicznymi”⁴⁴⁵. W tym miejscu na marginesie wspomnę, że Ethan Watters kilka lat potem wydaje książkę, której pierwszy człon tytułu brzmi: *Crazy like us...*⁴⁴⁶, gdzie zawiera pogląd, że to Ameryka dyktuje jak „oszaleć” całemu światu poprzez sprawne narzucanie różnym kręgom kulturowym (nawet najbardziej odległym od tzw. kultury zachodniej) sposobów definiowania i leczenia zaburzeń psychicznych. Do zagadnienia tego wrócę jeszcze w tym podrozdziale.

Opisywany „efekt działania” DSM obejmuje o wiele szersze kręgi niż sądy czy instytucje edukacyjne i pomocy społecznej. Wspomniani Kutchins i Kirk wprost nadają DSM-owi status władzy, która wszystkimi sferami naszego życia, nawet tymi, które wydaje się, że przecież ze swojej natury są „niemedyczne”. Koncepcje zdrowia i choroby „zapisane” w DSM-ach przenikają głęboko w teatr, kino, humor. Poprzez „wnikanie” w nasz język i umysł wpływają na naszą codzienność. Powodują nie tylko to, jak postrzegamy siebie, ale także jak widzimy naszych sąsiadów⁴⁴⁷.

Można stwierdzić, że „ingerują” w praktycznie każde ludzkie działanie. W DSM znaleźć można nie tylko definicje gniewu, miłości i pożądania, ale także smutku czy żałoby. DSM „narzuca” sposoby poprawnego i niepoprawnego doświadczania emocji, radzenia sobie ze stratą, bólem, na przykład poprzez narzucanie pożądanego czasu ich trwania. Nawet jeśli definicje te poddawane są krytyce i nie są wykorzystywane w praktyce diagnostycznej, to poprzez swoją „alternatywność” i wprowadzenie ich w obieg rzucają wątpliwości, zaznaczają kierunki zmian w sposobach interpretacji. Kiedy Renata Kleszcz-Szczyrba porównuje zapisy w DSM-IV-TR (wersja poprawiona z 2000 roku) i DSM-V (edycja z 2013 roku) pod kątem problematyki żałoby, dochodzi do wniosku, że sprostanie wymogom i argumentom obowiązującym w nowej klasyfikacji wymaga ogromnej wnikliwości ze strony klinicystów. Zadaje także następujące pytanie:

[...] na ile w diagnozie towarzyszyć im będzie kliniczna wnikliwość, a na ile wyłącznie matematyczna dokładność, wedle której żałoba z objawami ze spektrum depresji, które potrwają dłużej niż dwa tygodnie, będzie po prostu depresją rozumianą *per se*?⁴⁴⁸

Oddziaływanie DSM-u analizowane jest również przez pryzmat hegemonii amerykańskiej psychiatrii⁴⁴⁹. Michał Wróblewski zwraca uwagę na wyraźny zwrot paradygmatyczny pod koniec lat 70., polegający na przyjęciu definicji zaburzenia jako dyskretnej jednostki diagnostycznej, którą można opisać za pomocą konkretnej listy symptomów i wyraźnie odróżnić od jednostek z innymi symptomami. Píše o tym następująco:

⁴⁴⁵ H. Kutchins, S. A. Kirk, *Making us crazy...*: 12.

⁴⁴⁶ E. Watters, *Crazy Like Us. The globalization of the American psyche*, Free Press, New York 2010.

⁴⁴⁷ H. Kutchins, S. A. Kirk, *Making us crazy...*

⁴⁴⁸ R. Kleszcz-Szczyrba, Czy każdej stracie „potrzebna jest” żałoba i czy każdej żałobie „potrzebna jest” terapia?, [w:] R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), *Utrata i żałoba: teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2016: 114.

⁴⁴⁹ M. Wróblewski, Choroby walizkowe...

Zmiana w dziedzinie psychiatrii, która dokonała się w pierwszej kolejności w kontekście amerykańskim, otworzyła furtkę dla uniwersalizacji biomedycznego modelu zaburzeń psychicznych, a tym samym umożliwiła globalizację amerykańskiej psychiatrii. Psyche usytuowane, czyli umiejscowione w określonym kontekście i czasie, determinowane określonymi relacjami społecznymi oraz wartościami zastąpione zostało przez psyche uniwersalne, zależne od biologicznej kondycji. O ile w tym pierwszym przypadku wysiłki medycznych profesjonalistów koncentrowały się głównie na indywidualnych biografiach pacjentów czy interwencjach w społeczne otoczenie jednostki, o tyle ta druga koncepcja otwiera możliwość aplikowania tych samych narzędzi w różnych kontekstach⁴⁵⁰.

Zjawisko globalizowania się zaburzeń psychicznych, czy – jak pisze Watters, ich „amerykanizowania”⁴⁵¹, polega na rozprzestrzenianiu się i zadomawianiu określonych definicji zaburzeń i chorób w miejscach, które wcześniej nie znały takich problemów bądź traktowały je w zupełnie inny sposób niż na kartach DSM. Wróblewski rekonstruje te problemy na przykładzie zespołu stresu pourazowego, depresji i ADHD, zaburzeń, które przez wiele lat „funkcjonowały” jedynie w specyficznej przestrzeni kulturowej USA i Zachodu. Zaburzenia te nazywa „chorobami walizkowymi”⁴⁵², czyli takimi, które przemieszczają się po świecie w niezmienionej formie. Zagadnienie to analizuje przez pryzmat narzucania: „różnym wspólnotom i kulturom specyficznego oraz wytworzonego lokalnie obrazu zdrowia i choroby oraz specjalistycznej wiedzy na ich temat”⁴⁵³.

Dobłą ilustrację dla analizowanego problemu stanowią tytuły poszczególnych części książki wspomnianego Wattersa, *Crazy like us...*⁴⁵⁴. Jej strukturę wyznaczają takie problemy jak: wzrost anoreksji w Hong-Kongu, fala PTSD w Sri Lance, maska schizofrenii w Zanzibarze czy marketing depresji w Japonii. We wstępie autor sugeruje, że „złote łuki” McDonald’s, które wpisują się w krajobraz całego niemal świata, nie reprezentują najbardziej kłopotliwego wpływu USA na inne kultury. Przedmiot jego rozważań stanowi „amerykanizacja” światowego sposobu rozumienia zdrowia, zaburzenia, choroby i cierpienia. I co się z tym wiąże – sposobów leczenia i terapii.

To, że ludzie chorują i cierpią, jest faktem niewymagającym specjalistycznej wiedzy. Natomiast monopol na odpowiedzi na pytania o granice chorowania oraz powody cierpienia mają określone instytucje społeczne.

W naszej kulturze to przede wszystkim medycyna organizuje społeczne doświadczenie związane z tą sferą, określając, na jakie choroby i dlaczego zapadła dana osoba lub jaka była przyczyna zgonu. W związku z tym można mówić o niezorganizowanym doświadczeniu choroby z jednej strony oraz o sztywnych klasyfikacjach, diagnozach i terapiach kulturowo organizujących chorobę z drugiej⁴⁵⁵.

W tym sensie medykalizacja to rodzaj ram, w obrębie których organizowana jest społeczna percepcja choroby. Parafrazując sformułowanie Michała

⁴⁵⁰ Tamże: 25.

⁴⁵¹ E. Watters, *Crazy like us...*

⁴⁵² M. Wróblewski, *Choroby walizkowe...*: 24.

⁴⁵³ Tamże: 26.

⁴⁵⁴ E. Watters, *Crazy like us...*

⁴⁵⁵ Ł. Afeltowicz, M. Wróblewski, A-socjo-logia choroby. Studium kontrowersji wokół etiologii, diagnozy i terapii ADHD, *AVANT. The Journal of the Philosophical-Interdisciplinary Vanguard*, 4(1), 2013: 106–107.

Wróblewskiego: bio-medyalizowanie doświadczeń i problemów ludzkich, to „wyłanianie się” jednostki chorobowej jako faktu społecznego⁴⁵⁶.

Myślę, że dobrym uwieńczeniem dotychczasowych analiz o medyalizacji są wnioski, do jakich dochodzą Łukasz Afeltowicz i Michał Wróblewski w artykule poświęconym rekonstrukcji historii „choroby” ADHD. Stwierdzają, że diagnozy i kryteria rozpoznawania ADHD stanowią wynik działania nie tylko czynników naukowych, ale są także rezultatem splotu wielu czynników. Wymieniają następujące rodzaje warunków i swoistych presji, w jakich kształtowała się tożsamość ADHD: inicjatywy oddolne, autodiagnozy pacjentów, publiczne wyobrażenia, interesy koncernów farmaceutycznych, dążenia nastolatków poszukujących „legalnych narkotyków”, wyniki badań tomograficznych itp. Autorzy konstatują: „[...] w wielu sytuacjach nauka straciła kontrolę nad procesem definiowania tego, czym jest ADHD”⁴⁵⁷. Kiedy naukowcy analizują procesy medyalizacji za pomocą rekonstruowania historii danego „przypadku” zaburzenia, zwracają uwagę, że wytwarzana „oddolnie” wiedza (np. w gabinetach terapeutycznych, pedagogicznych) próbuje uzyskać status wiedzy legitymizowanej poprzez domaganie się uznania przez autorytety medyczne swojego stanu za chorobę, syndrom czy zaburzenie; doświadczenia wskazują, że często z pożądanym dla siebie rezultatem⁴⁵⁸.

Postulują o właściwe zarządzanie sporami rozgrywającymi się wokół definicji i leczenia chorób, a szerzej – zarządzania konfliktami naukowymi w ogóle. W kontekście dotychczasowych całości analiz zawartych w tym podrozdziale, a zwłaszcza wracając do ustaleń zaprezentowanych na jego początku, szczególnie ważne są ich następujące słowa:

Nie skupiamy się na prawdzie obiektywnej czy standardach metodologicznych, które [...] same z siebie nie są zdolne do rozstrzygnięcia sporów naukowych. Zatrószymy się raczej o kontekst instytucjonalny kontrowersji. Chodzi tu nie tylko o to, by różnorodne grupy interesu powołujące się na swoje translacje mogły uczestniczyć w niezakłóconej komunikacji. [...] Chodzi raczej o ustanowienie mechanizmów instytucjonalnych, które ujawniałyby opisywane tu uwikłanie wiedzy. Albowiem kiedy wiedza postrzegana jest jako „uwikłana”, nie rozpęta się natychmiastowo po dyskursie i praktykach społecznych [...]. Dlaczego należy przeciwdziałać tego typu procesom? Dobrze ilustruje to przykład ADHD: oto chorobie, wokół której panuje wiele kontrowersji, pozbawionej jednoznacznych testów diagnostycznych, pozwolono zinstytucjonalizować się. Wiedza ta nie jest jednak niewinna; dominująca definicja ADHD może generować szereg szkód społecznych (naddiagnozy, niebezpieczna terapia, szkodliwa stygmatyzacja społeczna). Co więcej, naukowcy z głównego nurtu badań w dużej mierze stracili kontrolę nad definicją tej choroby i nawet gdyby usiłowali ją w chwili obecnej zrewidować lub podważyć, okazałoby się to niemożliwe ze względu na procesy związane z jej publiczną reprezentacją i instytucjonalizacją. ADHD zaczęło żyć własnym życiem⁴⁵⁹.

⁴⁵⁶ M. Wróblewski, Medyalizacja nadpobudliwości...

⁴⁵⁷ Ł. Afeltowicz, M. Wróblewski, A-socjo-logia choroby...: 106; zob. także: P. Conrad, D. Potter, From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories, *Social Problems*, 47(4), 2000: 559–582.

⁴⁵⁸ Tamże; M. Wieczorkowska, Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medyalizacji – zarys problematyki, *Przegląd Socjologiczny*, 66(1), 2017: 33–52; T. Witkowski, *Zakazana psychologia. Pomiędzy szarlatanerią a nauką*, t. 1, Biblioteka Moderatora, Taszów 2009.

⁴⁵⁹ Ł. Afeltowicz, M. Wróblewski, A-socjo-logia choroby...: 110.

W zaprezentowanym wyżej cytacie oznaczony został problem, który w tym miejscu nieznacznie nakreślę. Odniosę się mianowicie do pojęcia, o którym autorzy napisali: „naddiagnoza”. Najprościej mówiąc, słowo to rozumiane jest jako „pochopne stawianie diagnozy”⁴⁶⁰. Bywa, że trudno jest jednoznacznie ocenić, czy dana diagnoza jest trafna, czy jest wynikiem np. specyficznej mody na dane zaburzenie⁴⁶¹, tendencji⁴⁶², czy może przejawem określonej korzyści innych niż zdrowotne⁴⁶³. Bywa także, że pewne diagnozy budzą kontrowersje i są przedmiotem polemik, a nawet kpin⁴⁶⁴. W wywiadzie z Bogdanem de Barbaro z 2017 roku zamieszczonym na łamach czasopisma *Psychiatria po Dyplomie*⁴⁶⁵ o znamienym tytule: *O konsekwencjach psychiatryzacji życia codziennego* natknęłam się na ciekawe spostrzeżenie rozmówcy:

Widziałem gdzieś ostatnio mapę dysleksji w Polsce. Okazuje się, że są takie miejsca, gdzie rozpoznaje się ją zdecydowanie częściej niż gdzie indziej. Najbardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem jest to, że psychologowie z danego województwa byli na jakimś kursie i wzrok im się wyostrzył i są „bardziej wrażliwi diagnostycznie”. Bałbym się mówić, jak to jest naprawdę, na pewno bywa tak, że umiejętność postawienia diagnozy jest cenna. Byłe unikać pułapki naddiagnozowania.

Jeśli naddiagnozowanie (*overdiagnosis*) rozpatrywane będzie przez pryzmat wpisywania kogoś w rolę osoby chorej, to konsekwencje dla życia i zdrowia „zdiagnozowanej” osoby są oczywiste i nie będę poświęcać im osobnej uwagi. Problem ten opisywany jest w odniesieniu do różnych zaburzeń, z czego wydaje się, że zwłaszcza niektóre, jak na przykład: ADHD, zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD), depresja i choroba afektywna dwubiegunowa⁴⁶⁶ czy wspomniana wcześniej dysleksja są szczególnie podatne na zjawisko.

Ryzyko „naddiagnozowania” leży nie tylko w specyficznej nadwrażliwości diagnostycznej, ale również związane jest z tym, że niektóre objawy wpisują się w kryteria różnych zaburzeń i szczególnym wyzwaniem dla terapeutów jest kombinacja ich współwystępowania. Małgorzata Lipowska i Anna Rasmus omawiają ten problem na przykładzie ADHD i ODD⁴⁶⁷. Na marginesie autorki sygnalizują także, że niektóre zaburzenia mają charakter przejściowy i, mimo że spełniają kryteria diagnostyczne, są przejawem „normalnych” zachowań charakterystycznych

⁴⁶⁰ M. Lipowska, A. Rasmus, Spektrum zaburzeń zachowania w obrazie ADHD, *Czasopismo Psychologiczne*, 19(1), 2013: 30.

⁴⁶¹ M. J. Scituro, M. Eisenberg, Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 11(2), 2007: 106–113; J. Sipowicz, R. Kujawski, Kleptomania...

⁴⁶² J. Rabe-Jabłońska, M. Gawłowska, Zaburzenia regulacji złości z dysforią. Prodom choroby afektywnej dwubiegunowej czy depresji?, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 11(4), 2011: 250–254.

⁴⁶³ J. Sipowicz, R. Kujawski, Kleptomania...; A. Zagaja, J. Pawlikowski, Problem nadrozpoznowalności...

⁴⁶⁴ M. Chodyna-Santus, Dysleksja w mediach, *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 2014: 249–266.

⁴⁶⁵ O sposobie mówienia o zdrowiu psychicznym z prof. dr. hab. med. Bogdanem de Barbaro, kierownikiem Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego, rozmawia Anna Hucko, *Psychiatria po Dyplomie*, 5, 2017, <https://podyplomie.pl/pspd/categories/1599> (dostęp: 20.10.2019).

⁴⁶⁶ J. Rabe-Jabłońska, M. Gawłowska, Zaburzenia regulacji złości...

⁴⁶⁷ Skrót ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) jest popularny, dostatecznie rozpoznawalny i nie wymaga wyjaśnienia, natomiast ODD to oznaczenie dla zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (*Opposite Defiant Disorder*).

dla wieku (np. okresu dojrzewania). Autorki przytaczają badania, w myśl których u 25% dzieci z zaburzeniem zachowania, które spełniały kryteria zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, gdy badanie przeprowadziło się w późniejszym okresie zaburzenie to „ustało”⁴⁶⁸. Podobnych wniosków w odniesieniu do naddiagnozowania i „niedodiagnozowania” (*underdiagnosis*) ADHD i ChAD dostarcza Jagan K. Chilakamarri ze współpracownikami⁴⁶⁹.

W piśmiennictwie medycznym zjawisko to określane bywa również terminem nadrozpoznawalności i zdarza się, że omawiane jest łącznie z problematyką zbędnego leczenia (*overtreatment*). Problemy te analizują m.in. Anna Zagaja i Jakub Pawlikowski w kontekście dostępu do nowych technologii medycznych⁴⁷⁰. Dynamiczny rozwój nowych technologii diagnostycznych prowadzi do ich szerokiego wykorzystywania w praktyce medycznej i badaniach przesiewowych. Nowoczesne technologie szczególnie użyteczne są w diagnostyce bardzo chorób nowotworowych i genetycznych oraz wykrywaniu tych chorób na bardzo wczesnym etapie rozwoju. Niewłaściwe wykorzystywanie tych technologii rodzi zjawisko nadrozpoznawalności i szereg konsekwencji z tym związanych:

Nadrozpoznawalność pojawia się głównie w obszarze zdrowia publicznego i badań przesiewowych, a także w medycynie klinicznej oraz w segmencie leków wystawianych bez recepty, gdzie przemysł farmaceutyczny może stymulować sprzedaż produktów mających na celu leczenie chorób nieistniejących w klasyfikacjach medycznych lub łagodzenia nieistotnych klinicznie objawów, które pojawiają się na pograniczu normy i patologii⁴⁷¹.

Zjawisko nadrozpoznawalności wpisuje się bezpośrednio w procesy medykacji, ponieważ może być (a nawet jest⁴⁷²) analizowane przez pryzmat rozszereżenia granic zdrowia i choroby oraz wprowadzania nowych jednostek chorobowych wymagających interwencji medycznych i wsparcia farmakologicznego. Zjawisku temu sprzyja na przykład podawanie w mediach statystyk dotyczących częstości występowania danego stanu oraz zachęcanie do samodiagnozy. Nieobojętne dla jego wzmocnienia są rozmaite kampanie reklamowe środków farmaceutycznych i suplementów diety⁴⁷³. Nadmierne uwrażliwianie, czy mówiąc wprost – sianie paniki na temat jakiegoś zagrożenia chorobą (*disease mongering*) analizowane jest przez pryzmat fabrykowania, chorobotwórstwa komercyjnego, a nawet sprzedawania chorób czy podżegania chorobowego⁴⁷⁴. Należy dodać,

⁴⁶⁸ M. Lipowska, A. Rasmus, Spektrum zaburzeń zachowania...

⁴⁶⁹ J. K. Chilakamarri, M. M. Filkowski, S. N. Ghaemi, Misdiagnosis of bipolar disorder in children and adolescents: a comparison with ADHD and major depressive disorder, *Annals of Clinical Psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 23(1), 2011: 25–29.

⁴⁷⁰ A. Zagaja, J. Pawlikowski, Problem nadrozpoznawalności...

⁴⁷¹ Tamże: 2.

⁴⁷² J. W. Dear, D. J. Webb, Disease mongering – a challenge for everyone involved in health-care, *Journal Clinical Pharmacology*, 64(2), 2007: 122–124.

⁴⁷³ M. Makowska, M. Nowakowski, Socjologia farmaceutyków jako „subpole” socjologii medycyny, *Przegląd Socjologiczny*, 67(4), 2018: 97–115.

⁴⁷⁴ Tamże; M. Wiczorkowska, Czy starość jest chorobą...; A. Zagaja, J. Pawlikowski, Problem nadrozpoznawalności...

że nadrozpoznavalność chorób i zaburzeń analizowana jest także jako równie groźne zjawisko jak opóźnienie właściwego rozpoznania⁴⁷⁵.

Zjawiskiem bezpośrednio związanym z „podżeganiem do chorób” jest farmaceutyzacja. Wzmacnia ona praktyki medykalizacji poprzez możliwość sprzedaży wielu medykamentów bez recepty i ich reklamy. Zasadniczym jej wymiarem jest bowiem definiowanie problemów zdrowia i choroby przez pryzmat możliwości zastawiania określonych farmaceutyków.

Naukowcy zauważają, że choć relatywnie rzadko w stosunku do poszerzania się listy zaburzeń i chorób, to dają się zauważyć przykłady procesu odwrotnego do medykalizacji. Mam na myśli specyficzne odmedykalizowanie niektórych stanów i zachowań, jak histeria, homoseksualizm oraz masturbacja⁴⁷⁶. Co ciekawe, kontrowersje wokół tych „zaburzeń” wcale nie słabną. Przykładowo homoseksualizm wciąż w niektórych środowiskach uważany jest jako problem medyczny, a co najmniej choroba, która bywa obiektem nie tylko dyskusji, ale i „alternatywnych” metod terapii⁴⁷⁷.

Niektórzy naukowcy, analizując kręgi, jakie zatacza medykalizacja, wskazują na jedną z jej form (a właściwie pochodnych), jaką jest zjawisko określane mianem „heltyzmu” (*healthism*)⁴⁷⁸. Słowo to nie ma polskiego odpowiednika i w dowolnym tłumaczeniu może oznaczać „kult zdrowia” lub „obsesję zdrowia”. Pojęcie to odnosi się do przekonania, że zdrowie można osiągnąć przez wysiłek i samodyscyplinę, z koncentracją na doskonaleniu i chronieniu ciała, kształtowaniu jego masy i rozmiarów. Ciało staje się wskaźnikiem zdrowia. Ludzie wyznający taką ideologię uważają, że zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości i jest celem samym w sobie, a nie środkiem do osiągnięcia innych celów i wartości. Zachowania prozdrowotne zaś są symbolem dobrego życia⁴⁷⁹. Jest to zaabsorbowanie własnym zdrowiem, które staje się określonym modelem życia. Świadome kontrolowanie oraz podporządkowywanie różnych aspektów swojego życia trosce o zdrowie jawi się jako podstawowy sposób na „osiągnięcie dobrostanu, autonomii i dobrego obywatelstwa, poprzez praktyki związane ze zdrowym stylem życia”⁴⁸⁰. Kos i współpr. traktują heltyzm jako element biowładzy, która reguluje zachowania społeczne, podporządkowując je rynkowi, a nawet formę uzależnienia jednostki od dużych „graczy” rynkowych (firm farmaceutycznych

⁴⁷⁵ Wniosek taki zaczerpnęłam z artykułu: B. Małecka, Arytmia i kobiety. Sprawozdanie z pierwszego spotkania EPIC-Alliance w Polsce, *Folia Cardiologica*, 10(2), 2015: 145–146. Istnieje jednak bogate piśmiennictwo medyczne (także z zakresu psychiatrii) na ten temat.

⁴⁷⁶ J. Kłós, M. Gromadecka-Sutkiewicz, M. Zysnarska, Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku, *Hygeia Public Health*, 49(3), 2014: 382–388.

⁴⁷⁷ D. Hall, Religion and homosexuality in the public domain: Polish debates about reparative therapy, *European Societies*, 19(5), 2017: 600–622.

⁴⁷⁸ J. Kłós, M. Gromadecka-Sutkiewicz, M. Zysnarska, R. Adamek, B. Stawińska-Witoszyńska, Obraz aktywności fizycznej w przekazach internetowych, *Hygeia Public Health*, 49(4), 2014: 879–885.

⁴⁷⁹ D. Lizak, M. Seń, M. Kochman, Healthism-afirmacja promocji zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne? Człowiek w zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia. Leczenie i rehabilitacja, [w:] R. Żarow (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie promocja zdrowia leczenie i rehabilitacja*, Instytut Ochrony Zdrowia, Tarnów 2014: 147–157.

⁴⁸⁰ J. Kłós, M. Gromadecka-Sutkiewicz, M. Zysnarska, Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku...: 386.

i ubezpieczeniowych). Heltyzm wiąże się także z wyznaczaniem własnej pozycji społecznej i manifestowaniem przynależności kulturowej⁴⁸¹.

Siłę działania procesów medykalizacji można wykazać także, analizując tzw. nowe dewiacje społeczne. Mowa o sankcjach (dezaprobaty, wykluczenia), z jakimi spotykają się jednostki naruszające normy zdrowego stylu życia (normy przejawiania aktywności fizycznej, związane z utrzymanie „zdrowej” wagi, niejedzenia słodyczy z powodu psucia się zębów, umiejętności radzenia sobie ze stresem itp.)⁴⁸².

Oczywiście medykalizacja zbiera swoje „żniwo” również na gruncie edukacji, opieki, wychowania czy pracy socjalnej. Medyczna perspektywa definiowania potrzeb i problemów oraz wyznaczania sposobów ich rozwiązywania obejmuje także obszary, które do niedawna w żaden sposób nie były kojarzone z wiedzą medyczną. Procesy odpowiedzialne za umedycznienie troski o dziecko – nie tylko jego zdrowie, ale prawidłowy rozwój społeczny, widać w opracowaniach poświęconych współczesnemu macierzyństwu. Problemy te omawiane są przez pryzmat specyficznego profesjonalizowania macierzyństwa⁴⁸³.

Współczesne matki to raczej terapeutki swoich dzieci, nie zaś „zwykłe” opiekunki czy wychowawczynie. Niezwykle trafnie opisuje to zjawisko Sylwia Ubańska⁴⁸⁴. Autorka porównuje współczesne poradniki (kolorowe pisma) dla matek z wydawanymi w latach 70., pod kątem przekazu, jaki zawierają, i obrazu macierzyństwa, jaki kształtują. Analizie poddaje dyskurs o macierzyństwie, który zażębia się z dyskursem medycznym i terapeutycznym. Bada zarówno treść przekazu, style komunikacyjne, jak i strategie oraz schematy argumentacyjne. Kiedy zestawia wyniki swoich analiz pism z lat 70. i początku 2000., szczególnie uderza ją intensyfikacja medykalizacji macierzyństwa. W latach 70. artykuły poświęcone zdrowiu zajmują jedynie 30% treści zawartych w piśmie, podczas gdy informacje o charakterze medycznym obejmują właściwie 100% zawartości pisma początku lat 2000. i traktują o profilaktyce, diagnostyce i terapii. Jak pisze:

We współczesnym poradniku (2003) całokształt relacji matka – dziecko ujmowany jest w kategoriach zdrowia i choroby. W porównaniu z poradnikiem z lat 70. obserwujemy tu proces całkowitej medykalizacji macierzyństwa, zostaje ono przedefiniowane i zamknięte w ramach dyskursu medycznego. Oznacza to, że każdy wymiar relacji z dzieckiem, czy jest nim spędzanie czasu wolnego, nauka lub zabawa, spacer, wygląd matki lub okazywanie przez nią uczuć, wszystkie te sfery, a nawet etyka i szczęście, są zdefiniowane teraz – inaczej niż w poradniku z PRL – w ramach ekonomicznie racjonalnych dyskursów o szeroko pojętym zdrowiu i wszystkie podlegają diagnostyce ekspertów⁴⁸⁵.

Analizy dokonywane przez Urbańską pokazują także, w jaki sposób dyskurs medyczny wypiera z przestrzeni kulturowych znaczeń wiedzę przekazywaną międzygeneracyjnie z pokolenia na pokolenie. Jako nieprofesjonalna – zostaje ona podważona, dewaluowana i wykluczona.

⁴⁸¹ Tamże.

⁴⁸² A. Borowiec, I. Lignowska, M. Makowska, Czy działania edukacyjne prowadzone w ramach profilaktyki i promocji zdrowia kreują „nowych dewiantów”?, *Problemy Polityki Społecznej*, 12, 2009: 169–181.

⁴⁸³ S. Urbańska. Profesjonalizacja macierzyństwa...

⁴⁸⁴ Tamże.

⁴⁸⁵ Tamże: 22.

Zawłaszczanie ludzkich trudności i osobistych doświadczeń przez medycynę (i psychiatrię) obejmuje także obszar pracy socjalnej. Problemowi temu przyjrze się, przywołując wnioski Anny Jarkiewicz⁴⁸⁶. Odnosi je ona do pojęcia „zaburzenie psychiczne” i pracy socjalnej z osobami tak zdiagnozowanymi i niezdiagnozowanymi.

Oczywiście w pierwszej kolejności „zaburzenie psychiczne” kieruje naszą uwagę na nomenklaturę medyczną, psychiatryczną, ewentualnie psychologiczną. Jarkiewicz już we wprowadzeniu podkreśla jednak, że jest ono zawłaszczane przez te dziedziny, podczas gdy jak każde inne zjawisko (społeczne, kulturowe, przyrodnicze itp.) może być rozpatrywane z wielu różnych perspektyw. Co więcej – zwraca uwagę, że w zależności od przyjętej perspektywy można wyczytać w tym pojęciu wiele znaczeń, również i takich, które podają w wątpliwość użyteczność wszechdominujących teorii medycznych. Niestety prowadzone przez nią badania każą sądzić, że praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi „inna” poruszanie się po wytyczonych przez procedury i zalecenia medyczne ścieżkami jest właściwie niemożliwa i to z dwóch powodów. Na pierwszy plan wysuwa „orientowanie myślenia i działania pracowników socjalnych w kierunku »oddawania« przypadków w ręce lekarzy, którzy koncentrują wysiłek na odpowiednim dobraniu leków, czyli leczeniu farmakologicznym”⁴⁸⁷.

Drugi powód związany jest z konsekwencjami, z jakimi może się mierzyć pracownik socjalny, który nie wpisze swoich działań w dominujący dyskurs medyczny traktowania „zaburzeń psychicznych”. Szczególnie ciekawe jest charakteryzowanie przez Jarkiewicz prób przeciwstawiania się „jedynie słusznej” optyce psychiatrycznego analizowania problemu zaburzeń poprzez nadanie działaniom pracownika socjalnego miana konspiracji. Organizowanie pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi z zastosowaniem innej niż psychiatryczny i biomedyczny model postępowania podejmowane jest przez pracownika „dokąd się da”, czyli dotąd, aż jego działania nie zostaną przez przełożonych ocenione jako nieprofesjonalne. Badaczka pisze o tym następująco:

[...] zdarzają się przypadki, kiedy pracownik orientuje działania, biorąc pod uwagę społeczną diagnozę i nie stara się, dopóki może, upsiatryczniać przypadku. Działanie takie [...] wiąże się z ogromną odpowiedzialnością, którą bierze na siebie pracownik. Dotyczy to zazwyczaj klientów, którzy nie zostali zdiagnozowani przez lekarza. Brak diagnozy daje do pewnego stopnia usprawiedliwienie dla działań, a raczej ich braku, w kierunku ich upsiatrycznienia. Pomimo to każdy z pracowników ma świadomość, że jego postępowanie nie spotkałoby się z akceptacją przełożonych, dlatego decydując się na nieangażowanie pomocy psychiatrycznej, skazuje siebie na quasi-konspiracyjną pracę z przypadkiem⁴⁸⁸.

Nadawanie diagnozie psychiatrycznej rangi dokumentu, w którym można wyczytać o najważniejszych potrzebach człowieka i sposobach ich zaspokajania, sprowadza służby społeczne (pracowników socjalnych, pedagogów, kuratorów

⁴⁸⁶ A. Jarkiewicz, Medykalizacja pracy socjalnej w obszarze działania z osobami zaburzonymi psychicznie, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio J-Paedagogia-Psychologia*, 29(1), 2016: 238–249.

⁴⁸⁷ Tamże: 244.

⁴⁸⁸ Tamże.

społecznych, psychologów) do roli bezkrytycznych wykonawców, strażników zaleceń medycznych. Diagnoza środowiskowa oraz rozpatrywanie problemów i potrzeb człowieka przez pryzmat jego doświadczeń życiowych i procesów tożsamościowych zyskują drugorzędne znaczenie. „Psychopatologizowane” są adaptacyjne, „normalne” reakcje na niekorzystne i nietypowe wydarzenia życiowe i pomniejszana jest rola oraz znaczenie niemedycznego otoczenia wspierającego. Jarkiewicz podpira się stanowiskiem Thomasa Szasza⁴⁸⁹, którego poglądy przywoływane są często przez naukowców dostarczających argumentów na rzecz potrzeby zmniejszenia hegemonii medycznego modelu ujmowania wszelkich problemów życia ludzkiego, głównie zaś obniżenia siły i pola oddziaływania takich dokumentów, jak DSM, które odpowiedzialne są za dehumanizowanie współczesnego świata⁴⁹⁰. W swoich licznych pracach podkreślał arbitralność kryteriów diagnostycznych oraz negatywnie oceniał rozwiązywanie problemów społecznych poprzez czynienie z nich zaburzeń psychicznych⁴⁹¹. Z kolei Wieczorkiewicz przywołuje słynne powiedzenie wśród naukowców krytycznie oceniających jedynie biomedyczny sposób ujmowania zdrowia i choroby oraz hegemonię medycyny i rozciąganie się jej wy wpływów na każdy aspekt ludzkiego życia, że łatwiej zbudować klinikę, niż zburzyć slumsy⁴⁹². Jego autorką jest brytyjska naukowczyni, Barbara Wootton, która już w latach 50., w artykule pod znamienym tytułem *Choroba czy grzech?*, dokonywała pogłębionej analizy pojęcia choroby psychicznej, wskazując na cienką granicę między „szaleństwem” a brakiem umiejętności kierowania swoim życiem. W każdym razie to ona dowodziła w swoich pracach, że instytucje socjalne oddają pole agencjom medycznym, a lekarze stają się autorytetami moralnymi i autorami definicji dobrego i niedobrego czyjegoś życia. Z wieloma zmedykalizowanymi problemami medycyna nie jest w stanie sobie po prostu poradzić, a przekształcenie ludzkich trudności w jednostki chorobowe i zamknięcie możliwości dyskusji na rzecz ich kolejnych redefinicji poprzez oparcie swoich argumentacji na „dowodach naukowych” (medycznych) co najmniej redukuje możliwość aplikacji innych niż medyczne podejść.

Klingemann⁴⁹³ przywołuje poglądy jednego z najbardziej radykalnych krytyków zjawiska medykalizacji, austriackiego filozofa Ivana Illicha, w myśl których umedyycznienie pomniejszyło zdolność jednostek do samodzielnego radzenia sobie z chorobami. Takie zjawiska jak samoleczenie czy tradycyjne formy uzdrawiania zostały zdyskredytowane. Ludzie zaś uzależnili się od ekspertów, zamiast polegać na własnych umiejętnościach, wiedzy i doświadczeniu. Doszło więc do

⁴⁸⁹ T. Szasz, *Insanity: The idea and its consequences...*

⁴⁹⁰ Zob. także: E. Gambrill, *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a Major Form of Dehumanization in the Modern World*, *Research on Social Work Practice*, 24(1), 2014: 13–36.

⁴⁹¹ Np. T. S. Szasz, *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, Harper Perennial, New York 1974; Szasz T. *The medicalization of everyday life: Selected essays*, Syracuse University Press, Syracuse 2007.

⁴⁹² M. Wieczorkowska, *Teoretyczne i metodologiczne aspekty...*; zob. także: M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...*: 53.

⁴⁹³ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*

specyficznego zatracenia naturalnych zdolności zwykłych ludzi do samodzielnego radzenia sobie z dolegliwościami i trudnościami.

Także wiodącym sposobem rozumienia doświadczeń człowieka wymagającego pomocy i wsparcia socjalnego staje się analizowanie jego doświadczeń w ramach medycznych definicji. Tendencjom tym przeciwstawia się środowisko naukowców związanych z pracą socjalną, np. wspomniani już wcześniej Kirk i Kutchins⁴⁹⁴ czy w Polsce – Jarkiewicz⁴⁹⁵. Niemedyczne formy wsparcia w rozwiązywaniu problemów np. związanych z uzależnieniem zaznaczają się na kartach doniesień naukowych. Są jednak sygnalizowane i nie ma pogłębionych badań poświęconych im bezpośrednio. Przykładowo, kiedy Justyna Żulewska-Sak i Katarzyna Dąbrowska⁴⁹⁶ analizują czynniki, które utrudniają samodzielne przezwyciężenia uzależnienia, przywołują wyniki badań z udziałem tzw. terapeutów dnia codziennego, czyli osób, które z racji wykonywanego zawodowego (barmani, fryzjerzy, taksówkarze) i nieformalnego kontaktu z wieloma osobami i ich problemami, wchodzi w rolę kogoś, kto wspomaga proces przezwycięzania uzależnienia ich klientów. Zdaniem „terapeutów dnia codziennego” osoba uzależniona może też aktywnie poszukiwać i uruchamiać potencjał samouzdrawiający i zasoby dostępne w jej otoczeniu bez konieczności korzystania z pomocy instytucji. Aby to się zadziało, potrzebne są jednak pewne zmiany w sposobie „społecznego” myślenia i promowanie samowyleczenia poprzez wykorzystanie i zwiększanie kapitału społecznego osób uzależnionych. Żulewska-Sak i Dąbrowska podkreślają, że taka perspektywa znajduje potwierdzenie w badaniach nad samowyleczeniami. Moim zamiarem nie jest wartościowanie powyższych ustaleń. Zresztą wymagałoby to pogłębionej analizy, a nie jedynie nieznacznej prezentacji zagadnienia – jak wyżej. Zasygnalizowałam ten problem, ponieważ jest to przykład tego, że problemy związane z uzależnieniem i pokonywaniem go można analizować inaczej niż tylko wyłącznie z zastosowaniem optyki medycznej – psychiatrycznej czy profesjonalnego wsparcia psychologicznego.

Odwolanie się do medycznego (psychiatrycznego) charakteru działań podczas realizacji zadań tradycyjnie lokowanych w obszarze opieki, troski, wsparcia czy wychowania podnosi rangę działających. „Umedycznienie” działań wzmacnia autorytet, „konkretyzuje” bowiem posiadane kompetencje i wiedzę. Granice między terapią, twórczym myśleniem i oddziaływaniem wychowawczym wydają się być coraz bardziej płynne. Mimo że podkreśla się, że polskie ramy arteterapii są kształtowane głównie w środowiskach artystycznych, gdzie promuje się jej funkcję rozwojową i edukacyjną, daleką od medycznego modelu⁴⁹⁷, to skojarzenia arteterapii z psychoterapią są bardzo silne. Samo sięgnięcie po łatwo dostępną arteterapię powoduje, że opiekun czy animator czasu wolnego „awansuje” na stanowisko terapeuty, a w kulturowej praktyce językowej „terapia” ma swoje

⁴⁹⁴ H. Kutchins, S. A. Kirk, *Making us crazy...*

⁴⁹⁵ A. Jarkiewicz, *Medykalizacja pracy socjalnej...*

⁴⁹⁶ J. Żulewska-Sak, K. Dąbrowska, *Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia – jakościowa analiza porównawcza, *Alkoholizm i Narkomania*, 18(3), 2005: 63–77.*

⁴⁹⁷ I. Bugajska-Bigos, *Arteterapia i sztuka w terapii, *Eruditio et Ars*, 72(1), 2018: 72–86.*

wyraźne znaczenie⁴⁹⁸. Psychoterapia i psychoterapeuci są częścią kultury. Przywoływany tutaj już nie raz Peter Conrad na przykładzie nadpobudliwości dzieci wykazywał, że umedycznienie oraz nadanie statusu dewiacyjnego pewnym zachowaniom powoduje, że bywa ono kontrolowane i korygowane za pomocą terapii i farmakologii. Następuje rozciąganie się listy zachowań społecznych, które stają się przedmiotem zinstytucjonalizowanej kontroli społecznej i uprawnionej, ponieważ opartej na autorytecie medycyny ingerencji. Opiekunowie, doradcy, nauczyciele i wychowawcy zyskują status wsparcia dodatkowego. Nie są nawet partnerem, a jedynie sojusznikiem (czasem kontrolerem, wykonawcą, egzekutorem) zaleceń medycznych. Być może to dlatego, chcąc włączyć się w specyficzny główny nurt autorytetu, nadają wielu swoim działaniom status działań psychoterapeutycznych. Znika zwyczajna życzliwość i troska – w jej miejsce pojawia się bardziej „profesjonalna” terapia. Nawet pogadanka i sytuacja wychowawcza ociera się o psychoedukację i trening (w sensie terapeutycznym).

I tak respekt budzić będzie raczej sytuacja, w której nauczycielka zrezygnuje z przeczytania dzieciom bajki i „zastosuje” bajkoterapię w pracy z podopiecznymi. Bywa, że sięgnięcie po rysunek i farby nabiera rozmachu arterapii, a płasanie przy muzyce i zajęcia rytmiczne – muzykoterapii. Oczywiście można uznać, że upraszczam problem, podając takie przykłady. Zjawisko to pragnę jedynie zasygnalizować. Rzecz jasna – to nie nazwa, tylko sformułowany cel, stanowi o działaniu. Nie każde przeczytanie bajki jest bajkoterapią, tak samo jak nie każda zaśpiewana piosenka jest muzykoterapią. Liczy się intencja, odpowiedni dobór uczestników takich działań, kompetencje prowadzących itp. Wydaje się jednak, że nazwanie czegoś „terapeutycznym” podnosi rangę i powoduje, że to coś staje się skuteczniejsze, atrakcyjniejsze, a na pewno bardziej profesjonalne. To między innymi takie tendencje powodują, że środowisko dyplomowanych psychoterapeutów podejmuje prace nad ustawą o zawodzie psychoterapeuty jako zawodzie medycznym. Starania te wzbudziły w środowisku psychoterapeutów dyskusję na temat dziedziny, do której przynależy psychoterapia: czy lokować ją w humanistyce i naukach społecznych, czy nadać jej status działania wyłącznie w obszarze medycyny. Zasygnalizowane przeze mnie zjawisko to konsekwencja wtargnięcia medycznej retoryki i terminologii do dyskusji dotyczących niezwiązanych z medycyną sfer życia⁴⁹⁹. Można byłoby się jednak zastanawiać – mowa o ekspansji czy może o próbie zawłaszczania albo jego adaptowania? Terminologia medyczna obiektywizuje i nadaje prestiżu sposobowi definiowania problemu, natomiast włączenie działania terapeutycznego do zabiegów ratowniczych czy opiekuńczych zwiększa przekonanie o intencjonalności i skuteczności efektów. Używanie medycznej retoryki („zdrowe państwo”, „zdrowa szkoła”, „chore elity”) bywa elementem strategii politycznej czy kampanii wyborczej⁵⁰⁰. Z drugiej strony niektóre środowiska, które z racji swoich kwalifikacji są uprawnione do posługiwania się określonymi terminami i wykorzystywania w swojej pracy specyficznych metod, wyrażają sprzeciw.

⁴⁹⁸ B. Józefik, Psychoterapia jako dyskurs kulturowy, *Psychiatria Polska*, XLV, 2011: 737–748.

⁴⁹⁹ I. K. Zola, Medicine as an institution of social control, *The Sociological Review*, 20(4), 1972: 487–504.

⁵⁰⁰ Tamże.

Nie dotyczy on rzecz jasna samych metod, ile ich dewaluacji. Przykładem mogą być protesty środowiska psychologów, którzy powodowani troską o właściwe wykorzystywanie technik terapeutycznych czy diagnostycznych piętnują przypadki posługiwania się nimi przez profesje „nieuprawnione”, np. pedagogów czy doradców zawodowych. Uwagę naukowców zwraca także uwagę upływnianie granic między tym, co „twarde”, tj. naukowe, a tym, co atrakcyjne w swojej formule oraz przekazie i jedynie inspirowane psychologią lub będące rezultatem indywidualnych obserwacji i refleksji lub nieuprawnionych wniosków z badań nie spełniających właściwych rygorów⁵⁰¹. Kiedy Jerzy Brzeziński wymienia różne warunki „odpowiedzialne” za kryzys zawodu psychologa, to między innymi używa następującego określenia na sygnalizowane przeze mnie tu zjawisko: „[...] psychologii grozi rozmycie się w pseudofilozoficznym i pseudo-naukowym bełkocie”⁵⁰².

Zjawisko przejmowania terminów medycznych przez opiekunów, pracowników socjalnych, doradców czy nauczycieli należy analizować przez pryzmat specyficznej „kultury terapeutycznej”⁵⁰³. Psychoterapeuci mają stałe rubryki w kolorowych pismach, zajmują miejsca komentatorów w programach telewizyjnych, wyjaśniając zachowania i zdarzenia, zwłaszcza takie, które budzą niezrozumienie i lęk. Oczywiście stanowią w ten sposób element zjawiska medykalizacji. Powiązani są z medycyną – wiedza psychologiczna to wiedza „empiryczna”, „twarda” – naukowa. Jednak wysoką pozycją psychoterapeutów jako ekspertów (posiadających wiedzę i władzę) analizowana jest także jako zjawisko osobne, a oni sami jako grupa wyraźnie autonomizująca, a nawet neutralizująca „medyczne” skutki życia społecznego. O ile sama medycyna zarządza sposobem definiowania zdrowia i choroby, „normalności” i zaburzenia psychicznego, o tyle psychoterapia zawłaszcza ludzką radość, zadowolenie i smutek. „Uczy”, jak żyć szczęśliwie, definiując szczęście i wyznaczając granice między byciem szczęśliwym i nieszczęśliwym⁵⁰⁴.

Rola dyplomowanych psychoterapeutów – ekspertów jest bardzo silna. Z racji swojej społecznie uznanej „wiedzy” potwierdzonej przez dyplomy są włączani w proces definiowania potrzeb i problemów. Poprzez określone diagnozowanie, a następnie wydawanie opinii, „decydują” o miejscu i rodzaju interwencji. Ich działalność stanowi oczywistą część systemów – zapobiegania demoralizacji i przestępczości, edukacji, medycyny. Współpracują z policją, sądem, systemem edukacji, uczestniczą w procesie psychiatrycznego diagnozowania itp.

Decyzje psychoterapeutów włączone są w proces rozwiązywania problemów, ale też mogą stanowić opresję dla wielu osób objętych terapeutycznymi oddziaływaniami. Władza jest też obecna w relacji psychoterapeutycznej – zarówno w tych podejściach, które zakładają hierarchiczność relacji, jak i ponowoczesnych terapiach, które starają się tę władzę w procesie psychoterapeutycznym dekonstruować, dążąc do relacji partnerskiej⁵⁰⁵.

⁵⁰¹ T. Witkowski, *Zakazana psychologia...*

⁵⁰² J. M. Brzeziński, Jakiej psychologii (i psychologów) potrzebuje społeczeństwo?, *Roczniki Psychologiczne*, 14(2), 2011: 9.

⁵⁰³ B. Józefik, *Psychoterapia...*

⁵⁰⁴ Tamże.

⁵⁰⁵ Tamże: 744.

Istnieje jednak także druga strona medalu. Bywa bowiem, że w sytuacji niemożności opanowania jakiejś trudności (np. wychowawczej i związanej z demoralizacją) opiekunowie świadomie zarządzają autorytetem medyczno-terapeutycznym. W ramach ochrony swoich kompetencji zmieniają definicję doświadczanego przez nich problemu tak, by dokonać przesunięcia ciężaru interwencji i odpowiedzialności – z wychowawczej na medyczną, terapeutyczną. Przykładowo agresywnym zachowaniom ucznia przypisywane bywa zaburzenie psychiczne⁵⁰⁶.

Przywoływany już wcześniej Davis⁵⁰⁷ porównuje mechanizmy i rezultaty procesu medykalizacji do tych samych, które odpowiadają za kryminalizowanie czy szerzej: instytucjonalizowanie pewnych zjawisk, zachowań czy stanów. Początkowo zjawisko to odnoszone było do specyficznego rozszerzenia wpływów profesji lekarskiej polegającej na pomyślnym przedefiniowaniu zachowań dewiacyjnych, naturalnych procesów życiowych i problemów życia codziennego tak, by uzyskać miano chorób i zaburzeń wymagających interwencji medycznej. Na gruncie amerykańskiej socjologii terminu tego używano w odniesieniu do zaburzeń psychicznych i psychiatrii. Według socjologa z czasem pojęcie medykalizacji stało się kategorią użyteczną do opisu wielu zjawisk, w których zaznacza się wątek medyczny w ogóle. Pierwsze próby poszerzenia uwagi, jaką skupia medykalizacja i przeniesienie jej na obszar całej medycyny, podjęli Eliot Freidson i Irving Zola⁵⁰⁸. Przywołanie ich poglądów prawie pod koniec rozważań poświęconych procesom medykalizacji (mimo że są reprezentantami „pierwszej fali” doniesień o zjawisku, któremu współcześnie nadawana jest inna, szersza optyka) jest ważne z co najmniej dwóch powodów.

Po pierwsze obaj naukowcy wskazali na funkcję kontroli społecznej, jaką pełni medycyna, oraz zwrócili uwagę na poszerzanie się i pogłębianie wpływów jej jurysdykcji. Freidson w wydanej w 1970 roku publikacji sformułował pogląd, że to, co w przeszłości nazywano przestępczością, obłędem, degeneracją, grzechem, a nawet ubóstwem, w czasach mu współczesnych nazywane jest chorobą. Co więcej, medycyna poprzez narzucanie „nowych” definicji zjawiskom zawłaszcza dotychczasowe sposoby „radzenia sobie” z nimi. Przykładowo psychiatra zastępuje przyjaciela i księdza, a społeczność terapeutyczna wspólnotę religijną⁵⁰⁹. Niektórzy piszą nawet, że współcześnie wiedza psychiatryczna stała się rodzajem wyznawanej religii, a definicje zdrowia i choroby zastąpiły idee Boga i Diabła⁵¹⁰. Wspomniani Freidson i Zola jako pierwsi wskazali także na zabieranie instytucji prawa prymatu w rozstrzyganiu i rozwiązywaniu problemów. W praktyce społecznej dochodzi do potwierdzania i utrwalania tych definicji poprzez organizację określonych instytucji i wdrażanie procedur zapobiegania zjawiskom.

Dla Freidsona i Zoli medykalizacja oznaczała rozszerzenie obszarów podlegających kontroli społecznej. Medycyna zaś wkroczyła na obszary życia, do których nigdy dotąd nie miała uprawnień. Zola krytykował politykę społeczną

⁵⁰⁶ R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą...*

⁵⁰⁷ J. E. Davis, *How medicalization...*

⁵⁰⁸ E. Freidson, *Professional dominance*, AldinePress, Chicago 1970; K. Zola, *Medicine as an institution...*

⁵⁰⁹ E. Freidson, *Professional Dominance...*; T. Szasz, *Insanity: The idea and its consequences...*

⁵¹⁰ E. Gambrill, *The Diagnostic and Statistical Manual...*

wykorzystywania autorytetu medycyny do poszerzania zasięgu oddziaływania na obszary życia wcześniej nieobjęte „zainteresowaniem” lekarzy. Nadawał medycynie wprost miano instytucji kontroli społecznej i zarzucał tej dyscyplinie życia społecznego imperializm, a wpływy jakie uzyskuje rezultatem podstępny.

Drugi powód jest taki, że w pracach tych naukowców wyraźnie rysuje się niepokój o to, że umedycznienie problemu poprzez nadanie mu etykiety zdrowia i choroby skutecznie zamyka inne formy interwencji. Zjawisko to analizowali głównie przez pryzmat konsekwencji, jakie stwarza nadmierne koncentrowanie się władzy w rękach przedstawicieli jednego zawodu (lekarzy).

Należy jednak zaznaczyć, że samo pożądanie władzy nie wystarcza do zainicjowania procesu medykalizacji. Potrzebny jest tu szerszy kontekst społeczny oraz poszukiwanie elementów odpowiedzialnych za tworzenie warunków podatnych na podleganie i poddawanie się umedycznieniu. Najważniejszym z nich jest poszukiwanie technicznych, szybkich i prostych rozwiązań dla złożonych problemów indywidualnych czy społecznych. Już Freidson i Zola twierdzili, że najpotężniejszym bodźcem w ekspansji medycyny i przyzwolenia do ingerowania za pomocą jej procedur w osobiste ludzkie doświadczenia jest wzrost utylitarnej podejścia do zdrowia, sekularyzacja oraz promowanie tzw. indywidualizmu w duchu liberalizmu społecznego. Nieuprawnione interwencje medyczne zyskały więc na akceptacji poprzez obietnicę „szybkiego” nazwania i rozwiązania problemu (za pomocą przysłowiowej pigułki).

Szczegółową krytykę (oraz krytykę tej krytyki) tezy o imperializmie medycyny prezentuje Nowakowski⁵¹¹. Posiłkując się pracami amerykańskich badaczy, wymienił on specyficzne oblicza imperializmu medycyny. Są one następujące: profesjonalizacja problemów społecznych, monopolizacja dostarczanych usług, redefiniowanie istniejących problemów i odkrywanie nowych, ekspansja ludzkich potrzeb i klienckich problemów, ekspansja profesji medycznej, indywidualizowanie problemów społecznych, nazywanie społecznych problemów za pomocą terminów medycznych, forsowanie potrzeby zmiany społecznej na rzecz prewencji chorób oraz – w konsekwencji wcześniejszych – uzależnienie klientów w od profesjonalistów (medycznych i innych). Oczywiście koncepcja „imperializmu medycyny” rozumiana jedynie jako uzurpacja lekarzy poddawana jest krytyce. Procesy te nie dokonują się wyłącznie na poziomie relacji lekarz–pacjent. Co więcej medykalizacja analizowana jest także przez pryzmat nie tylko jej wad, ale i zasług. Różne ujęcia medykalizacji współistnieją ze sobą, a współcześnie na jej przebieg ma zdecydowanie dominujący wpływ wielki kapitał, a nie lekarskie lobby czy państwo. Najprościej ujmując – pojedynczy lekarz traci autonomię, natomiast medycyna nie traci wpływów⁵¹².

Kiedy Wieczorkowska dokonuje recenzji książki Nowakowskiego (do prac którego odniosłam się już nie raz), analizuje metaforę „świata jako kliniki”⁵¹³.

⁵¹¹ M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...*

⁵¹² Tamże.

⁵¹³ M. Wieczorkowska, *Czy świat jest kliniką? O procesach medykalizacji we współczesnych społeczeństwach kapitalistycznych. Recenzja książki Michała Nowakowskiego, „Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego”, Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 56, 2016: 147–154.

Oczywiście łatwo znaleźć tu bezpośrednie nawiązanie do znaczącego dzieła Foucaulta⁵¹⁴, w którym dokonał pogłębionej analizy historii zdrowia i choroby. Piśsze o tym następująco:

Metafora świata jako kliniki wydaje się tu całkowicie uzasadniona i pamiętać należy, że pomimo wielu dobrodziejstw (wyeliminowanie licznych chorób, poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych, okaleczonych, starszych, możliwość ratowania życia wcześniaków), medykalizacja niesie wiele zagrożeń, kreując nowe choroby, poszerzając kategorie diagnostyczne schorzeń już istniejących, sprzedając ludziom leki, których nie potrzebują oraz wizję zdrowia i przedłużanej w nieskończoność młodości, stając się dla wielu nową religią⁵¹⁵.

Teza o nieuprawnionej medykalizacji sfer życia jako rezultatu pewnego rodzaju interesu zawodowego i kolaboracji instytucji medycznych z władzą (zagadnienia zaznaczające się we wczesnej twórczości Foucaulta i amerykańskich socjologów opisujących to zjawisko w latach 60.) nie do końca przetrwały próby czasu. Współcześnie problemy te są rozpatrywane raczej jako przenikanie dyskursu medycznego do świadomości zbiorowej. Zasadniczą kategorią „sukcesu” procesów medykalizacji jest zaś zbiorowe przeświadczenie o wspólnej i indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie.

Za punkt wyjścia rozważań podjętych w tej części uznałam, że język organizuje i w dużym stopniu tworzy rzeczywistość. Specyficzna psychiatryzacja życia społecznego powoduje, że pewne problemy, które kiedyś postrzegane były w kategoriach niegroźnego dziwactwa czy niesforności, dziś analizowane jest przez pryzmat definicji zawartych w DSM. Dzieje się to w głównej mierze właśnie dzięki określonym „kompetencjom” nazywania i wyjaśniania zjawisk i wydarzeń. Psychiatryczny język opisu rzeczywistości jest głęboko zakorzeniony w potocznej komunikacji. Bywa nawet, że żywiołowe zachowanie psa usprawiedliwiane jest przez właściciela konstatacją: „on(a) ma ADHD!”. Zadziwiająca jest specyficzna uległość i bierne poddawanie się biologizowaniu wszelkich sfer życia oraz definiowanie emocji czy spontanicznych reakcji, np. niemożności powstrzymywania radości czy zniecierpliwienia, z użyciem języka zaburzeń czy chorób.

Wspomniany przeze mnie wielokrotnie już amerykański socjolog Conrad twierdził, że jedną z konsekwencji procesu wszechumiedyczenia jest to, że przestajemy patrzeć na podmioty społeczne przez pryzmat szerszego kontekstu. Medykalizując „kłopotliwe dzieci”, staramy się zmienić jednostkę, a nie społeczeństwo. Medykalizacja pewnych zjawisk (np. nadpobudliwości dziecka) może prowadzić do tego, że przestaniemy dostrzegać inne niż „biologiczne” perspektywy analizowania zjawiska. Ignorowane zaczną być czynniki kulturowe i społeczne leżące u podstaw występowania pewnych zjawisk – nie tylko ze względu na szukanie w nich przyczyn, ale także umniejszanie ich roli i znaczenia w rozwoju człowieka. Medykalizacja „objawów” odwraca uwagę od rodziny czy szkoły, czy szerzej od warunków, które tworzą struktury systemu społecznego. Farmaceutyczne osłabianie każdego przejawu niedostosowania czy buntu może zahamować rozwój (być może bowiem właśnie „to” zachowanie byłby czynnikiem zmieniającym

⁵¹⁴ M. Foucault, *Narodziny kliniki...*

⁵¹⁵ M. Wieczorkowska, *Czy świat jest kliniką?...: 152.*

system). Wątpliwości te zawiera pytanie sformułowane przez Jana Kłosa i współpracowników:

[...] w jakim stopniu medyczne reakcje na niedawno zmedykalizowane problemy takie, jak: otyłość, nadciśnienie, ostry stres, depresja, nieśmiałość i inne, omijają i tuszują rzeczywiste przyczyny tych dolegliwości? Czy wykorzystywanie farmakologii do regulacji stanów emocjonalnych, gdy są one reakcją na złą sytuację, w której znajduje się jednostka, lub gdy zachowania nie są zgodne z oczekiwaniami, czy też do zwiększenia sprawności umysłowej, żeby sprostać wymaganiom pracodawcy, nie jest formą nadużycia, która wyklucza alternatywne działania społeczne czy polityczne, i czy rzeczywiście jest tak odległe od wykorzystywania substancji psychoaktywnych przy zmuszaniu kobiet do niewolniczej prostytucji?⁵¹⁶

Z drugiej strony, dysponując językiem psychologii i psychiatrii, ma się lepszy dostęp do swojego zdrowia psychicznego. Człowiek staje się także lepszym „użytkownikiem” swojej osobowości, co sprzyja podjęciu specyficznej pracy biograficznej zwłaszcza w sytuacji powtarzających się porażek w osiąganiu pewnych celów⁵¹⁷. Zagadnienie to analizowałam przy okazji opisu czynników sprzyjających uprawianiu refleksji nad swoim życiem i podejmowaniu działań na rzecz zmiany swojej sytuacji przez mężczyzn z doświadczeniem wielu razy i wielu lat pobytów w zakładach karnych czy wcześniej, w okresie dorastania – instytucjach opiekuńczych i resocjalizacyjnych. Znaczna powrotnych przestępców to osoby z diagnozą uzależnienia od alkoholu czy narkotyków. W warunkach kary pozbawienia wolności część czasu spędzają w oddziałach terapeutycznych. Analiza ich sposobu opisywania swojego życia skłoniła mnie do rozważań o nabytym języku resocjalizacji. Był on pomocny w przypadku radzenia sobie z dyskomfortem i frustracją powodowaną porażkami prób zerwania z przestępczością.

Czym jest „nabyty język resocjalizacyjny”? Otóż jest to swego rodzaju produkt instytucjonalnej resocjalizacji, a właściwie bogatych doświadczeń związanych z licznymi pobytami w różnorodnych placówkach wsparcia społecznego, terapii i reedukacji. Język ten jest przyswajany przez recydywistów w toku codziennych interakcji z personelem [...] oraz udziału w zajęciach resocjalizacyjnych, psychoedukacyjnych, terapii uzależnień itp. Nabyty „resocjalizacyjny” język instytucji to nowy język opisu wydarzeń i sytuacji, dający recydywistom możliwość nadawania interpretacjom swojego życia statusu zobiektywizowanych znaczeń [...]. Jest to oficjalna nomenklatura systemu, wywodząca się bezpośrednio z piśmiennictwa naukowego (będąca w istocie produktem teorii), przenoszona na pole oddziaływań leczniczo-terapeutycznych, metodycznych, prawno-formalnych itp.⁵¹⁸

Nabycie owego języka ma również negatywne znaczenie – służyć może bowiem do operowania rozbudowanymi definicjami technik neutralizacji swojej dewiacji czy instrumentalnego zarządzania negatywną stygmatyzacją. W przypadku niemożności powstrzymywania się przed zachowaniami przestępczymi język ten nabiera innego znaczenia: pomaga zagłuszać wyrzuty sumienia i poradzić sobie

⁵¹⁶ J. Kłos, M. Gromadecka-Sutkiewicz, M. Zysnarska, *Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku...*: 385.

⁵¹⁷ R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą...*

⁵¹⁸ Taż, „Otworzyło mi się wtedy okno na inny świat. Otworzyło mi to oczy na moje życie”. O wydarzeniach (punktach zwrotnych) inicjujących próby zerwania przez recydywistów z przestępczym stylem życia, *Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne*, 2(1), 2016: 255.

z frustracją poprzez stosowanie różnych samousprawiedliwień, a zwłaszcza lokowanie swoich porażek w czynnikach niezależnych od siebie (np. genach, czynnikach wrodzonych, na które nie ma się wpływu i z którymi nie można walczyć).

Nie sposób pominąć w tym miejscu modelu Halfmanna, który stanowi jedno ze współczesnych socjologicznych ujęć medykalizacji i nadawany jest mu status neutralnego narzędzia do badania i analizowania zjawiska medykalizacji bardziej niż koncepcje Foucaulta czy nurt prezentowany przez „wczesnych” krytyków hegemonii medycznej i antypsychiatrów. Najważniejsze elementy tego modelu przedstawię, posiłkując się opisem dokonany przez Wieczorkowską na potrzeby prowadzonych przez nią analiz starości jako choroby⁵¹⁹. W modelu tym dostrzega się złożoność problemu polegającą na tym, że medykalizacja może zachodzić na trzech poziomach – *makro*, *mezo* i *mikro*, i na każdym z nich można wyróżnić różne praktyki, dyskursy oraz uczestników (jednostki/aktorzy). Jeśli chodzi o poziom *makro*, to medykalizacja obejmuje działania na szczeblu państwowym i międzynarodowym. Mowa tu np. o ustawodawstwie, raportach, debatach organizacji krajowych i międzynarodowych, jak: rządy, sądy, korporacje, uniwersytety, rynki, fundacje, media, czasopisma, organizacje non profit. Poszczególne instytucje i agendy państwowe stanowią poziom *mezo* zjawiska. Zawierają się tu: misje, raporty, reklamy, procedury lokalnych i regionalnych organizacji takich jak: zakłady pracy, szpitale, grupy medyczne, kliniki, domy seniora, szkoły, ośrodki pomocy społecznej czy więzienia. Natomiast medykalizacja w relacjach pomiędzy poszczególnymi jednostkami to poziom *mikro*. Szczebel ten obejmują: interakcja twarzą w twarz, fizyczny kontakt między dostawcami a klientami, w końcu zaś samozarządzanie. Dyskursy, jakie są elementem procesów medykalizacji, obejmują biomedyczne słownictwo, modele i definicje (symptom, choroba, zarażenie), natomiast praktyki i technologie dotyczą testowania, mierzenia, normalizacji, nadzoru i szacowania ryzyka, a także: pokrycia w polisie ubezpieczeniowej, badania, testów laboratoryjnych, higieny itd. Jednostkami i aktorami w tym modelu są lekarze, badacze, szpitale, agencje ubezpieczeniowe, grupy medyczne, producenci leków i urzędników medycznych, szkoły medyczne, organizacje i stowarzyszenia zawodowe.

Zastosowanie tego modelu przy opisie poszczególnych procesów medykalizacji pozwala opisać różne wymiary zjawiska, np. zrekonstruować uwarunkowania i rezultaty zmian w obrębie klasyfikacji chorób i zaburzeń, jak również tych, które mają charakter subiektywny i dyskursywny (np. definiowanie samego siebie jako osoby schorowanej⁵²⁰). Model ten pozwala także na analizy dotyczące demedykalizacji.

Podsumowując, zjawisko medykalizacji można analizować przez pryzmat korzyści. Są to: uwrażliwienie na problemy zdrowia, rozwój medycyny i wykorzystywanie osiągnięć nauki do walki z chorobami. Niektórzy naukowcy znajdują wiele argumentów dla wsparcia tej tezy i dowodzą, że wiedza medyczna może służyć interesom indywidualnym, nie państwowym. Dzięki świadomości „medycznej” ludzie czują się odpowiedzialni za swoje zdrowie oraz mają poczucie jego

⁵¹⁹ M. Wieczorkowska, Czy starość jest chorobą...

⁵²⁰ M. Wieczorkowska, Choroba jako podstawa konstruowania nowych tożsamości w zmedykizowanym świecie, *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica*, 45, 2013: 83–99.

kontrolowania. Kiedy Robert A. Nye rozważa korzyści płynące z medykalizacji, podaje nieco przewrotny przykład: „Moja teściowa często wie więcej o przeciwwskazaniach leków, które przepisuje jej lekarz, niż on sam”⁵²¹. Zdecydowanie jednak więcej uwagi i miejsca poświęcone jest gromadzeniu argumentów na rzecz dowiedzenia jego negatywnych konsekwencji. Krytyczne stanowisko odnosi się głównie do problemów nadmiernego umedycznienia zjawisk (*overmedicalization*), które nie wymagają osobnej diagnozy czy leczenia (np. starzenie się, opieka nad dzieckiem) i analizowane są jako rezultat nadmiernej ekspansji medycyny. Jak wskazywali prekursorzy problematyki, medycyna zawłaszczyła nie tylko codzienne zachowania, ale i te stany, i zjawiska, które wcześniej definiowane były w kategoriach moralnych czy prawnych.

Dodam, że przedmiotem szczególnej uwagi współczesnych socjologów medycyny są wszelkie podmiotowe aktywności, podejmowane w zdrowiu i chorobie poza kontekstem instytucjonalnej medycyny, obejmujące m.in. samoopiekę i samoleczenie, a także wykorzystujące ofertę tzw. medycyny komplementarnej i alternatywnej itd.⁵²²

Kategoria medykalizacji oraz zjawiska rozpatrywane przez jej pryzmat są pomocne w zrozumieniu statusu uzależnienia od alkoholu. Jest to bowiem problem nacechowany dużą ambiwalencją, która zawiera się w rozróżnieniu: choroba czy dewiacja? Jako że ten dylemat jest bezpośrednio związany z „radzeniem” sobie z nałogowym pićm i nałogowcami przez instytucjonalny system pomocy i leczenia odwykowego oraz osoby bliskie pozostające w codziennych relacjach z „alkoholikiem”, problem „umedycznienia” alkoholizmu i tego konsekwencji omówię w części drugiej. Rozważania na temat tych dylematów oraz ukazanie społecznego i medycznego statusu „choroby alkoholowej” potraktuję jako punkt wyjścia w opisie uzależnienia dorosłego dziecka jako elementu biografii rodzicielskich (zob. część II, podrozdział: *Między dewiacją a chorobą*).

Stygmatyzowanie

Jako że dominującym modelem rozprawiania się z „alkoholizmem” jest medyczny i utrzymujący się w jego obrębie nurt psychologiczny (terapia uzależnień), to w świadomości społecznej dominuje myślenie o problemach związanych z uzależnieniem od alkoholu w kategoriach choroby i zdrowia psychicznego. Nieco inną perspektywę analizowania problemów alkoholowych znaleźć można na łamach piśmiennictwa socjologicznego. Najogólniej mówiąc, socjolodzy koncentrują się na społecznej roli osoby chorej z całym bagażem definicji, oczekiwań i konsekwencji z tym związanych. Jeśli rekonstruowany jest proces doświadczenia choroby i chorowania, to nacisk kładzie się na sposoby radzenia sobie z problemami przez pryzmat (zmieniających się) relacji z otoczeniem.

⁵²¹ R. A. Nye, *The evolution of the concept of medicalization...*: 124.

⁵²² W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce – tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2008.

Na gruncie analiz socjologicznych szczególne znaczenie odgrywają koncepcje określane mianem naznaczania. Piętno, stygmat, naznaczenie społeczne czy etykietowanie to terminy, które w pierwszym rzędzie kierują uwagę ku różnym koncepcjom, które – najogólniej mówiąc – traktują o specyficznej reakcji poprzez przypisanie osobie (lub grupie osób) roli dewianta ze względu na cechę (lub zespół cech), jakie są jej (lub ich) udziałem. Oczywiście w tym zdaniu zawarłam znaczące uproszczenia, ale główne mechanizmy procesów, o których mówi się „naznaczenie społeczne” (czasem: etykietowanie czy stygmatyzowanie), są znane, a szczegółowa prezentacja ustaleń najważniejszych przedstawicieli szeregu koncepcji, które tworzą to, co określane jest mianem teorii *labelingu* (*labeling theory*)⁵²³, nie ma w tym miejscu uzasadnienia. W tej części książki zaznaczę tylko niektóre zagadnienia związane z naznaczaniem społecznym oraz odniosę się do tych kategorii teoretycznych, które uznaję za szczególnie użyteczne w opisie sytuacji rodzin z problemem alkoholowym, zwłaszcza w kontekście sposobów ich społecznego „oznaczania” i naznaczania.

Zanim to nastąpi, wyjaśnienia wymaga to, że co prawda wymieniałam w jednym zdaniu określenia: „stygmatyzowanie” i „etykietowanie”, jednak zamienne posługiwanie się tymi terminami wydaje się nieuprawnione. Przykładowo Elżbieta Czykwin⁵²⁴ nadaje „etykiecie” konotacje pozytywne lub obojętne, natomiast według niej „stygmat” (piętno) niesie ze sobą zawsze ładunek negatywny i obejmuje mechanizmy stereotypizacji, na podstawie których dokonuje się podział na „swoich” i „obcych”. Wygląda na to, że „stygmat” ma wymiar moralny i wysuwa się na pierwsze miejsce w relacji z otoczeniem.

Początków naukowego zainteresowania zjawiskiem naznaczania poprzez specyficzną reakcję społeczną należy poszukiwać jeszcze pod koniec lat 30. ubiegłego wieku. Procesy odpowiedzialne za wpisywanie osoby w rolę dewianta były przedmiotem analiz interakcjonistów symbolicznych. To właśnie dlatego ten kierunek myślenia określany bywa czasem mianem *interactionist perspective*, obok takich oznaczeń jak *labeling theory* (teorie etykietowania) czy *societal reactions approach* (teorii reakcji społecznej). Warto także zaznaczyć, że w książce z 1938 roku Frank Tannenbaum⁵²⁵ zaproponował termin *tagging* do opisu mechanizmu etykietowania utrwalającego zachowania przestępcze. W centrum jego uwagi znajdowało się „dramatyzowanie zła”, co w jego przekonaniu, zwłaszcza w odniesieniu do bardzo młodych ludzi, tworzy ryzyko „stania się” tym, za kogo się jest uważanym przez otoczenie. Natomiast Andrzej Kojder podkreśla, że swoistym punktem wyjścia do rozważań nad naznaczaniem społecznym było stanowisko wyrażone przez prekursora symbolicznego interakcjonizmu George’a H. Meada, które można ująć w postaci prostej konstatacji: im mniej mówi się o dewiacjach,

⁵²³ A. Kojder, Co to jest teoria naznaczania społecznego?, *Studia Socjologiczne*, 3(78), 1980: 45–65; K. Krajewski, Podstawowe tezy teorii naznaczania społecznego, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, XLV(1), 1983: 225–245; A. Siemaszko, *Granice tolerancji: o teoriach zachowań dewiacyjnych*, PWN, Warszawa 1993.

⁵²⁴ E. Czykwin, *Stygmat społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

⁵²⁵ F. Tannenbaum, *Crime and community*, Ginn and Company, Boston 1938.

tym lepiej⁵²⁶. W Polsce różne koncepcje teoretyczne i badawcze, które wchodzą w skład tego kierunku, znane są pod nazwą teorii etykietowania lub naznaczania⁵²⁷.

Okres szczególnego rozwoju koncepcji określanych mianem naznaczania społecznego przypada przede wszystkim na przełom lat 50. i 60. XX wieku. To w tym czasie powstają najbardziej reprezentatywne prace z tego obszaru autorstwa Edwina Lemerta⁵²⁸ i Howarda S. Beckera⁵²⁹. Prócz nich i wspomnianego wcześniej Tannenbauma autorami najważniejszych ustaleń w obrębie tego kierunku są: John I. Kitsuse⁵³⁰ i Kai T. Erikson⁵³¹ oraz Edwin M. Schur⁵³². Mówiąc o naznaczeniu, nie sposób pominąć dorobku Ervinga Goffmana, a zwłaszcza jego książki z 1963 roku o piętnie (*stigma*), które stanowi „atrybut znacząco dyskredytujący osobę o niepożądaną odmienność”⁵³³.

W dalszej części odniosę się do jego twórczości w interesującym mnie zakresie stygmatyzowania. Biorąc pod uwagę to, że w koncepcji Goffmana w centrum zainteresowania jest tzw. nosiciel piętna i mechanizmy oraz uwarunkowania i konsekwencje procesów towarzyszących stygmatyzacji, po sposobie sformułowania mojego zamiaru można by założyć, że przyjrę się naznaczeniu i reakcji kontroli społecznej wobec osób szkodliwie pijących alkohol czy z diagnozą uzależnienia od alkoholu. Bowiem to oni są nosicielami piętna – alkoholika, osoby chorej, uzależnionej, nieradzącej sobie, dysfunkcyjnej itp. Istnieje bogata literatura naukowa prezentująca szczegółowo ten problem⁵³⁴. Nie będę jednak się przyglądać tej problematyce. Analizując zagadnienia związane ze stygmatyzowaniem, będę zmierzać do omówienia zagadnienia piętna przeniesionego, którym obarczone zostają osoby z różnych powodów pozostające w bliskich i osobistych relacjach z dyskredytowanymi.

Wracając do goffmanowskiego piętna – niezwykle sugestywnym punktem wyjścia do swoich analiz życia społecznego autor praktyki fizycznego piętnowania (zwłaszcza wypalania znaków na ciele) uczynił osoby, które z różnych powodów typowano do wykluczenia i jawnej dyskryminacji ze względu na swój status (np.

⁵²⁶ A. Kojder, Co to jest teoria...; G.H. Mead, *Umysł, osobowość, społeczeństwo*, PWN, Warszawa 1975.

⁵²⁷ A. Kojder, Co to jest teoria...; J. Pawłowska, Pojęcie dewiacji w teorii etykietowania, *Studia Socjologiczne*, 1(96), 1985: 35–63.

⁵²⁸ E. Lemert, *Human deviance, social problems and social control*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1967.

⁵²⁹ H. S. Becker, *Outsiderzy: studia z socjologii dewiacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

⁵³⁰ J. I. Kitsuse, Societal reactions to deviant behavior. Problems of theory and method, *Social Problems* 9(3), 1962: 247–256.

⁵³¹ K. T. Erikson, Notes on the Sociology of Deviance, *Social Problems*, 9, 1962: 307–314.

⁵³² E. M. Schur, *Labeling Deviant Behavior. Its Sociological Implications*, Harper and Row Publ., New York 1971; Tenże, *Labeling women deviant: Gender, stigma, and social control*, Random House, New York 1984; Tenże, Reactions to deviance: A critical assessment, *American Journal of Sociology*, 75(3), 1969: 309–322.

⁵³³ E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, GWP, Gdańsk 2005: 33.

⁵³⁴ Np. Ł. Wieczorek, Stygmatyzacja osób uzależnionych...; K. M. Keyes i in., Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States, *American Journal of Epidemiology*, 172(12), 2010: 1364–1372.

niewolnicy), „nieczysty” zawód (np. praczka) czy potępienie społeczne czynów (np. zdrajca) oraz stylu życia (np. prostytutki, żebracy, przestępcy). Odpowiednie „oznakowanie ciała” po pierwsze informowało otoczenie wprost o posiadanym statusie, a po drugie sankcjonowało praktyki jawnej dyskryminacji, a nawet szykanowania. „Nosicielom” takiego piętna przypisywana była jakaś nadzwyczajna bądź zła cecha, która powodowała specyficzne „skażenie” społeczne. Określone znaki na ciele były jak obwieszczenie, że danej osoby należy unikać. Z czasem wypalanie czy wycinanie znaków na skórze poszerzane było (bądź zastępowane) o inne formy oznaczenia (np. nakaz farbowania włosów, noszenie elementów garderoby, oznaczanie ubrań symbolami itp.). Stygmat taki był więc szczególnym znakiem ostrzegawczym informującym o zagrożeniu, jakie stwarza kontakt z daną osobą czy grupą społeczną⁵³⁵. W większości kultur fizyczne oznaczanie ludzi „skażonych” pewnymi cechami należy do przeszłości. W jego miejsce pojawiła się inna forma napiętnowania – oznakowanie społeczne⁵³⁶. Piętno zachowało wiele ze swojej pierwotnej konotacji – ludzie wciąż potrzebują wyraźnego oznaczenia kogoś z odmiennością. U podstaw takich potrzeb leży chęć pozbycia się kogoś ze swojej wspólnoty lub zepchnięcia go na jej margines. Procesom naznaczania towarzyszą określone reakcje emocjonalne – niechęć, obrzydzenie. Stygmatyzacja „żywi się” takimi zjawiskami jak: nieufność, wrogość, lęk, podejrzliwość, ostracyzm czy odrzucenie. To, co wydaje się być czynnikiem najsilniej utrwalającym procesy stygmatyzacji i utrzymującym jej pierwotne funkcje społeczne, jest strach (wobec i przed innością). I co ciekawe, strach leży po obu stronach – stygmatyzujących (dyskredytujących) i stygmatyzowanych (dyskretyzowanych). Jedni boją się inności osób z piętnem, natomiast jego nosiciele odczuwają strach przed zdekonspirowaniem (piętna)⁵³⁷ i związane jest to ze wstydem powodowanym stygmatem i wręcz obsesyjnym lękiem przed reakcjami stygmatyzującym⁵³⁸.

Dla Goffmana stygmat to hańbiąca, wstydliva odmiennosc. Dzieli stygmaty na fizyczne (będące rezultatem deficytów czy uszkodzeń ciała), plemienne (wskazujące na przynależność do jakiejś zbiorowości społecznej, także rasowej, religijnej itp.) oraz określające cechy charakteru uważane za wady rozwojowe lub będące konsekwencją dotychczasowego życia jednostki (np. nałogi, próby samobójcze, pobyt w więzieniu)⁵³⁹. Bywa także, że stygmat może przybrać postać zwielokrotnioną (osoba z kilkoma piętnami)⁵⁴⁰. Lerita M. Coleman⁵⁴¹ uważa, że najbardziej zatrważającym wnioskiem Goffmana jest to, że wszystkie ludzkie różnice są potencjalnym źródłem piętna. Gdy dana osoba wychodzi z jednego

⁵³⁵ Zob. także: E. Czykwin, *Stygmat społeczny...*

⁵³⁶ E. E. Jones i in., *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*, Freeman, New York 1984.

⁵³⁷ L. M. Coleman, *Stigma: An Enigma Demystified*, [w:] L. J. Davis (ed.), *The Disability Studies Reader*, Springer, Boston 1986: 141–152.

⁵³⁸ E. Goffman, *Selections from Stigma*, [w:] L. J. Davis (ed.), *The Disability...*: 131–140.

⁵³⁹ E. Goffman, *Piętno...*

⁵⁴⁰ G. Niziołek, *Zapomniana metafora AIDS*, *Teksty Drugie*, 2, 2018: 354–368; A. Golczyńska-Grondas, *„Wychowało nas państwo”: rzecz o tożsamości dorosłych wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych*, Nomos, Kraków 2014.

⁵⁴¹ L. M. Coleman, *Stigma...*

środowiska społecznego, w którym jego „różnica” jest stanem pożądanym, to ta sama cecha w innym kontekście staje się niepożądana, a jej „nosiciel” zaczyna odczuwać skutki piętna. Piętnem może być jakieś zachowanie, cecha fizyczna, przynależność do grupy lub moralna słabość. Stygmatem może być również grupowe piętno rasy, narodowości i wyznania, przekazywana z pokolenia na pokolenie skaza, która obejmuje wszystkich członków rodziny. W każdym razie to bardzo konkretne cechy, które stanowią usprawiedliwienie dla odmówienia osobie piętnowanej pełnego człowieczeństwa i ograniczają jej prawa do uczestnictwa w życiu społecznym. Konsekwencjami stygmatyzacji społecznej są jawne praktyki odrzucenia (izolacja fizyczna, segregacja, agresja) oraz zawoalowane (np. pod pretekstem działań charytatywnych lub troski o kogoś).

Jak podkreśla Goffman, dla „normalsów” osoba z piętnem nie jest do końca człowiekiem. Kiedy Joanna Szadura analizuje utrwalone w kulturze tradycyjnej wyobrażenia o „wrodzonym kalectwie” i przyczynach jego powstania, a więc „zastałe” społecznie sposoby myślenia o ludziach z niepełnosprawnością oraz o ich niedyspozycjach, dochodzi do następującego wniosku:

Kalectwo bezdyskusyjnie jest rodzajem anomalii. Z kulturowego punktu widzenia, jako to, co nie odpowiada pierwotnym wzorcom, nie mieści się w paradygmacie klasyfikacyjnym i jest społecznie odrzucane [...]. Anomalie są zatem niebezpieczne, niepożądane i piętnowane jako przejaw „inności”. Rodzą wątpliwości, czy kaleka jest już albo jeszcze człowiekiem, czy rodzajem animatum o nieokreślonej proveniencji – pozbawionym ludzkich uczuć i odruchów potwor(ki)em, czy może istotą demoniczną⁵⁴².

Badaczka wzmacnia swój przekaz, analizując „ludowy” stosunek do ciąży i płodu. Wielość zakazów związanych z ciążą to przecież rodzaj lęku przed sprowadzeniem na świat „kaleki”. W tych zakazach i zabobonach dotyczących brzemienności wyrażona jej zdaniem została potoczna wiedza o etiologii wrodzonego kalectwa. Kiedy czyta się ustalenia badaczki, to zdumiewa wielość oraz specyficzna szczegółowość nakazów, przepowiedni i zaklęć towarzyszących lękom urodzenia nie człowieka, a potwora. Zabraniano współżycia we wszystkie niedziele, święta i niektóre inne dni kalendarzowe. Wierzono także, że „zapatrzanie się” kobiety ciężarnej na zwierzęta czy osoby z niepełnosprawnością odbije się na zewnętrznym wyglądzie przyszłego dziecka. Potoczna „wiedza” obejmowała także określone zachowania ciężarnej, jej stosunek do własnego ciała i wiele innych.

Pogwałcenie zakazu poczęcia dziecka w czasie sakralnym, wedle wierzeń, skutkować miało narodzinami osoby niepełnosprawnej (zniekształconej, o zaburzonej kompletności, szalonej), która mogłaby zostać uznana za niebezpieczną istotę „demonomorficzną”. Natomiast takie widoczne ułomności, jak np. zajęcza/psia warga, rozszczep czy zez tłumaczono m.in. „zapatrzaniem się” przez matkę na zwierzęta i osoby kaleki, naruszeniem integralności własnego ciała i ciągłości wykonywanych czynności, czy nieodpowiednim posługiwaniem się ostrymi narzędziami. „Odebrać” dziecku zdrowie i szczęście mogło również inne nienarodzone dziecko (zasada konkurencyjności) oraz ktoś niezycliwy⁵⁴³.

⁵⁴² J. Szadura, O ludowej etiologii...: 72.

⁵⁴³ Tamże: 79.

W wypowiedziach „ludowych” prezentowanych przez Szadurę odnaleźć można było wiele metafor i bezpośrednich porównań określonych anomalii dziecka kalekiego do zwierząt, demonów, potworów. Odczucia „nie ludzkości” wzmacniane i dziś poprzez bezrefleksyjne używanie specyficznych terminów towarzyszących napiętnowaniu i niepiętnującym: kaleka, drań, kretyn. Są to zresztą wyrażenia występujące w codziennej komunikacji, pewne metafory często stosowane automatycznie i zazwyczaj bez zastanawiania się nad oryginalnym znaczeniem. Na pewno zaś sięganie po określenie np. „idiota” nie nasuwa automatycznego skojarzenia z człowiekiem w pełnym znaczeniu tego słowa.

Interesujące jest także to, że mimo napiętnowania jakiejś osoby czy grupy cel piętnujących nie zostaje osiągnięty, a proces stygmatyzowania – acz zakończony pomyślnie (nadanie piętna) – nie kończy się porażką samych nosicieli piętna. Piętno „wyobcowanego” człowieka czy grupy znajduje schronienie we własnej, silnej tożsamości i przekonaniu o swoim pięknie, mocy i pełnowartościowości. Można wręcz powiedzieć, że w oczach niepiętnujących jest to ktoś, na kim napiętnowanie nie robi wrażenia, a nawet wręcz przeciwnie. Goffman podaje przykłady: amisz, bardzo ortodoksyjni Żydzi czy „bezwstydni łajdacy”⁵⁴⁴, pisząc jednocześnie, że współcześnie coraz trudniej o podobne grupy, gdyż stygmatyzowane osoby mają tendencje do utrzymywania takich samych przekonań na temat swojej tożsamości jak stygmatyzujący.

W czym tkwi siła i co leży u podstaw działania napiętnowania? W stygmatach można przyjrzeć się danej kulturze i społeczeństwu. Stygmata są pewnymi sygnałami społecznymi, które stanowią kumulację stereotypów i dlatego są nośnikiem wiedzy, której opinia publiczna uczy się na temat danej grupy społecznej. To dlatego stereotypy uważane są za „społeczne”, ponieważ reprezentują one kolektywne uzgodnione poglądy na temat grup osób. Są „skuteczne”, ponieważ generują szybkie wrażenia, pozwalają na odczytanie intencji i oczekiwań „nosicieli” piętna. Przykładowo na powszechne stereotypy na temat osób z chorobą psychiczną składają się trzy elementy: przemoc (osoby z chorobami psychicznymi są niebezpieczne), niekompetencje (są niezdolne do niezależnego życia lub prawdziwej pracy) oraz wina (z powodu słabego charakteru, są odpowiedzialne za początek i rozwój ich zaburzeń)⁵⁴⁵. Podobne społeczne definiowanie osób, które mają etykietę chorych psychicznie, zawiera wszystkie „informacje”, które usprawiedliwiają zachowawczy lęk oraz działania na rzecz ochrony swojego bezpieczeństwa przed kimś, kto „sam jest sobie winien” swojej sytuacji.

Stygmatyzacja dlatego jest trudnym pojęciem do jednoznacznego zdefiniowania, gdyż dotyczy własności, deklaracji, gotowości do zachowań i ludzkiego afektu. Odnosi się do procesu, ale i stanu. Piętnowanie to zestaw osobistych i społecznych konstrukcji oraz zbiór relacji społecznych. Zjawisko stygmatyzowania należy także analizować przez pryzmat władzy i przewagi – w dużej mierze bowiem stygmata odzwierciedlają sposoby wartościowania i osądy grupy

⁵⁴⁴ E. Goffman, *Selections from Stigma...*: 133.

⁵⁴⁵ P. Corrigan, How stigma interferes with mental health care, *American Psychologist*, 59(7), 2004: 614–621.

dominującej. Te wszystkie elementy widać w wymiarach, które oddają złożoność stygmatyzacji jako procesu i zjawiska⁵⁴⁶.

Pierwszym takim wymiarem jest widoczność danej cechy (tej, która zwraca uwagę, „rzuca się w oczy”). Następnie są to zmiany atrybutu w czasie, a zwłaszcza ich coraz większa widoczność. Kolejno jest to destrukcyjność, czyli wpływ danej cechy na zakłócenie płynności relacji interpersonalnych. Estetyzacja natomiast odnosi się do subiektywnych reakcji i odczuć co do wyrazistości danej cechy. Innym wymiarem jest pochodzenie piętna, a właściwie nadawanie mu wymiaru osobistej odpowiedzialności za jego wykreowanie. Ostatnim wymiarem stygmatyzacji jest szacowanie niebezpieczeństwa, jakie w opinii otoczenia może stwarzać dana cecha.

Rozważania dotyczące procesów stygmatyzacji dają się bezpośrednio wiązać z opisywanymi wcześniej zagadnieniami medykalizacji. Jest to bowiem bardzo szerokie pole analiz związanych z pozyskiwaniem (lub nadawaniem sobie) etykiet przez osoby, które zostały odpowiednio „zdiagnozowane”, czyli spełniają kryteria oceny zawarte w różnych dokumentach medycznych i stają się pacjentami instytucji oferujących leczenie i terapię. Nowakowski podkreśla zresztą, że socjologiczne koncepcje stygmatyzacji odegrały ważną rolę w rozwoju antypsychiatrii. Podaje jako przykład książkę Thomasa Scheffa z połowy lat 60., w której znaleźć można wyjaśnienia mechanizmu powstawania i utrwalania się chorób psychicznych w kontekście reakcji społecznej na „zagrożające” porządkowi społecznemu lub ich zignorowaniu⁵⁴⁷. W ujęciu Scheffa najważniejszą przyczyną kariery dewiacyjnej jest dewiacyjne naznaczenie⁵⁴⁸, natomiast niebagatelną funkcję w tym procesie mają psychiatrzy, którzy za sprawą swojego autorytetu silnie wpływają na postrzeganie choroby przez zarówno samego pacjenta, jak i jego rodzinę, a diagnoza psychiatryczna działa na zasadzie samospełniającego się proroctwa. Ważnym elementem tego procesu jest upublicznienie piętna, co powoduje nieodwracalne skutki z punktu widzenia powrotu do „normalności”. Kojder pisze o poglądach Scheffa następująco:

[...] każdy człowiek od czasu do czasu zachowuje się, z różnych powodów, niezgodnie z normami społecznymi, lecz zazwyczaj do tych drobnych odchyłeń od konwencjonalnych form zachowania nie przywiązuje się większego znaczenia w trakcie interakcji z innymi ludźmi. Dopiero gdy dewiacyjne zachowanie jednostki staje się sprawą publiczną, wydatnie zwiększa się prawdopodobieństwo, że zostanie ono utrwalone [...]. Ci, którzy zostali negatywnie naznaczeni z powodu swego dewiacyjnego zachowania, bywają nagradzani za odtwarzanie stereotypowych ról dewiacyjnych, a karani za to, że próbują powrócić do pełnienia ról konwencjonalnych. Publiczne naznaczenie czyni z dewianta osobę łatwo poddającą się sugestii otoczenia, skłonną do akceptacji przypisywanego mu statusu. Dewiacyjne naznaczenie jest więc [...] najważniejszą przyczyną kariery dewiacyjnej⁵⁴⁹.

Ustalenia Scheffa dotyczące „aktywnej” roli psychiatrów w rozruchu procesów stygmatyzacji znajdują swoje potwierdzenie także i we współczesnych

⁵⁴⁶ E. E. Jones i in., *Social Stigma...*

⁵⁴⁷ M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...*

⁵⁴⁸ A. Kojder, *Co to jest teoria...*

⁵⁴⁹ Tamże: 56–57.

doniesieniach naukowych. Przekraczając progi instytucji „pomocowych”, bardzo łatwo można pozyskać etykietę stwarzającą ryzyko uruchomienia stygmatyzacji. Kiedy Patrick Corrigan⁵⁵⁰ analizuje przyczyny tego, że mniej niż 30% osób, które cierpią z powodu zaburzeń psychicznych, korzysta z pomocy psychiatrycznej, stwierdza, że jedną z nich (a może nawet najważniejszą) jest unikanie doświadczania publicznej etykiety swojej choroby, która uruchomi procesy stygmatyzacyjne. W interesującym go wycinku życia społecznego dostrzega dwa sposoby pozytywności takich etykiet. Pierwszy lokuje w wadliwym przepływie informacji między przedstawicielami będącymi reprezentantami służb społecznych, a drugi w „byciu zauważonym” podczas opuszczania instytucji świadczącej pomoc i leczenie osób z zaburzeniami. Lęk przed stygmatem powoduje więc, że ludzie zużywają wiele energii i czasu na ukrywanie swoich „przypadłości”⁵⁵¹ i unikają profesjonalnej pomocy⁵⁵². Nawet jeśli współcześni badacze nie do końca podzielają poglądy Scheffa o beżpośredniej relacji między chorobą a naznaczeniem, to nie podają w wątpliwość tego, że niekorzystna sytuacja społeczna takich osób jest konsekwencją procesów stygmatyzacji. Dzieje się tak dlatego, że osoby z diagnozą zaburzenia psychicznego antycypują reakcje otoczenia. Podejmują wiele wysiłków radzenia sobie z ryzykiem oznaczenia stygmatem. Utrzymują swój problem w tajemnicy i unikają wszelkich sytuacji, które w jakikolwiek sposób stwarzają ryzyko ujawnienia choroby. W konsekwencji nie budują kapitału społecznego, a nawet tracą dotychczas zdobyty. W ten sposób dochodzi do rzeczywistej izolacji społecznej osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego⁵⁵³. Podobnie jest z osobami z problemowym pićm alkoholu. Wkładają wiele energii, by ukryć swój nałóg, by nie zostać naznaczonym stygmatem alkoholika czy pijaka/-czki (badania pokazują, że sygnalizowany problem dotyczy przede wszystkim kobiet). Klingemann nazywa takie zachowania ukrywaniem uzależnienia poprzez „zabawę w chowanego” z otoczeniem⁵⁵⁴. Uświadomienie sobie problemu nie zawsze prowadzi bowiem do upublicznienia faktu akceptacji statusu alkoholika. W niektórych przypadkach badane przez nią osoby próbowały nadać swojemu uzależnieniu charakter dewiacji ukrytej. Dewiacja ukryta (potencjalna) to taka, gdy osoba co prawda łamie reguły, lecz jej zachowanie nie jest postrzegane jako dewiacyjne, ponieważ (i dopóki) nie została ona wykryta i określona przez otoczenie jako dewiacyjna⁵⁵⁵. Stawka jest więc wysoka i dlatego osoby problemowo pijące podejmują często z otoczeniem działania zmierzające do ukrycia problemów z alkoholem, które przybierają formę niezwykle wyrafinowanej gry.

Można uznać, że inwestowanie energii w ukrywanie swojego nałogu czy zaburzeń psychicznych to starania na rzecz zapobiegania temu, aby status osoby uzależnionej/chorej psychicznie stał się statusem głównym. Niestety lęk przed „odkryciem kart” bywa uzasadniony, jeśli weźmie się pod uwagę doświadczenia

⁵⁵⁰ P. Corrigan, How stigma interferes...

⁵⁵¹ E. E. Jones i in., Social Stigma...

⁵⁵² P. Corrigan, How stigma interferes...

⁵⁵³ B. G. Link i in., A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment, *American Sociological Review*, 1, 1989: 400–423.

⁵⁵⁴ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*: 86–87.

⁵⁵⁵ H. S. Becker, *Outsiderzy...*

osób z zaburzeniami psychicznymi⁵⁵⁶ lub wyniki różnych badań dotyczących zjawiska. Przykładowo osoby z depresją, schizofrenią czy uzależnieniem wywołują bardzo negatywne reakcje nawet u studentów medycyny. Problem jest na tyle widoczny, że w programach kształcenia studentów medycyny/lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia umieszczane są rozmaite formy zajęć, których zadaniem jest wpływanie na postawy w tym zakresie wobec⁵⁵⁷.

Ośrodki leczenia psychiatrycznego stanowią szczególnie przedmiot krytyki ze strony naukowców kwestionujących ich terapeutyczny i pomocniczy charakter poprzez ukazanie ogromnego ciężaru znaczeń, jaki posiadają dla uruchamiania, wzmacniania i podtrzymywania procesów stygmatyzacji. Są miejscem ubezwłasnowolnienia i infantylizowania dorosłych ludzi (np. poprzez zmuszanie do udziału w różnych formach zajęć oraz uzależnianie oceny zdrowia od poziomu akceptacji narzucanych siłą zajęć, bagatelizowanie czy protekcyjne traktowanie zgłaszanych potrzeb itp.⁵⁵⁸). Mówi się nawet wprost o organizacji oddziaływań leczenia w szpitalu psychiatrycznym jako specyficznym „praniu mózgu” jednostkom, które z jakiegoś powodu nie zyskują akceptacji w swojej grupie społecznej oraz dyscyplinowaniu „niesfornych” czy izolacji osób uciążliwych⁵⁵⁹. Bywa jednak, że stygmat osoby z zaburzeniem psychicznym wydaje się „atrakcyjniejszy” niż piętno przestępcy, a szpitalne leczenie i terapia definiowana jest jako łagodniejsza odmiana penitencjarnej resocjalizacji⁵⁶⁰. To dlatego niektórzy przestępcy „godzą się” na etykietę osoby chorej psychicznie. Częściej jednak etykieta „kryminalisty” – z całym bagażem konsekwencji, jakie z sobą niesie – wydaje się lepsza niż „osoby chorej psychicznie” – właśnie ze względu na ciężar społeczny tych etykiet. Dlatego też negocjują z narzucaną im rolą osoby z zaburzeniami psychicznymi i kwestionują ją nawet wówczas, gdy jej akceptacja oznaczać mogłaby lepsze warunki odbywania kary pozbawienia wolności⁵⁶¹.

To ostatnie spostrzeżenie wiąże się z próbami analizowania zjawiska medykalizacji przez pryzmat dobroczynnych skutków działania jego mechanizmów na rzecz procesów stygmatyzacji destygmatyzacji⁵⁶². Zamiast podlegać moralnemu potępieniu czy sankcjom karnym osoby „źle zachowujące się” poddawane są zainteresowaniu w kręgu medycyny. Innymi słowy to, co kiedyś było karane (np. kradzież) lub podlegało praktykom dyscyplinującym (np. lenistwo), współcześnie, zyskując inną etykietę (np. prokrastynacja), podlega nie karaniu i resocjalizacji,

⁵⁵⁶ Np. A. N. Cechnicki, A. N. Bielańska, J. O. Franczyk, Piętno choroby psychicznej: antycypacja i doświadczenie, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(2), 2007: 113–121.

⁵⁵⁷ J. Suwalska i in., Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów, *Psychiatria Polska*, 51(3), 2017: 495–502.

⁵⁵⁸ D. L. Rosenhan, On being sane in insane places, *Science*, 179(4070), 1973: 250–258.

⁵⁵⁹ Np. M. Morzycka-Markowska, Antypsychiatria brytyjska 1960–1970, *Medycyna Nowożytna*, 2, 2018: 37–81; K. Banicki, Między medycyną a humanistyką: filozoficzne zmagania z pojęciem zaburzenia psychicznego, *Ethos*, 2(110), 2015: 91–108.

⁵⁶⁰ W kulturze masowej najbardziej znaną „ilustracją” tego stwierdzenia jest radość bohatera *Lotu nad kukułczym gniazdem* z powodu uniknięcia zakładu karnego poprzez umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym.

⁵⁶¹ R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą...*

⁵⁶² M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...*

ale leczeniu lub terapii. Bywa, że pewne zjawiska, które jeszcze do niedawna były charakteryzowane przez pryzmat „nieradzenia sobie” w negatywnym znaczeniu tego wyrażenia, zyskały najpierw uwagę tzw. praktyków – terapeutów, a następnie status jednostki diagnostycznej, czasem nawet nacechowanej specyficzną modą⁵⁶³. Naukowcy krytycznie oceniają podobne tendencje. Zdaniem niektórych przekonanie, że medykalizacja to proces prowadzący do racjonalnych zachowań dewiacyjnych i że odgrywa znaczącą rolę w przebiegu destygmatyzacji osób, które z powodu zaburzeń były oceniane jako dewiacyjne (w sensie społecznym) jest złudzeniem. Nowakowski analizuje stanowiska krytyczne i przytacza argumenty o rzeczywistych funkcjach „leczenia” zachowań dewiacyjnych, gdzie jedynie zmienione są formy ukarania – fizyczne skrępowanie i odwetowe wyrządzenie bólu zastąpione zostaje ubezpiekowaniem uzasadnionym procedurami medycznymi:

[...] mimo iż przestępstwa zagrożone karą śmierci są coraz rzadsze, chłosta, tortury, a także łańcuchy i inne narzędzia służące fizycznemu skrępowaniu niemal całkowicie zniknęły, nasza zdolność i chęć wyrządzania innym bólu wydaje się być wciąż na podobnym poziomie [...]. Jeśli z powodu „choroby” i konieczności jej leczenia jednostka jest izolowana od innych, zamknięta do czasu wyleczenia, zmuszana do przejścia pewnych inwazyjnych zabiegów medycznych, pozbawiana możliwości współżycia seksualnego i rozmnażania się, to trudno jej nie postrzegać tych procedur w kategoriach kary [...]. Zdjęcie łańcuchów i pasów z chorych psychicznie pacjentów należy przyjąć z satysfakcją, ale [...] czy te zmiany nie osłabiły naszej czujności, czy nie zbyt długo brakuje namysłu, czym owe łańcuchy zostały zastąpione⁵⁶⁴.

W pewnym zakresie zawarte w cytacie wątpliwości potwierdzają wyniki badań biograficznych z udziałem wielokrotnych przestępców – użytkowników właściwie wszystkich instytucji tworzących system zapobiegania problemom dewiacji społecznych i indywidualnych i ich konsekwencjom. Kiedy analizowałam ich specyficzne doświadczenia instytucjonalne⁵⁶⁵, dostrzegłam, że w wielu biografiach miały miejsce „sprzężone” kariery recydywisty/alkoholika/narkomana/osoby z zaburzeniami psychicznymi itp. Recydywiści upatrywali korzyści w lokowaniu się w grupie osób podlegających innemu rodzajowi perspektywie wartościującej ich niepożądaną społecznie aktywność (np. bycia agresywnym pacjentem pod wpływem narkotyków czy osobą nieporadną życiowo z powodu niepełnosprawności intelektualnej). Co prawda inny typ „karierowicza” był równie silnie jak „kryminalisty” stygmatyzowany i doświadczał równie znaczących ograniczeń, ale też posiadał inny status i przywileje społeczne. Oczywiście kariery te zązębiały się i wymieniały, tj. w różnych okresach życia recydywista realizował je naprzemiennie, a w zależności od instytucji, w której przebywał (szpital psychiatryczny, zakład karny, Monar, Markot itp.), jedna z nich wypierała drugą lub była dominująca. Pogłębiona analiza dostrzeżonych przeze mnie doświadczeń biograficznych osób powracających do przestępczości pozwoliła nazwać takie zamiany statusu z kryminalisty

⁵⁶³ K. Markiewicz, Prokrastynacja i prokrastynatorzy. Definicja, etiologia, epidemiologia i terapia, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 31(3), 2018: 195–213.

⁵⁶⁴ M. Nowakowski, Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...: 62.

⁵⁶⁵ R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą...*

na osobę z zaburzeniem psychicznym mianem „planowanej kolaboracji”. Recydywiści podejmowali działania na rzecz pozyskania etykiety osoby chorej/uzależnionej lub poddawali się procesom diagnozy na rzecz takich zaburzeń, co było nastawione na osiągnięcie celu (wybór „lepszego zła”), jakim było uniknięcie więzienia. Wejście na drogę przebiegającą równoległym, acz innym torem kariery instytucjonalnej było rezultatem dokonywanego bilansu „zysków i strat”. Selekcyjny i eliminujący charakter kariery instytucjonalnej zostaje co prawda niezmieniony (piętno osoby zasługującej na izolację pozostaje), ale inne jest źródło segregacji (nie demoralizacja wymagająca ukarania, tylko choroba i potrzeba leczenia oraz terapii). Wracając wątpliwości, które przytacza Nowakowski w powyższym cytacie – okazywało się, że oczekiwania recydywistów nie spełniały się i „lepsze zło” okazywało się być jedynie „innym złem”. Rekonstruowali „niejasne zasady” instytucji zajmujących się leczeniem uzależnień czy zaburzeń psychicznych – niekreślony czas „trwania sankcji”, presję aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia i „rozliczania” z aktywności itp.

Nowakowski⁵⁶⁶ przytacza także bardzo istotne z punktu widzenia rozważań podjętych w tej części pracy stanowisko Zoli⁵⁶⁷ kwestionującego poglądy, w myśl których ekspansji medycznego sposobu definiowania problemów społecznych przypisywany jest pozytywny efekt w postaci zdjęcia z jednostki moralnej odpowiedzialności za swoją chorobę. O ile bowiem osoby chore nie są już potępiane, o tyle choroby wciąż takimi są i dlatego można co najwyżej stwierdzić, że medykalizacja powoduje jedynie przesunięcie pewnego ciężaru moralnej odpowiedzialności człowieka – ale jej nie zdejmuje. I tak nawet jeśli osoba nie jest bezpośrednio potępiana z powodu choroby, z jaką się boryka, to jej „niemoralność” przejawiać się może na przykład w nieodpowiednim sposobie zachowania podczas emisji choroby. Kto bowiem nie zna bardzo silnie zakorzenionych w świadomości społecznej stwierżeń: „nie da się nikogo wyleczyć na siłę” oraz „ma nawrót choroby (psychicznej), ponieważ nie brał(a) leków”? Nawrót choroby czy brak postępów w jej pokonywaniu w pierwszym odruchu analizowany jest przez pryzmat zaniedbań pacjenta czy zbyt późnego szukania pomocy (diagnozy).

Ponadto warte uwagi jest to, że zdefiniowanie zachowania czy stanu danej osoby za pomocą medycznych kryteriów diagnostycznych nie powoduje automatycznego wyeliminowania pierwiastka moralnego. Widać to zwłaszcza w sposobach opisywania procesów radzenia sobie z niekorzystną diagnozą lekarską, gdzie nieodłączne staje się pytanie: „dlaczego ja?”, które szybko zmienia się w hipotezy dotyczące własnych zaniedbań, nieostrożności, niefrasobliwego stylu życia, zbyt późnego pójścia do lekarza itp. Treść tych hipotez ma już przecież ewidentnie moralny charakter⁵⁶⁸.

W latach 50. minionego wieku Elvin M. Jellinek wprowadził do dyskursu naukowego kategorię nałogu alkoholowego jako choroby. Stanowisko takie zostało szybko przyswojone przez środowiska profesjonalistów oraz grupy społeczne skupiające osoby pijące szkodliwie alkohol. Przyjęcie medycznego (naukowo

⁵⁶⁶ M. Nowakowski, Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...

⁵⁶⁷ I. K. Zola, *Medicine as an institution*...

⁵⁶⁸ M. Nowakowski, Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach...

uzasadnionego) sposobu wyjaśniania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu przyniosło wiele korzyści:

Chorobowy model rozumienia uzależnienia, w przeciwieństwie do moralnego, nie przypisuje jednostce odpowiedzialności za powstawanie problemu (zaburzenia), jak również za jego rozwiązanie, lecz stara się wskazywać na obiektywne, niezależne od podmiotu czynniki. [...] Wskazanie [...], że krytycznym symptomem tego zaburzenia jest „utrata kontroli” nad pićm, będąca wynikiem patologicznych procesów biologicznych wynikających z długotrwałej intoksykacji alkoholowej, pozwalało zrozumieć, że mamy do czynienia z poważnymi procesami chorobowymi, a nie brakiem siły woli czy złym charakterem, jak zakładał moralny punkt widzenia⁵⁶⁹.

Jeśli chodzi jednak o uzależnienie od alkoholu, ma ono tak silne konotacje z patologią społeczną, marginesem społecznym, brudem i słabym charakterem⁵⁷⁰, że ujmowanie go w kategoriach choroby (innej niż społeczna) nie jest łatwe. Zresztą nie tylko dla tzw. laików. Również w środowisku naukowym i eksperckim alkoholizm jako choroba nie ma jednoznacznego statusu⁵⁷¹. Środowisko dzieli się na tych, którzy trwają przy ortodoksyjnych poglądach na chorobę alkoholową, i takich, którzy prezentują argumenty na rzecz zerwania z traktowaniem alkoholizmu jako choroby⁵⁷². W Polsce relatywnie rzadko, ale nie w ogóle – pojawiają się artykuły naukowe, w których dostarczane są argumenty na rzecz możliwości nadania innej optyki rozpatrywania problemu niż medyczna. Przykładem są chociażby wspomniane przeze mnie wcześniej rozważania dotyczące warunków sprzyjających samodzielnemu pokonaniu uzależnienia⁵⁷³.

Jak zauważa Klingemann⁵⁷⁴, umedycznienie uzależnienia od alkoholu (koncepcja alkoholizmu jako choroby) miało za zadanie wyprzeć model moralny, który odnosił się do słabości charakteru. Wbrew oczekiwaniom jednak, obydwie te koncepcje zintegrowały się w model „moralno-medyczny”.

Model medyczny uznawano za bardziej humanitarny od modelu moralnego — koncepcja ta miała być alternatywą dla tradycyjnej moralności kościoła, wykazywała też nieadekwatność sankcji karnych w przypadku osób uzależnionych. Jednak model medyczny zamiast wyprzeć model moralny uzupełnił go o nowe elementy — takie jak chroniczność uzależnienia, instytucja przymusowego leczenia i etykieta „psychicznie chorego”⁵⁷⁵.

Badaczka przywołuje poglądy różnych naukowców i konstatuje, że co prawda w percepcji społecznej alkoholizm jest chorobą, to jednak jednostki uzależnione ponoszą odpowiedzialność za stan, w jakim się znalazły. Różne modele uzależnienia koegzystują ze sobą. Jako przykład podaje traktowanie uzależnienia raczej

⁵⁶⁹ J. Żulewska-Sak, K. Dąbrowska, Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne...

⁵⁷⁰ Tamże.

⁵⁷¹ Np. R. Poprawa, Alkoholizm jako choroba, w pół wieku po Jellinku, [w:] K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików...*: 142–159.

⁵⁷² Tamże.

⁵⁷³ J. Żulewska-Sak, K. Dąbrowska, Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne...

⁵⁷⁴ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*

⁵⁷⁵ Tamże: 22.

jako symptomu pewnych zaburzeń osobowościowych, a nie niezależnej choroby (model psychologiczny) czy definiowanie go jako złożonej kombinacji działania fizjologicznego alkoholu i interpretacji w zależności od warunków kulturowo-społecznych (model socjologiczny). Kiedy jednak wraz z Dąbrowską analizuje czynniki niekorzystnie wpływające na proces samodzielnego zrywania z nałogiem, na pierwszy plan wysuwa się głęboko zakotwiczony w świadomości społecznej obraz alkoholizmu jako choroby nieuleczalnej:

Wydaje się, że stygmatyzacja osób uzależnionych jest trwała, a przekonanie „raz uzależniony, zawsze uzależniony” ciągle obecne w rzeczywistości społecznej i nawet wzmacniane przez niektóre grupy profesjonalistów. Jeśli brakuje doświadczenia osobistego i wiedzy naukowej, uprzedzenia i stereotypy zaczynają mieć decydujący wpływ na wyrażane opinie⁵⁷⁶.

Co więcej choroby, którą jedynie można leczyć w specjalistycznych instytucjach:

Tymczasem przekaz społeczny często dotyczy tego, jak poważną, skomplikowaną i trudną chorobą jest uzależnienie, rzadko pokazuje się osoby, które poradziły sobie z tym problemem – I człowiek taki nigdy nie słyszy: „możesz sam rzucić nałóg”, tylko słyszy: „zgłoś się do specjalisty, czeka na Ciebie poradnia”⁵⁷⁷.

Przekonanie takie przekłada się na istniejący system pomocy i wsparcia osób z problemem uzależnienia i zamyka drogę rozwoju alternatywnym w stosunku do medycznych i psychologicznych form pracy z osobami pijącymi szkodliwie. Stanowisko to sygnalizowałam w poprzednim podrozdziale.

Medyczny model uzależnienia od alkoholu stał się podstawą polskiego systemu leczenia. Ujmowanie nałogowego picia alkoholu w kategoriach choroby (progresywnej, nieuleczalnej) jest silnie podtrzymywane między innymi przez ruch Anonimowych Alkoholików. Uwagę zwraca się jednak na to, że taki kliniczny obraz uzależnienia wydaje się

retrospektywną iluzją stworzoną przez takie czynniki jak zaawansowanie uzależnienia (do leczenia najczęściej zgłaszają się ludzie w najtrudniejszym dla nich momencie, w krytycznej fazie ich cyklu alkoholowego) oraz zjawisko „obrotowych drzwi”⁵⁷⁸ leczenia⁵⁷⁹.

Można więc mówić o stygmacie osoby, która jest zniewolona przez nałóg do końca życia. Stygmat ten podtrzymywany jest wprost w znanym wszystkim zwrocie AA: „jestem trzeźwym alkoholikiem”.

⁵⁷⁶ J. Żulewska-Sak, K. Dąbrowska, Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne...: 74.

⁵⁷⁷ Tamże: 65.

⁵⁷⁸ Metafora „drzwi obrotowych” (*revolving door*) używana jest w piśmiennictwie anglojęzycznym do oznaczenia problemów np. recydywy więziennej czy powrotności pacjentów z zaburzeniami psychicznymi do szpitali. Np. I. Shaw, Doctors, „dirty work” patients, and „revolving doors”, *Qualitative Health Research*, 14(8), 2004: 1032–1045.

⁵⁷⁹ J. I. Klingemann, Iluzja polityki społecznej opartej na dowodach naukowych. Przykład zjawiska uzależnienia od alkoholu, *Normy, Dewiacje i Kontrola Społeczna*, 14, 2013: 146.

Z punktu widzenia problematyki stygmatyzacji i balansowania „alkoholika” gdzieś w przestrzeni między definicją zdrowia, choroby oraz dewiacji społecznej ciekawa jest uwaga amerykańskiego socjologa medycyny Eliota Freidsona przytoczona przez Żulewską-Sak i Dąbrowską⁵⁸⁰, że osoby uzależnione traktowane są jako chore, jednak jest to szczególny rodzaj „chorowania”, który można nazwać: „nieprawomocną rolą chorego”. Oznacza to, że co prawda w społeczeństwie panuje przekonanie, że jeżeli ktoś jest chory – powinien otrzymać pomoc profesjonalną, ale z pewnymi wyjątkami. Skoro ponosi odpowiedzialność za swój stan, otoczenie karze tę osobę, utrudniając jej dostęp do pomocy na przykład poprzez odebranie rozmaitych praw i przywilejów. Prawdliwość ta obserwowana jest przez samych psychiatrów w swoim środowisku pracy. Przykładowo Staniaszek dzieli się następującym spostrzeżeniem:

Z drugiej strony postawy wobec alkoholików demonstrowane przez wielu lekarzy i innych pracowników służby zdrowia) również wpływają na to, jak obowiązujące normy i zasady są wypełniane. Okazuje się, że częste są przejawy nieżyczliwości, nietolerancji, a niekiedy niechętnego wręcz wrogięgo stosunku wobec pacjentów-alkoholików. Nierzadko są oni traktowani jak pacjenci drugiej kategorii, są lekceważeni, gorzej obsługiwani itp. Wielu pracowników służby zdrowia dzieli bowiem (nieoficjalnie oczywiście) pacjentów na 2 grupy: – „prawdziwych” chorych, których choroba jest niezależna od ich (pacjentów) postępowania, oraz na „winnych” spowodowania swojej choroby. Czasami zdarza się, że lekarze uważając, iż pacjenci-alkoholicy przyczynili się do powstania swojej choroby (obrażeń) próbują, w swoisty sposób, wymierzyć im sprawiedliwość (np. nie wykonując znieczulenia, skracając hospitalizację itp.)⁵⁸¹.

W pewnym sensie potwierdzenie tej sytuacji znaleźć można także w ustaleniach Łukasza Wieczorka dotyczących lokowania miejsc świadczących profesjonalne usługi osobom uzależnionym na samym dnie hierarchii usług medycznych. Instytucje takie są niedofinansowane i często mają słabe wyposażenie. Ilustrację tej sytuacji można znaleźć zwłaszcza w niezwykle sugestywnym fragmencie wypowiedzi jednego z badanych przez Wieczorka terapeutów uzależnień:

Dlaczego zwykła poradnia stomatologiczna ma być bardziej istotna w wyglądzie niż poradnia odwykowa? [...]. Łatwiej jest mi posiedzieć z bólem zęba w obskurnej przychodni, niż przyjść z poszarpanym uczuciem zażenowania, zawstyżenia, przygniecioną do ziemi tam, gdzie jest posadzka sprzed trzydziestu lat z wypadającymi płytkami⁵⁸².

W dalszej części rozważań odniosę się do zapowiadanej problematyki tzw. stygmatyzacji przeniesionej⁵⁸³. Zagadnienie to zaznacza się zwłaszcza na gruncie piśmiennictwa poświęconego rodzinom osób z zaburzeniami psychicznymi czy niepełnosprawnością i dlatego w dużej mierze z tego rodzaju opracowań naukowych będę czerpać wiedzę o zjawisku.

Stygmat przeniesiony/piętno udzielone (*courtesy stigma*) analizowane jest w kontekście rozszerzania stygmatu osoby bezpośrednio nim dotkniętej na

⁵⁸⁰ Tamże: 74.

⁵⁸¹ M. Staniaszek, Aktualny model leczenia...: 69.

⁵⁸² Ł. Wieczorek, Stygmatyzacja osób uzależnionych...: 114.

⁵⁸³ E. Goffman, *Piętno*...

środowisko z nią związane. Stanisława Byra i Monika Parchomiuk⁵⁸⁴ piszą, że termin *courtesy stigma* bywa zwykle stosowany do opisu sytuacji postrzegania sytuacji osoby związanej z nosicielem określonego stygmatu (bądź też wobec specyficznej grupy, do której się przynależy z tej racji). Można ująć to następująco: bliscy nosiciela piętna (np. osoby z diagnozą zaburzenia psychicznego) stają się ofiarą jej stygmatu⁵⁸⁵.

Badania piętna przeniesionego opisują je za pomocą następujących wskaźników: percepcji negatywnych reakcji ze strony otoczenia, takich jak wrogość, wścibstwo, znieważanie, brak zainteresowania, a także poczucie wstydu, zmieszania i „skażenia” oraz bycia obwinianym za zaburzenia członka rodziny. Zwykle analizuje się stygmatyzację przeniesioną przez pryzmat stygmatyzacji postrzeganej (*enacted stigma*) i odczuwanej (*felt stigma*), a także samonapiętnowania (*self-stigma*)⁵⁸⁶.

Pierwszy „mierzony” jest za pomocą unikania otoczenia, odczuwania i doświadczenia nieprzyjaznych spojrzeń, niegrzecznych komentarzy. Piętno odczuwane natomiast „odpowiada” za wstyd z powodu borykania się z daną chorobą/niepełnosprawnością/odmiennością i obsesyjnym lękiem przed reakcjami stygmatyzującymi. Badacze podkreślają, że ten rodzaj piętna (*felt stigma*) jest gorszy w swoich psychicznych i emocjonalnych konsekwencjach niż piętno postrzegane (*enacted stigma*), ponieważ wywołuje przewlekłe odczucie bycia udręczonym i nieszczęśliwym⁵⁸⁷. Piętno odczuwane może również „zadziałać” zgodnie z mechanizmami samospełniającej się przepowiedni, ponieważ strach i wstyd z powodu odmienności skłaniają ludzi do skrzyżnego ukrywania jej przed innymi. To powoduje, że dyskryminacja jest permanentnie oczekiwana dlatego, że nigdy nie została sprawdzona.

Czy odrzucenie i potępienie rzeczywiście będzie miało miejsce w sytuacji ujawnienia odmienności? Nosiciele piętna odczuwanego nigdy się tego nie dowiedzą, dopóki nie upubliczniają swojej odmienności. Nie upubliczniają jej natomiast, ponieważ bardzo się boją potępienia i odrzucenia. Mechanizm błędnego koła się zamyka. Dodam, że określenie stygmatu postrzeganego (*enacted stigma*) bywa zamiennie stosowane samostygmatyzacją (*self-stigma*). Zakres postrzegania swojej stygmatyzacji wydaje się zbieżny z poziomem odczuć, które można uznać za wskaźniki stygmatu odczuwanego – mowa o poczuciu winy i wstydu⁵⁸⁸.

⁵⁸⁴ S. Byra, M. Parchomiuk, Stygmatyzacja przeniesiona. Część 1. Perspektywa rodziców dzieci z niepełnosprawnością i chorobą, *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 15, 2014: 29–48.

⁵⁸⁵ M. Podogrodzka-Niell, M. Tyszkowska, Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym, *Psychiatria Polska*, 48(6), 2014: 1201–1211.

⁵⁸⁶ M. Parchomiuk, S. Byra, Struktura stygmatyzacji przeniesionej u współmałżonków osób z niepełnosprawnością ruchową, *Studia nad Rodziną*, 36, 2015: 193–210.

⁵⁸⁷ A. Jacoby, J. K. Austin, Social stigma for adults and children with epilepsy, *Epilepsia*, 48, 2007: 6–9.

⁵⁸⁸ P. W. Corrigan, A. C. Watson, L. Barr, The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 2006: 875–884.

Rozpatrując rodzaje stygmatyzacji przeniesionej (*courtesy stigma*), czyli stygmatyzacji kogoś z powodu jej wiązania z nosicielem określonego stygmatu (bądź też wobec specyficznej grupy, do której się przynależy z tej racji), mówi się także o piętnie przynależności (*affiliate stigma*), które jest efektem uwewnętrznienia, przepracowania pewnych doświadczeń związanych ze stygmatyzacją. W procesy odpowiedzialne za ten stygmat wpisuje się pozyskiwanie świadomości społecznych stereotypów na swój temat (na temat grupy, do której się należy z tytułu określonego powiązania z nosicielem piętna) oraz uznanie ich za słuszne (tj. adekwatne w stosunku do siebie). Czynnikiem wzmacniającym ten rodzaj stygmatu jest poczucie winy i odpowiedzialności za sytuację osoby z piętnem oraz obciążenie stresem w związku z niemożnością uchronienia tego nosiciela piętna przed przejawami i skutkami stygmatyzacji (szczególnie dyskryminacji w różnych obszarach życia), a także poczucie bezradności.

Problemy stygmatyzacji przeniesionej rozpatrywane są także przez pryzmat doświadczeń członków rodziny osoby z zaburzeniami psychicznymi ze specjalistami. Kiedy Monika Parchomiuk⁵⁸⁹ analizuje wyniki badań w tym zakresie, wskazuje na następujące ustalenia: doradzanie potrzeby ukrywania choroby, odrzucenie, obwinianie czy nawet znieważanie. Krewni sygnalizują brak zainteresowania specjalistów problemami i wykluczanie członków rodziny z relacji profesjonalnej z pacjentem oraz odmawianie im kompetencji środowiska wsparcia. Dodatkowe problemy tkwią w nadmiernej biurokracji procedur oraz braku wsparcia kryzysowego i ograniczonego dostępu do grup samopomocowych.

Wrażenie bycia obwinianym jest jednym ze znaczących aspektów stygmatyzacji przeniesionej, mimo że pozostaje ono na poziomie wyobrażeń, antycypacji reakcji otoczenia. Badania sugerują, że aż jedna czwarta członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi obawia się takiego obwiniania za problemy swoich krewnych⁵⁹⁰.

Magdalena Podogrodzka-Niell i Magdalena Tyszkowska⁵⁹¹ dokonują przeglądu badań dotyczących problemów, jakich doświadczają rodziny (zwłaszcza rodzice) osób z etykietą choroby psychicznej. Ich ustalenia są następujące: są trzy podstawowe źródła stygmatyzacji – poczucie wstydu za posiadanie chorego członka rodziny, brzemień odpowiedzialności za niego i współodpowiedzialności za powstawanie zaburzeń. Bywa, że cała rodzina oznaczona zostaje mianem „chorej psychicznie”. Otoczenie obwinia ją wprost lub pośrednio za wywołanie zaburzenia psychicznego. Autorki przypominają także, że w przeszłości funkcjonowała nawet koncepcja „schizofrenogennej matki”.

Koncepcja ta powstała w latach 50. i za sprawą Theodore'a Lidza, amerykańskiego psychiatry, autora wielu książek poświęconych problematyce schizofrenii, cieszyła się uznaniem jeszcze w latach 70. XX wieku⁵⁹². W licznych opracowaniach

⁵⁸⁹ M. Parchomiuk, Stygmatyzacja przeniesiona – analiza zjawiska w odniesieniu do rodzin osób niepełnosprawnych i chorych, *Annales Universitatis Marie Curie-Skłodowska Lublin-Polonia*, XXIII, 2010: 55–69.

⁵⁹⁰ P. W. Corrigan, A. C. Watson, L. Barr, The self-stigma of mental illness ...

⁵⁹¹ M. Podogrodzka-Niell, M. Tyszkowska, Stygmatyzacja...

⁵⁹² S. R. Hirsch, Do parents cause schizophrenia?, *Trends in Neurosciences*, 1, 1979: 49–52.

autor analizował źródła i warunki odpowiedzialne za rozwój schizofrenii w rodzinie, w szczególności z udziałem matek. Wskazywał nie tylko na ryzyko transmisji schizofrenii w sytuacji choroby matki, ale także na sytuację, w której „zdrowa” matka popełnia rażące błędy wychowawcze oraz jest dominująca, a także zdystansowana emocjonalnie i skupiona na swoich potrzebach. Popularność takich poglądów wzmacniała negatywne procesy stygmatyzacji doświadczanej przez rodziców osób z diagnozą choroby psychiatrycznej.

Co ciekawe, Podogrodzka-Niell i Tyszkowska znajdują wyniki badań, które przeczą zdroworozsądkowemu myśleniu, że zrozumienie istoty choroby łagodzi negatywne skutki stygmatyzacji i pomaga zaakceptować istniejącą sytuację. Okazuje się bowiem, że im większy wgląd w chorobę ma rodzina, tym bardziej doświadczają piętna przeniesionego. Badani rodzice, w większości matki, doświadczają stygmatyzacji w obszarze kontaktów z otoczeniem (wykluczenie społeczne, utrata przyjaciół, bycie ignorowanym przez personel medyczny, sugestie o współodpowiedzialności za rozwój choroby). Można mówić też o błędnym kole – rodzina wzmacnia te negatywne zjawiska poprzez to, że w konsekwencji nie szuka pomocy na zewnątrz i zaczyna się izolować społecznie.

Stygmat przeniesiony (czasem: udzielony) to specyficzne „piętno przynależności”, które odnosi się do ludzi kojarzonych ze stygmatyzowanymi grupami, a nie w związku z posiadaniem jakiejś „własnej” cechy. W pierwszej kolejności problematyka ta kieruje uwagę w stronę rodzin, ale to tylko jedna ze ścieżek wiodących do osób z doświadczeniem piętna przeniesionego. W grupie tej znajdują się także przyjaciele, pracodawcy czy przedstawiciele instytucji pomocowych. Jeśli chodzi o ostatnią z wymienionych grup, to zjawisko rozpatruje się z użyciem perspektywy tzw. nieczystych zawodów⁵⁹³ czy brudnych prac⁵⁹⁴. Wśród tych ostatnich szczegółowo opisywani są⁵⁹⁵: strażnicy więzienni, strażacy i ratownicy zdrowia (mimo jednoczesnej pozytywnej etykiety „amerykańskich bohaterów”), pracownicy noclegowni i jadłodajni, pielęgniarki, opiekunowie i lekarze w hospicjach, policjanci. Ciekawe jest to, że listę „brudnych zawodów”, tj. takich, które powodują dyskomfort (bezpośredni kontakt z brudem, krwią, umieraniem, patologią, cierpieniem), zamyka praca sekretarek/pracowników administracyjnych. Mimo że pracują w luksusowych czasach biurowcach, to ich zajęcia „skażone są” poniżeniem, poddaństwem, trywialnością. Co ciekawe – „skażenie” to wzmacniane jest przez zjawisko określane mianem *bitching about secretarial*, co oznacza wpisanie niejako w tę rolę narzekania na bezpośrednich przełożonych⁵⁹⁶.

⁵⁹³ R. Tokarczyk, Etyka kata w ujęciu porównawczym, *Prawo i Polityka*, 1, 2009: 125–137; M. Dollard, H. R. Winefield, A. H. Winefield (eds.), *Occupational stress in the service professions*, CRC Press, London–New York 2003.

⁵⁹⁴ M. Dollard, H. R. Winefield, A. H. Winefield (eds.), *Occupational stress...*; P. Brown, Psychiatric dirty work revisited: conflicts in servicing nonpsychiatric agencies, *Journal of Contemporary Ethnography*, 18(2), 1989: 182–201; P. Dick, Dirty work designations: How police officers account for their use of coercive force, *Human Relations*, 58(11), 2005: 1363–1390; M. D. Strong, Doctors and dirty work – the case of alcoholism, *Sociology of Health & Illness*, 2(1), 1980: 24–47.

⁵⁹⁵ S. K. Drew, M. B. Mills, B. M. Gassaway (eds.), *Dirty work: The social construction of taint*, Baylor University Press, Waco 2007.

⁵⁹⁶ Tamże.

Analiza teoretycznych inspiracji różnych publikacji z tego zakresu kieruje uwagę do opracowań naukowych amerykańskiego socjologa Everetta Hughesa⁵⁹⁷, znanego przede wszystkim z badań nad zagadnieniami związanymi z pracą, karierą zawodową, wpływem przynależności do danej grupy etnicznej na możliwości awansu zawodowego i społecznego. Problemy „brudnej pracy” analizowane są w odniesieniu do różnych grup zawodów i wykonywanego zajęcia. Czynnikiem potwierdzającym i wzmacniającym społeczne odrzucenie „brudnych prac” jest również niski prestiż takich zawodów. Koło się zamyka – brudne prace są brudnymi z powodu skażenia fizycznego i symbolicznego, co potwierdzane jest skażeniem finansowym⁵⁹⁸.

Pierwszym z trzech rodzajów „skażenia” powodowanego rodzajem wykonywanej pracy jest „fizyczne” (*physical taint*). Wiąże się ono z kontaktem z odpadami, śmiercią itp. Mowa tu nie tylko o pracownikach wysypisk, kanalizacji, rzeźnikach, grabarzach, ale też pracy, która jest wykonywana w niebezpiecznych, szkodliwych dla życia warunkach (np. pracownik budowlany, górnik). Brud czy śmierć mają tu znaczenie symboliczne, a nie dosłowne. Działają na świadomość, tak jakby były zaraźliwe. „Moralna skaza” (*moral taint*) dotyczy zawodów czy zajęć zarobkowych, które wiążą się z realizacją zadań wątpliwych etycznie, ponieważ kojarzą się z uciążliwością i natręctwem (np. paparazzo, prywatny detektyw, telemarketer) czy lubieżnością (np. tancerze erotyczni) oraz żerowaniem na ludzkiej biedzie (np. pracownicy lombardu, lichwiarze). Skazą są tu określone cechy charakteru odpowiedzialne za podejmowanie się takich zajęć.

Z punktu widzenia rozważań podjętych w tym rozdziale najbardziej interesujący jest trzeci rodzaj „skazy” powodowanej rodzajem wykonywanego zajęcia zawodowego, a mianowicie „społeczna” (*social taint*). Jest ona związana z regularnym kontaktem z osobami, które same są stygmatyzowane. Mowa tu o takich zawodach, jak np. pracownik socjalny, policjant, psychiatra, funkcjonariusz więzienny. Do tej grupy „skażonych” zawodów zalicza się także urzędników, którzy na co dzień pracują z osobami borykającymi się z wykluczeniem i niesprawiedliwościami społecznymi (np. przyjmują skargi i zażalenia). Odpowiedzialną za mechanizm działania tego piętna przeniesionego można uznać tę samą siłę, która uruchamia określony efekt autoprezentacji nazywany „wygrzewaniem się w cudzej chwale” (*basking in reflected glory*). Oczywiście mowa o tej samej sile, ale zupełnie odwrotnym kierunku jej działania, czyli degradacji (czyjejś/swojej) pozycji poprzez kontakt z „przegranymi” (*cutting off reflected failure*)⁵⁹⁹.

Przyjmując optykę goffmanowskiej koncepcji piętna przeniesionego, można analizować sytuację pracowników instytucji zajmujących się leczeniem uzależnień jako konsekwencję stygmatyzacji osób pijących problemowo. Pomaganie i leczenie uzależnień nosi więc cechy tzw. brudnego zajęcia, a przestrzeń terapii

⁵⁹⁷ Np. E. Hughes, *Men and their work*, Free Press of Glencoe, Glencoe 1958.

⁵⁹⁸ B. E. Ashforth, G. E. Kreiner, Dirty work and dirtier work: differences in countering physical, social, and moral stigma, *Management and Organization Review*, 1, 2014: 81–108.

⁵⁹⁹ C. R. Snyder, M. A. Lassegard, C. E. Ford, Distancing after group success and failure: Basking in reflected glory and cutting off reflected failure, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1986: 382–388.

i pomocy jest „skażona” piętnem alkoholika. Dodatkowym czynnikiem lokującym tego rodzaju zajęcia na samym dole hierarchii instytucji „pomocowych” jest powszechne przekonanie o syzyfowości pracy z osobami z diagnozą uzależnienia⁶⁰⁰. Dodam, że istnieją poglądy, w myśl których piętno przeniesione z powodu wykonywanej pracy polegającej na kontakcie z osobami stygmatyzowanymi w głównej mierze odnosi się do „kobiecych zawodów”⁶⁰¹, ponieważ często to kobiety opiekują się i pielęgnują osoby ze stygmatem niepełnosprawności, bezdomności, uzależnienia, osierocenia itp. Na marginesie rozważań można dodać, że podobnie jak w przypadku każdego innego stygmatu także i tu można mieć do czynienia z tzw. piętnem zwielokrotnionym (*multiple stigma*). Przykładem są tu prostytutki, ochroniarze (wykidają) czy łowcy nagród⁶⁰².

W kontekście powyższych rozważań specyficzny status społeczny mają lekarze psychiatrii, a zwłaszcza ci, którzy pracują z osobami uzależnionymi od alkoholu. Ich praca analizowana bywa między innymi przez pryzmat relacji z „trudnym pacjentem” (*problem patient*)⁶⁰³ i sygnalizowanego już wcześniej zjawiska „obrotowych drzwi” (*revolving-door phenomenon*) instytucji pomocowych. W piśmiennictwie naukowym zjawisko to bywa wyraźnie odnoszone do dewaloryzowania pacjentów, którzy są uzależnieni od alkoholu, zwłaszcza przez tzw. lekarzy ogólnych (w nieco mniejszym stopniu – psychiatrów) – wprost, poprzez ich unikanie lub pośrednio poprzez skrywaną niechęć stosowanie rozmaitych technik dystansowania się⁶⁰⁴. Jednocześnie badacze donoszą, że mimo nadawania odrębnego i specyficznego statusu chorobie alkoholowej w kontekście trudności, jakie towarzyszą jej leczeniu, to pogłębiona ich analiza każe sądzić, że są to takie same problemy, jakie towarzyszą praktykom psychiatrycznym w odniesieniu do pacjentów z innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego⁶⁰⁵.

Problemy związane ze szkodliwym piciem alkoholu nie są więc „atrakcyjnym” przedmiotem pracy zawodowej. Można zaryzykować wręcz stwierdzenie, że obarczone są skazą i w samym środowisku zawodowym, i w szerszej przestrzeni społecznej. Społeczna stygmatyzacja „alkoholików” przenosi się na pracowników sektora leczenia uzależnień. W ich osobiste doświadczenia pracowników instytucji leczenia uzależnień wpisuje się deprecjacja, a nawet ostentacyjne lekceważenie i pogarda dla wykonywanego przez nich zawodu i miejsc, w jakich pracują. Odczucia stygmatyzacji podtrzymywane są w relacjach z władzami. Terapeuci uważają, że instytucje, w których dominuje praca z osobami uzależnionymi, są gorzej traktowane w strukturach opieki zdrowotnej. Niektórzy uważają wprost, że są to „instytucje gorszej kategorii”⁶⁰⁶. W konsekwencji placówki te są najslabiej wyposażone materialnie oraz w ostatniej kolejności prowadzone są w nich remonty i zakupy wyposażenia.

⁶⁰⁰ Zob. także: M. D. Strong, *Doctors and dirty work...*

⁶⁰¹ Np. S. C. Bolton, *Women's work, dirty work: the gynaecology nurse as 'other'*, *Gender, Work & Organization*, 12(2), 2005: 169–186.

⁶⁰² B. E. Ashforth, G. E. Kreiner, *Dirty work and dirtier work...*

⁶⁰³ I. Shaw, *Doctors, „dirty work”...*

⁶⁰⁴ M. D. Strong, *Doctors and dirty work...*; B. E. Ashforth, G. E. Kreiner, *Dirty work and dirtier work...*

⁶⁰⁵ M.D. Strong, *Doctors and dirty work...*

⁶⁰⁶ Ł. Wiczorek, *Stygmatyzacja osób uzależnionych...*: 113.

Szczególnym potwierdzeniem powyższego są refleksje, jakie znalazłam we wstępie jednej z prac zbiorowych będących pokłosiem konferencji naukowej poświęconej systemowi pomocy i leczenia osób z uzależnieniem od alkoholu.

W wystąpieniu na pewnej konferencji naukowej [...] wybitny badacz problemu prof. Otto Lesch nazwał alkoholizm „niekochanym dzieckiem psychiatrii”. Ponieważ uczony nie sprecyzował dokładnie, skąd takie porównanie, można spróbować pospekulować na ten temat. Być może chodziło mu o to, że inne, poważne zaburzenia zajmują mniej miejsca w badaniach naukowych i w praktyce klinicznej? Być może miał na myśli fakt, że istnieje spora grupa osób, które zajmując się leczeniem pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, mniej chętnie zajmują się pomocą pacjentom uzależnionym? A może uważał, że postęp wiedzy jest w odniesieniu do zrozumienia alkoholizmu wolniejszy i skuteczność terapii gorsza niż na przykład w depresji czy zaburzeniach lękowych? Prób odpowiedzi można podawać wiele [...]. Można jednak, podążając tym tropem, zapytać, czy alkoholizm oraz problemy osób z otoczenia alkoholików nie są niekochane także przez psychologów? Rozmawiając ze studentami psychologii, którzy bardzo często planują zajęcie się psychoterapią po skończeniu studiów, wielokrotnie usłyszeć można, że „nie widzą się” oni w pracy z uzależnionymi. Także wielu psychologów prowadzących praktykę kliniczną podaje, że jakoś „nie czują” tego typu pacjentów, odczuwają opór i dystans, gdy się pojawiają, gdzieś głęboko myślą, że ich terapia i tak nie będzie skuteczna oraz że gdy trafia do nich uzależniony pacjent lub ktoś mu bliski, przesyłają ich jak najszybciej gdzieś indziej⁶⁰⁷.

Ale to nie wszystko jeśli chodzi o grupy osób, które z różnych względów (innych niż pokrewieństwo) kontaktują się z „nosicielami” piętna. Szczególnie „podejrzane” jest to, kiedy obcowanie z osobami stygmatyzowanymi jest rezultatem wyboru innego niż bycie pracownikiem danej instytucji. Goffman⁶⁰⁸ rozpatruje to zjawisko na przykładzie korzystania z ofert płatnych usług seksualnych. Wątpliwości, jakich nabierają „normalsi”, dotyczy przyczyn zawieranych bliskości czy regularnych kontaktów. Piętno, jakim zostaje oznaczony użytkownik usług „nosicieli piętna”, to rezultat przekonania o „moralnych” porażkach takich osób i niepowodzeniach w relacjach z „normalsami”. Dlaczego „normals” ma problemy z bliskością z innym „normalsem”? Prawdopodobnie decyzja o obcowaniu i bliskim kontakcie z osobami stygmatyzowanymi jest konsekwencją tego, że się samemu jest nie do końca „normalnym”, że posiada się cechy, które uniemożliwiają nawiązanie satysfakcjonujących relacji z „normalsami”. W ten sposób „normalność” takich „normalsów” jest kwestionowana, a oni sami – mimo że nie posiadają stygmatów – stają się ich (współ)nosicielami. Zostaje ono na nich rozciągnięte.

W innej sytuacji są członkowie rodzin osób ze stygmatem. Specyfikę ich sytuacji w kontekście omawianych procesów stygmatyzacyjnych, w tym stygmatyzacji przeniesionej, najlepiej oddają analizy poświęcone rodzicom osób z niepełnością.

Otoczenie oczekuje, że to rodzice w pierwszej kolejności będą pełnić funkcje opiekunów dzieci z niepełnością. Bliskość z dzieckiem (nosicielem piętna), a co za tym idzie – poddawanie się procesom stygmatyzacji, jest więc postrzegane w kategoriach naturalnych powinności rodzicielskich. I tak w perspektywie procesów stygmatyzacji, społeczne usytuowanie rodziców osób z niepełnością napełnione jest silnymi sprzecznościami. Z jednej strony są

⁶⁰⁷ K. Gąsior, J. Chodkiewicz, Wstęp, [w:] K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików...*: 9.

⁶⁰⁸ E. Goffman, *Piętno...*

napiętnowani przez ich zaangażowanie i bliskość z nosicielem piętna, a z drugiej zostaliby potępieni, gdyby odmówili wsparcia swojemu dziecku i porzucili je⁶⁰⁹.

Dość powszechny jest pogląd, że rodziny osób z zaburzeniem psychicznym lub uzależnieniem borykają się z konsekwencjami społecznej stygmatyzacji⁶¹⁰. Ciekawych wniosków dostarczyło badanie zrealizowane przez Patricka W. Corrigan i in.⁶¹¹, którzy postanowili „sprawdzić” społeczną recepcję członków rodziny osoby ze schizofrenią przez pryzmat stygmatyzacji. Przebadano reprezentatywną grupę blisko tysiąca osób i stwierdzono, że rodziny nie są celem i przedmiotem napiętnowania ze względu na zaburzenie zdrowia psychicznego jej członka. Jednak napiętnowanie rodziny z problemem uzależnienia jej członka jest zdecydowanie bardziej widoczne niż w przypadku innych przyczyn natury „medycznej”. Najbliższych krewnych obarcza się wprost winą zarówno za początek, jak i rozwój uzależnienia bliskich. Dodam, że autorzy badań odnoszą swoje wnioski szczególnie do uzależnienia od narkotyków. Ci sami autorzy zauważają jednak, że różnice między percepcją społeczną a odczuciami stygmatyzacji członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniem można interpretować przez pryzmat zjawiska autostygmatyzacji. Jest to specyficzny rodzaj stygmatyzacji określanej mianem wewnętrznej (*felt stigma*). Opisany jest przede wszystkim z użyciem kategorii wstydu związanego ze stygmatem i wręcz obsesyjnego lęku przed reakcjami społecznymi⁶¹². Reasumując, rodziny z chorobą psychiczną mogą antycypować uprzedzenia i odrzucenie społeczne⁶¹³, a to z kolei negatywnie rzutuje na proces radzenia sobie z kryzysem rodzinnym i obniża nie tylko poczucie własnej wartości, ale również skuteczności podejmowanych działań naprawczych.

Rodzicielstwo bywa źródłem radości i cierpienia, a jako doświadczenie biograficzne to szereg zdarzeń oczekiwanych i nieoczekiwanych. „Rezygnacja” ze zobowiązań rodzicielskich, bez względu na przyczyny, może stać się źródłem społecznej dezaprobaty i potępienia. Kiedy Tom Sensky⁶¹⁴ analizuje piętno rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, stwierdza, że w zakres rodzicielskiej odpowiedzialności za dziecko wchodzi również odpowiedzialność za jego (potencjalną) stygmatyzację. W tym kontekście rodzice nie mają wyboru, w odróżnieniu od osób, które wchodzi w relacje partnerskie czy zawierają małżeństwa z nosicielami piętna.

⁶⁰⁹ D. E. Gray, 'Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed': Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism, *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 2002: 734–749.

⁶¹⁰ Np. M. C. Angermeyer, B. Schutze, S. Dietrich, Courtesystigma: A focus group study of relatives of schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 2003: 593–602; J. P. Burk, K. J. Sher, Labeling the child of an alcoholic: Negative stereotyping by mental health professionals and peers, *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 1990: 156–163.

⁶¹¹ P. W. Corrigan, A. C. Watson, F. E. Miller, Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members, *Journal of Family Psychology*, 20(2), 2006: 239–246.

⁶¹² A. Jacoby, Stigma, epilepsy, and quality of life, *Epilepsy and Behavior*, 3, 2002: 10–20.

⁶¹³ P. W. Corrigan, A. C. Watson, The paradox of self-stigma and mental illness, *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9, 2002: 35–53.

⁶¹⁴ T. Sensky, Family stigma in congenital physical handicap, *British Medical Journal*, 285(6347), 1982: 1033–1035.

Zwłaszcza w przypadku osób i rodzin z małych miejscowości oraz posiadających dobrą pozycję społeczną lęk przed stygmatyzacją jest tak duży, że poszukiwanie pomocy poprzedzane jest bardzo starannie opracowywanym planem działania. Osoby poświęcają wiele energii (czasu oraz nakładów finansowych), by utrzymać w tajemnicy podjęte leczenie. Sytuacja taka dotyczy nie tylko lęku „alkoholika”, ale również obaw przed przeniesieniem stygmatyzacji na partnera, dzieci czy w ogóle rodzinę. Szczególnie sytuacja ta dotyczy kobiet borykających się z problemowym piciem⁶¹⁵. Bywa więc, że lęk przed stygmatyzacją powoduje zaniechanie „tradycyjnego” leczenia i szukanie alternatywnych sposobów poradzenia sobie z nałogiem. Zagadnienie to analizowane jest zwłaszcza przez pryzmat tzw. samowyleczenia (się)⁶¹⁶.

⁶¹⁵ Ł. Wieczorek, Stygmatyzacja osób uzależnionych...

⁶¹⁶ J. I. Klingemann, „Ja muszę Pani powiedzieć szczerze...”

Część II. Rodzicielskie strategie radzenia sobie i pomocy dorosłemu dziecku używającemu alkoholu w sposób szkodliwy dla siebie i otoczenia

2.1. Problemowe picie alkoholu (dorosłego) dziecka jako element rodzicielskich biografii

Między dewiacją a chorobą

Jak na tle dotychczasowych ustaleń poświęconych zjawiskom medykalizacji i stygmatyzowania wygląda problem związany z uzależnieniem od alkoholu? Światło na to zagadnienie rzuca m.in. rzetelna wypowiedź Justyny I. Klingemann w interesującym studium zmian zachowania nałogowego w Polsce¹. Autorka cały jeden rozdział poświęca bezpośrednio tej problematyce (*Uzależnienie od alkoholu jako przykład medykalizacji dewiacji*). Szczegółność umedycznienia alkoholizmu polega na: lobbowaniu na rzecz wprowadzenia modelu medycznego traktowania uzależnienia od alkoholu, oporze środowiska medycznego w jego leczeniu oraz ekspansywności modelu uzależnienia jako choroby. Biomedyczny model ujmowania nałogowego picia alkoholu stał się faktem i to bardzo odpornym na alternatywne podejścia. Co prawda wdrażane są nieszablonowe sposoby dla całkowitej abstynencji jako punktu wyjścia i celu pracy z „alkoholikiem”, jednakże takie działania nie mogą konkurować z otwartością na zmiany, jaką obserwuje się na gruncie postępowania z osobami uzależnionymi od narkotyków.

Prezentowanie zestawu argumentów na rzecz zjawiska umedycznienia problemów związanych ze szkodliwym pićm i ich zawłaszczania przez zinstytucjonalizowany system leczenia odwykowego i pomocy psychoterapeutycznej przy zaniedbaniu niezinstytucjonalizowanych form wsparcia (np. w procesie samoleczenia, samopomocy, medycyny alternatywnej) w niniejszym opracowaniu mija się z celem. Lektura książki Klingemann spełnia to zadanie. To, co uważam za szczególnie ważne, to chociażby akcentowana tam pewna zależność: o ile

¹ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce*, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej, t. XI, Warszawa 2010.

w modelu medycznym „alkoholizm” jest nieuleczalną chorobą, przewlekłą, postępującą i potencjalnie śmiertelną, o tyle w badaniach społecznych problemy alkoholowe jawią się jako relatywnie powszechne, heterogeniczne i bardzo słabo wewnętrznie skorelowane, za to zdecydowanie i w znacznej mierze przemijające².

Szerokim kontekstem do swoich analiz dotyczących samowyleczeń Klingemann czyni zmieniające się oblicze leczenia odwykowego w Polsce na przestrzeni sześciu dekad. W opracowaniu znajduje się przegląd metod terapeutycznych stosowanych: od farmakologicznej terapii awersyjnej, przez ergoterapię, akupunkturę, hipnozę, po różne formy psychoterapii uzależnienia. Na kartach książki swoje miejsce znalazł także ruch samopomocowy w Polsce. Autorka sygnalizuje nurtujące (niezmiennie bez względu na zmiany społeczne) problemy leczenia odwykowego w Polsce oraz jego dylematy i paradoksy.

Ostatecznie terminem „samoleczenia” Klingemann określa zmianę zachowania postrzeganego jako problemowe, proces zakończony sukcesem, który uwarunkowany jest nie tylko odpowiednią motywacją, ale także jest podbudowany i wzmacniany siłami indywidualnymi i środowiskowymi. Dokonuje się on bez udziału tradycyjnego leczenia czy specjalistycznej, profesjonalnej interwencji. Zaznacza jednocześnie, że „samoleczenie” jest kategorią stosowaną przez socjologów medycyny w odniesieniu do najbardziej popularnych metod radzenia sobie z chorobą, np. domowych sposobów.

Interesujące jest zestawienie przez nią dwóch źródeł inicjujących zmiany. Można je określić mianem „punktów krytycznych”.

W perspektywie tzw. tradycyjnego podejścia do leczenia osób z diagnozą uzależnienia czy szkodliwie pijących punktem krytycznym będzie sytuacja określana za pomocą metafory osiągnięcia dna i odbicia się od niego. Przytoczę takie rozumienie punktu krytycznego, posiłkując się ustaleniami Cierpiatkowskiej:

Termin „osiągnięcie dna” (*hits bottom*) został prawdopodobnie po raz pierwszy użyty w grupach samopomocy Anonimowych Alkoholików przez nowo przybyłych alkoholików, którzy posługiwali się tym określeniem dla opisanego swojego stanu w momencie podjęcia leczenia. „Sięgnięcie dna” czy doświadczenie kryzysu życiowego [...] stanowi punkt zwrotny w życiu alkoholika. Wraz z pogłębianiem się uzależnienia osoba taka doświadcza takiego skumulowania się zdarzeń stresowych, że natężenie bólu i cierpienia oraz innych negatywnych emocji powoduje załamanie się dotychczasowego systemu obronnego i dokonanie właściwej oceny swojego stanu. Powszechnie podzielane jest stanowisko, że jest to moment krytyczny dla zmiany w myśleniu [...]³.

Jak widać, osiągnięcie dna jest rozumiane jako (potencjalny) punkt zwrotny w biografii „alkoholika”, który uruchamia procesy motywacyjne do zmiany. Punktem zwrotnym w takim rozumieniu pojęcia będzie doświadczenie całkowitego „upadku”, bolesnej straty (a właściwie wielu strat).

Nieco inaczej „moment” taki rozumiany jest w perspektywie badań socjologicznych, jakościowych, nawiązujących metodologicznie bezpośrednio do tradycji Szkoły Chicago. Owe „momenty krytyczne” w biografiiach ludzkich charakteryzowane są tu z wykorzystaniem teoretycznej kategorii punktu zwrotnego (*turning point*), co – najogólniej mówiąc – związane jest z transformacją myślenia o sobie

² Tamże: 28.

³ L. Cierpiatkowska, *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1997: 64.

samym, zmianą tożsamości. Rozpatrywane wcześniej „psychologiczne” osiągnięcie dna symbolizuje coś ostatecznego i to w kategoriycznie złym znaczeniu tego słowa. Można sięgnąć po zamienniki tego określenia: moralny upadek, doświadczenie nędzy, straty czy upokorzenia. Kojarzy się to „tylko źle”, mimo że „osiągnięcie dna” co prawda oznacza złe doświadczenie, ale daje nadzieję zmiany, ponieważ istnieje możliwość odbicia się od tego dna i nie utonięcia.

Kiedy natomiast rozpatruje się zagadnienie punktu zwrotnego jako doświadczenia/wydarzenia, które zmieniło kierunek życia danej osoby i z perspektywy czasu dało początek transformacji tożsamości i całkowitej przemianie, to niekoniernie są to dramatyczne sytuacje (jak w przypadku osiągnięcia dna). Istnieje bogata literatura, która odnosi się do badań empirycznych z udziałem osób z uzależnieniem, doświadczeniem przemocy, powrotnością do przestępczości itp., i wskazywane są różne punkty zwrotne⁴. Pozytywne, np. miłość, macierzyństwo/ojcostwo, nawrócenie religijne, zmiana miejsca zamieszkania i środowiska życia, zdobycie lepszej pracy, a także negatywne, np. śmierć bliskiego przyjaciela w konsekwencji uzależnienia, kara więzienia itp. Kiedy na podstawie badań biografii recydywistów sama pisałam o punktach zwrotnych w ich karierach dewiacyjnych, wskazywałam na pozytywne wydarzenia transformujące ich życie, nie straty (z którymi właściwie byli oswojeni)⁵.

Klingemann⁶ przytacza również wyniki badań, z których można wnioskować, że niektóre osoby podejmują decyzję o zaprzestaniu lub ograniczeniu picia na wczesnym etapie zaawansowania uzależnienia, często pod wpływem osób znaczących. Są też tacy, którzy wychodzili z uzależnienia w sposób na tyle harmonijny, że trudno w ich przypadku zidentyfikować specyficzny punkt zwrotny. W interesujący sposób rekonstruuje proces pokonywania nałogu w kategoriach samowyleczenia przez pryzmat procesów demedycyzacji choroby alkoholowej.

Z punktu widzenia problemów opisywanych w tej części książki uwagę moją zwrócił jeszcze jeden wątek podjęty przez autorkę: jako że do instytucji leczenia trafiają przypadki zaawansowanych w sensie medycznym i społecznym „alkoholików”, to powoduje, że wiedza o nałogowym picu alkoholu jest szczątkowa i niepełna. Pozbawiona jest bowiem doświadczeń osób, które z różnych powodów nigdy nie trafiły do instytucji służby zdrowia i pokonały nałóg sposobami innymi niż „tradycyjna” ścieżka wytyczona przez tzw. medyczny model ujmowania problemów alkoholowych. Kiedy Klingemann pisze o tym zagadnieniu, że:

[...] osoby uzależnione od alkoholu są populacją społecznie niewidzialną lub też ukrytą w tym sensie, że wiele działań podejmowanych przez jednostki uzależnione pozostaje niewidocznych dla agencji kontroli społecznej, dopóki nie trafią one do placówki leczniczej [...].⁷

⁴ Np. A. Koski-Jännes, Turning points in addiction careers: five case studies, *Journal of Substance Misuse*, 3(4), 1998: 226–233.

⁵ R. Szczepaniak, „Otworzyło mi się wtedy okno na inny świat. Otworzyło mi to oczy na moje życie”. O wydarzeniach (punktach zwrotnych) inicjujących próby zerwania przez recydywistów z przestępczym stylem życia, *Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne*, 2(1), 2016: 238–255.

⁶ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany* ...

⁷ J. I. Klingemann, „Ja muszę Pani powiedzieć szczerze, że o tych problemach to nikt nie wiedział...”, Metody badania populacji ukrytych – przykład zjawiska samowyleczenia, *Prace Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji*, 16, 2010: 232.

to odnosi się także do istniejących wyników badań i formułuje następujący wniosek: z badań wyłania się obraz uzależnienia jako progresywnej i nieuleczalnej choroby, która powoduje degradację w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym jednostki. Co więcej istnieje relatywnie niewielka liczba osób „wyleczonych” i jest to choroba, która obarczona jest wysokim ryzykiem porażki terapii. Dzieje się tak dlatego, że badaniami objęte są zwykle osoby (i ich rodziny), które korzystają z instytucjonalnych form wsparcia i leczenia⁸.

Można więc podejrzewać, że dominujące badania z udziałem „alkoholików” – użytkowników specjalistycznych poradni i instytucji mogą dawać nie tylko niepełny, ale i zniekształcony obraz problemu. To tak, jakby chcieć opisać proces pokonywania nałogów wyłącznie poprzez badania z udziałem tych, którzy pokonali je samodzielnie w ramach samoleczenia. To dlatego, sygnalizując ten problem we wprowadzeniu do książki, przywołuję hinduską opowieść o ślepcach i słoni, której morał jest następujący: w zależności od przyjętej perspektywy można dojść do różnych wniosków.

Wątpliwości dotyczą przede wszystkim tego, że badani są ludzie, którzy trafiają do specjalistycznych instytucji leczenia odwykowego (gdzie zazwyczaj prowadzone są badania naukowe), to osoby z najcięższym przebiegiem uzależnienia, co może powodować mylne, bo ograniczony obraz przebiegu zaburzenia⁹. Przykładowo z badań z zastosowaniem analizy dokumentów pacjentów hospitalizowanych na oddziale psychiatrii lub leczonych w specjalistycznej poradni z rozpoznaniem zespołu zależności alkoholowej wyłania się obraz „alkoholika”, który jest mężczyzną, w wieku około 50 lat, z wykształceniem zawodowym, prawdopodobnie bez pracy, zamieszkującym zurbanizowane dzielnice w centrum miasta i/lub poprzemysłową część miasta¹⁰. Jako że z powodu powikłań na tle nadmiernego picia alkoholu hospitalizowani są i inni mężczyźni, i kobiety, to osoby odbiegające od stereotypu traktowane są raczej jako dowód na przeobrażenia w strukturze osób szkodliwie pijących alkohol czy zgłaszających się po pomoc. Albo też badacze szukają specyficznych przyczyn niezgłaszania się takich chorych do poradni i szpitali. Zwykle przemiany te analizowane są za pomocą następującego klucza – proporcji kobiet i mężczyzn podejmujących leczenie odwykowe¹¹.

Wracając do sygnalizowanych wyżej badań byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych i innych placówek leczniczych, uwagę zwraca to, że badacze dostrzegają problem nierównomiernego rozłożenia się zgłoszeń do instytucji po pomoc i dostrzegają, że najmniej jest z dzielnic zamieszkiwanych przez osoby zamożne. Zauważyłam też, że badacze nadają swojej konstatacji dość wyraźną ocenę krytyczną obserwowanej „niechęci do leczenia” i skłonni są tłumaczyć mniej zgłoszeń do instytucji leczenia osób zamieszkujących zamożniejsze tereny

⁸ R. Szczepanik, K. Okólska, Zapomniani rodzice...

⁹ J. A. Cunningham, J. McCambridge, Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder?, *Addiction*, 197(1), 2012: 6–12.

¹⁰ M. Kozak i in., Wskaźniki socjodemograficzne uzależnienia od alkoholu u osób leczonych odwykowo w mieście postindustrialnym, *Medycyna Pracy*, 2019: 221–228.

¹¹ Np. K. Gąsior, Typy alkoholizmu u kobiet, *Alkoholizm i Narkomania*, 18(1–2), 2005: 39–56.

miast większą tolerancją „alkoholików” w przestrzeniach podmiejskich oraz przejawianiem przez nich mniejszej ilości „zachowań patologicznych”¹². Dodatkowym argumentem przemawiającym na rzecz niższej liczby rejestrowanych osób uzależnionych w obszarach podmiejskich jest według tych badaczy niedostateczne przygotowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do rozpoznawania potrzeb pacjentów z zespołem zależności alkoholowej i opieki nad nimi. Badacze zupełnie nie lokują obserwowanych problemów w sferze lęku przed stygmatyzacją. Wręcz przeciwnie, w jednym z wniosków dzielą się swoją refleksją, że być może wzrost liczby specjalistycznych placówek poradnictwa i leczenia alkoholizmu oraz ich większa „lokalność” pozytywnie wpłynęłyby na większe zainteresowanie osób z uzależnieniem korzystania z fachowej pomocy.

Klingemann¹³ zwraca uwagę, że zupełnie inny obraz „choroby alkoholowej” wyłania się z badań w populacji generalnej. Problemowe picie alkoholu zaznacza się w wynikach badań jako relatywnie powszechne i heterogeniczne. Ma o wiele więcej twarzy niż to, które rysuje się z badań z udziałem osób korzystających z tradycyjnych form leczenia, a jedną z nich jest określony czas trwania – tzn. przemijalność. Do form wsparcia (innych niż kapitał rodzinny), z jakich korzystają osoby z problemowym piciem, które pokonują je bez udziału specjalistycznych instytucji i organizacji ku temu powołanych, należały krótkie interwencje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, wsparcie duchowe księży i kampanie społeczne oraz tzw. terapeuci życia codziennego¹⁴. Co może zaskakiwać, to „przemijalność” tej choroby czy – używając języka medycznego – obserwowane w wielu przypadkach spontaniczne ustąpienie objawów uzależnienia od alkoholu, bez uzyskania jakiegokolwiek pomocy ze strony lecznictwa odwykowego. Ponadto w ponad połowie przypadków osób uzależnionych od alkoholu uzyskujących remisję nie opisywano powtarzających się nawrotów picia¹⁵. Szacowanie rozmiarów wychodzenia z nałogu alkoholowego wyłącznie z zastosowaniem kalkulatora instytucjonalnego systemu leczenia i terapii można traktować w kategoriach metafory o słońiu, którego nikt nie widzi¹⁶.

Oczywiście nie zamierzam demonizować doniesień dotyczących samowyleczeń czy przemijalności szkodliwego picia, jednak podobne badania dowodzą, że uzależnienie od alkoholu ma bardziej heterogeny obraz oraz przebieg, niż zakładają tradycyjne koncepcje wywodzące się bezpośrednio z badań Jellinka¹⁷. Być może więc to, co zwykło nazywać się „chorobą alkoholową”, okazuje się być

¹² M. Kozak i in., Wskaźniki socjodemograficzne...: 226.

¹³ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*

¹⁴ J. Żulewska-Sak, K. Dąbrowska, Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia – jakościowa analiza porównawcza, *Alkoholizm i Narkomania*, 18(3), 2005: 63–77.

¹⁵ A. Jakubczyk, M. Wojnar, Całkowita abstynencja czy redukcja szkód–różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń, *Psychiatria Polska*, 46(3), 2012: 373–386.

¹⁶ R. Granfield, W. Cloud, The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts, *Journal of Drug Issues*, 26(1), 1996: 45–61.

¹⁷ M. Frąckowiak, M. Motyka, Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 96(2), 2015: 315–320.

jedynie tym, co można by określić mianem specyficznego (acz nie jedyne) wzorca (nie)radzenia sobie z nadmiernym piciem. Trudno jest także kwestionować skuteczność i długotrwałość efektów innych niż tradycyjny i dominujący model leczenia i terapii. Z perspektywy zewnętrznej może jednakże zadziwiać fakt, że mimo wieloletniej tradycji dominującego (medyczno-psychologicznego) modelu postępowania z „alkoholizmem” podstawowym problemem terapii leczenia uzależnień jest krótkotrwałość rezultatów, czyli tzw. nawroty¹⁸. Skuteczność programów terapii uzależnienia od alkoholu jest uważana za ograniczoną, co oznacza, że spośród osób docierających na terapię jedynie część odniesie z niej jakiegokolwiek korzyści¹⁹.

W Polsce dominującą strategią terapii uzależnienia od alkoholu jest ta, która zakłada całkowitą abstynencję, stanowi zarówno punkt wyjścia, jak i cel podjętej terapii. Stanowisko to coraz częściej bywa jednak dyskutowane i podawane w wątpliwość:

[...] dychotomiczna, uproszczona ocena skuteczności leczenia jedynie w kategoriach utrzymania całkowitej abstynencji lub jej nieutrzymania może spowodować przeoczenie istotnych zmian, które rozgrywają się w aspekcie sposobu picia i ilości spożywanego alkoholu [...]²⁰.

Analizując zasadność formułowania celu całkowitej abstynencji jako jedynie możliwego sposobu osiągnięcia sukcesu terapeutycznego, niektórzy badacze zauważają, że w żadnej innej przewlekłej chorobie somatycznej warunkiem wyleczenia nie jest całkowite ustąpienie wszystkich objawów²¹. Alternatywą dla dominującego podejścia w terapii uzależnienia od alkoholu jest stosowanie (przynajmniej u części osób) strategii redukcji szkód (*harm reduction*). W amerykańskim i brytyjskim systemie postępowania z osobami z diagnozą uzależnienia ze strategią redukcji szkód posiada już swoje stabilne i jednoznaczne miejsce. Jest to strategia, w której główny nacisk kładzie się na łagodzenie negatywnych konsekwencji nadużywania alkoholu (czy narkotyków). W odróżnieniu od poprzedniego nie ma tu mowy o abstynencji jako punkcie wyjścia i celu, choć oczywiście nie wyklucza się jej. Jest to raczej nauka picia alkoholu w sposób kontrolowany – taki, który nie wyrządza znaczących szkód.

Programy terapeutyczne większości ośrodków leczenia uzależnień w Polsce opierają się na edukacji w ramach psychoterapii grupowej, najczęściej w nurcie behawioralno-poznawczym, nastawionej na przygotowanie do udziału w ruchu AA. Biorąc pod uwagę szczególnie dużą heterogeniczność „zainteresowanej” grupy, nie wszyscy akceptują dyrektywne, zorientowane głównie na całkowitą abstynencję propozycje terapeutyczne. W podejściu pragmatycznym, zwłaszcza pod kątem skuteczności leczenia zaburzeń używania alkoholu, uwzględnia się coraz częściej programy terapii trwające krócej, mniej ortodoksyjne, jak również

¹⁸ M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależnieniach*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997; J. Chodkiewicz, Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej – przegląd piśmiennictwa, *Psychiatria*, 3(3), 2006: 105–111; A. Jakubczyk, M. Wojnar, Całkowita abstynencja czy redukcja szkód...

¹⁹ A. Jakubczyk, M. Wojnar, Całkowita abstynencja czy redukcja szkód...

²⁰ Tamże.

²¹ Tamże.

bardziej atrakcyjne. Są to między innymi: krótkie interwencje, dialog motywujący, program zarządzania nagrodami, strategia pracy na zasobach oraz strategia redukcji szkód. Ta druga, coraz częściej proponowana, stosowana w minionych dekadach w leczeniu uzależnionych od substancji psychoaktywnych i używających szkodliwie, obecnie z nadspodziewaną efektywnością jest wykorzystywana w zaburzeniach używania alkoholu²².

Andrzej Jakubczyk i Marcin Wojnar²³ przywołują poglądy naukowców, w myśl których strategia redukcji szkód oznacza przede wszystkim zwiększenie dostępu do opieki medycznej poprzez złagodzenie warunków koniecznych do otrzymania fachowej pomocy (choćby wymóg całkowitej abstynencji). Oznacza także specyficzne wyjście specjalistów w teren i podążanie za potrzebami osoby, a nie oczekiwanie na nią w murach instytucji. Przykładowo w Stanach Zjednoczonych strategia ta „zalecana” jest wobec osób z łagodniejszym przebiegiem uzależnienia, wobec których można wytyczać bardziej realne (niż całkowita abstynencja) cele poprzez naukę zmniejszania ilości spożywanego alkoholu. W Austrii natomiast w przypadku pacjentów starszych zaleca się strategię redukcji szkód jako metodę z wyboru.

We wszystkich praktycznie krajach celem terapeutycznym najbardziej pożądanym pozostaje abstynencja, jednak w przypadku niepowodzenia tej strategii, braku na nią zgody lub występowania „łagodniejszych form uzależnienia” [...] dopuszcza się możliwość zarekomendowania pacjentowi strategii redukcji szkód poprzez zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu i liczby „heavy drinking days”. W wielu przypadkach strategię „harm reduction” określa się jako tzw. cel przejściowy (inter-mediate goal) umożliwiający rozpoczęcie terapii i stopniową zmianę jej założeń²⁴.

Należy zaznaczyć jednak, że pewnym przełamaniem specyficznego *tabu* tradycyjnego, medycznego modelu definiowania problemów alkoholowych jest – obok sygnalizowanego wcześniej zjawiska „samoleczenia” – uznawanie kategorii alkoholików wysoko funkcjonujących (*high functioning alcoholics*, HFA). Kiedy jednak przyrzeć się przekazowi płynącemu ze sposobów ich definiowania, można dostrzec groźbę krótkowzroczności traktowania ich sytuacji inaczej niż w tradycyjnych kategoriach medycznych. I tak są to „osoby dobrze funkcjonujące w społeczeństwie, u których problem ZZA²⁵ trwa latami, zanim kryzys życiowy zmusi je do podjęcia terapii”²⁶. Piszę się także o nich, że:

To coraz częściej postaci ze świata dobrobytu, wykształceni i majątni przedstawiciele elit [...]. Należą do nich osoby dobrze zarabiające, odnoszące sukcesy zawodowe, posiadające rodziny, cieszące się uznaniem, autorytetem, nienagannie wyglądające. To tzw. alkoholicy z klasą, przedstawiciele wysoko cenionych zawodów [...]. Zarabiają tyle, że stać ich na to, by odwlec w czasie wystąpienie negatywnych konsekwencji nadmiernego picia, a jeśli już konsekwencje te wystąpią, mogą przynajmniej skutecznie je maskować²⁷.

²² A. Samochowiec i in., Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?, *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(1), 2015: 55–63.

²³ A. Jakubczyk, M. Wojnar, Całkowita abstynencja czy redukcja szkód...

²⁴ Tamże.

²⁵ Zespół uzależnienia alkoholowego.

²⁶ Tamże: 226.

²⁷ M. Abramowicz i in., *Wzorce konsumpcji alkoholu. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo Zakładu Realizacji Badań Społecznych Q&Q, Kawle Dolne 2018: 15.

Perspektywa matek i ojców

Badania „trudnych tematów”, jak doświadczenia rodziców, których dzieci borykają się z problemem uzależnienia, są problematyczne na co najmniej trzech poziomach: emocji badacza i osób badanych, dylematów moralnych dotyczących granic odkrywania dramatycznych przeżyć oraz dostępu do takich osób. Ten ostatni problem jest w dużym zakresie rezultatem dwóch pierwszych.

Agnieszka Golczyńska-Grondas²⁸ pisze, że aby zrealizować założoną w projekcie liczbę wywiadów, nierzadko trzeba posłużyć się niespójnymi metodologicznie technikami doboru celowego. Z perspektywy badań własnych uwagę tę odczytuję na trzy sposoby. Po pierwsze jako rezultat organizacyjnych trudności ze znalezieniem osób, które spełniają „kryteria” doboru. Drugim powodem jest swoista presja czasu, jakiej podlega badacz (czy grupa badaczy) w związku z kalendarzem prac projektowych. Świadomość takiej sytuacji jest ważna, ponieważ specyficzna panika, jakiej podlega badacz, któremu „kurczy się” narzucony formalnymi ramami czas trwania projektu, negatywnie wpływa na badanie rozumiane jako proces, w którym problematyczność jednego elementu rzutuje na inne. Trzeci sposób odczytywania uwagi Golczyńskiej-Grondas należy lokować w sferze metodologicznej. Jeśli stosować wyłącznie jedną metodę doboru – np. śnieżnej kuli – traci się możliwość dotarcia do osób, które z różnych powodów pozostają poza zamkniętą subkulturą czy siecią powiązań (np. instytucjonalnych)²⁹.

Podczas badań własnych zastosowałyśmy śnieżną kulę i rekomendacje oraz pośrednictwo przedstawicieli różnych instytucji „pomocowych”, a także sięgnęłyśmy po nieco inne sposoby. Jednym z nich było angażowanie w poszukiwanie takich rodziców fryzjerek, drugim zaś umieszczenie ogłoszeń na portalach społecznościowych. Angażowanie do pomocy fryzjerki było rezultatem intuicji, ale kiedy przegląda się piśmiennictwo naukowe, pomysł ten przestaje być oryginalny. Profesja ta pojawia się bowiem w kontekście szerszym niż jedynie troska o włosy klienta. Fryzjerzy to osoby, którzy bywają dobrymi słuchaczami, a klienci zwierają się im ze swoich problemów. W wyniku zabiegów kosmetycznych i czasu kurczy się fizyczna odległość między klientem a fryzjerem, bywa więc, że maleje jednocześnie dystans emocjonalny. Niektórzy badacze sygnalizują wątek tzw. terapeutów życia codziennego, na przykład omawiając warunki samoleczenia osób nałogów pijących³⁰, gdzie fryzjerzy znajdują swoje wyraźne miejsce. Z tego też powodu fryzjerzy/-ki są dobrym „tropem”, ponieważ mają naturalny, spontaniczny kontakt z kobietami, które dzielą się swoimi doświadczeniami, opowiadają o przeżyciach lub otwierają się pytane. Dodam, że przestrzeń psychospołeczna, jaka tworzy się w salonach fryzjerskich dla kobiet, była wykorzystywana przez moją dyplomantkę, która przygotowywała pracę magisterską o partnerkach życiowych gangsterów. Za pośrednictwem salonu fryzjerskiego dotarła do dwóch takich kobiet.

²⁸ A. Golczyńska-Grondas, Wywiady biograficzne z osobami ze środowisk wykluczenia społecznego – problemy metodologiczne i etyczne, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, XV(1), 2019: 178–201.

²⁹ Por. J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*: 107.

³⁰ J. Żulewska-Sak, K. Dąbrowska, Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne...

Najłatwiej było trafić do rodziców za pośrednictwem instytucji pomocowych. Jednakże taki sposób doboru osób do badań nasuwał znaczące ograniczenia. Najważniejszy oczywiście był taki, że badaniem objęte byłyby wyłącznie rodziny, które trafiają do instytucji, a przecież są też takie, które, podobnie zresztą jak są osoby z problemowym pićm alkoholu, radzą sobie z trudnościami w obrębie innych niż instytucja przestrzeni wsparcia; bywa, że wyłącznie w zaciszu domu rodzinnego³¹. Być może to tłumaczy pewne odczucie: mamy bowiem przeświadczenie, że znamy wiele rodzin z problemem nałogowego picia, a tak naprawdę są one ukryte, mimo że są widoczne i wszyscy mają świadomość tej widoczności, która jest jednak pozorna, nieupubliczniona, „nieprzyznana” przez rodzinę (zob. podrozdział *Stygmatyzowanie*). Wywiad jest natomiast sytuacją upublicznienia, oficjalnego przyznania się do posiadanego problemu. Co więcej, jako że problem wciąż trwa (w najlepszym przypadku jest nim wyczekiwanie nawrotu), to w istocie badacz/ka prosi o podzielenie się doświadczeniami poniesionej porażki, dowiedzenia beznadziei jeśli chodzi o uzależnienie. Potwierdzeniem może być i to, że część rodziców godziła się na wywiad, wyraźnie upatrując w nim nadziei na pomoc. Stosunek do samego wywiadu był niechętny, ale zgoda była wpisana przez nich niejako w cenę szansy na to, że będzie to miejsce, w którym być może ktoś coś podpowie, poradzi, wskaże dalszą (właściwą) drogę postępowania. Do tego problemu wrócę w opisie perspektywy badaczy.

Stygmat i zarządzanie nim (radzenie sobie z jego ukrywaniem, odkrywaniem, unikaniem) jest jednym z wyjaśnień powodów, z jakich wywiady z rodzicami były trudne i na poziomie pozyskiwania ich zgód na badania i już w trakcie ich trwania. Kiedy otrzymywaliśmy zgody od rodziców, którzy jednocześnie byli użytkownikami instytucji pomocowych, to **upublicznienie swojego piętna** (bycia matką/ojcem alkoholika) mieli już za sobą. Problemy emocjonalne towarzyszące owemu upublicznieniu były przez nich (już) mniej czy bardziej przepracowane. I to dlatego też wywiady z takimi rodzicami były łatwiejsze do realizacji. Nie oznacza to, że wszyscy rodzice, którzy zgłosili się do badań poprzez instytucję, ostatecznie zdecydowali się na udzielenie zgody na wywiad.

Dotarcie do **rodziców „nieinstytucjonalnych”** okupione było wieloma stacjami i rekomendacjami (np. wnuczki-studentki, znajomi). Przykładowo, kiedy umieściłam ogłoszenia na portalach społecznościowych o poszukiwanych takich osobach, były zgłoszenia „pod warunkiem”, że to badania ankietowe. Osoby szybko wycofywały się ze wstępnych zgód i ostentacyjnie traciły zainteresowanie, gdy tylko dowiedziały się o formule badań – spotkaniu twarzą w twarz i opowiedzeniu swojej historii.

Znaczące problemy ze znalezieniem takich rodziców i pozyskaniem zgód na wywiad to bardzo istotny „wynik” tego badania. Jako że istnieją rodziny z problemem alkoholowym, do których badacze nie docierają, to obraz rodziny i jej problemów, jaki zaznacza się na łamach piśmiennictwa naukowego, jest niekompletny. Oddaje on wyłącznie jakąś część problemu i dostarcza tylko pewnych wyjaśnień (np. „reagowania” czy adaptacji w sytuacji ciężkiego, bardzo zaawansowanego

³¹ J. I. Klingemann, Ja muszę Pani powiedzieć szczerze...

uzależnienia). Podobnie jak wnioski z oględzin słonia przez ślepców w hinduskiej przypowieści³². Badacze dotykają tylko tej części problemu, która jest dla nich widoczna, dostępna. Tak więc obraz najbliższych członków osób problemowo pijących alkohol w piśmiennictwie naukowym powstał na podstawie badania tej grupy rodzin, które „dały się” zbadać i które można było zbadać.

W sposób analogiczny problemy takie podnoszone są przez badaczy „samowyleczeń”. Pisałam o tym w poprzednim podrozdziale (*Między dewiacją a chorobą*): brak informacji o ich specyficznych doświadczeniach powoduje, że definiowanie tego, co określane jest mianem „choroby alkoholowej”, jest niepełne i (być może) dotyczy tylko pewnych (ale niejedynych) jej wzorców.

Dlaczego owa niekompletność jest taka istotna? Pomijając wątki poznawcze, brak dostatecznych danych od rodzin i alkoholików, którzy nigdy nie trafiają do instytucji specjalistycznych, powoduje, że wiedza na temat innych niż tradycyjne (systemowe) form pomocy w pokonywaniu problemów jest niewielka. Pewną lukę w tym zakresie wypełniają publikacje poświęcone zagadnieniom kapitału regeneracyjnego (*recovery capital*)³³.

Ważny jest także wniosek, że rodzic dziecka z problemem alkoholowym jest **rodzicem niedającym się zinstytucjonalizować** lub **niechętnie się instytucjonalizującym**. Co prawda część matek i ojców pozyskaliśmy do wywiadów poprzez instytucję, co (zdawałoby się) zaprzecza mojemu stwierdzeniu, jednak jeśli wnikiwie się w natężenie zinstytucjonalizowania nawet tych rodziców, którzy już w tych instytucjach są, to jest ono słabe, co widać w dwóch elementach: **czasowości** zinstytucjonalizowania oraz – w tym, co się wiąże z pierwszym, ale nie pokrywa – jego **parcelacji**. Przez czasowość rozumiem „chwilowość” – np. bycie użytkownikiem instytucji tylko do czasu zorganizowania leczenia dziecka lub pozyskania porady (czy uświadomienia sobie, że instytucja nie jest miejscem, które spełnia rodzicielskie oczekiwania wsparcia). W wypowiedziach specjalistów (terapeutów) silnie zaznacza się wątek specyficznego oporu rodziców „alkoholików” przed terapią, przed „pomocą samemu sobie”. Natomiast jeśli chodzi o parcelację zinstytucjonalizowania (się) rodziców, to mam na myśli to, że ojcowie i matki osób szkodliwie używających alkoholu są bardziej zatowizowaną, niekonsolidującą się grupą w porównaniu do rodziców „narkomanów”. Wydawać by się mogło, że rodzaj doświadczeń i waga problemów są podobne³⁴, a mechanizmy, jakie rządzą działaniami rodziców, identyczne. A jednak historia tworzenia i funkcjonowanie zinstytucjonalizowanych form wsparcia dla rodzin osób z uzależnieniem w ogóle to przestrzeń, w której przede wszystkim widoczni są rodzice osób z uzależnieniem od narkotyków i żony mężczyzn z diagnozą uzależnienia od alkoholu. Oczywiście łatwo o wyjaśnienia dla takich obserwacji. Proces uzależniania od alkoholu przebiega zwykle wolniej niż od narkotyków, a ponadto statystyczny „alkoholik” jest starszy niż statystyczny „narkoman”³⁵. Oznacza to, że ten drugi częściej

³² R. Granfield, W. Cloud, The elephant that no one sees...

³³ Zagadnienie to opisywałam w podrozdziale *Medykalizowanie*.

³⁴ Por. m.in. E. Trębińska-Szumigraj, *Współuzależnienie matek narkomanów*, GWP, Gdańsk 2010.

³⁵ Zdaję sobie sprawę z pewnego uproszczenia. Nie potrafię wskazać konkretnych badań, które ukazywałyby strukturę wieku osób z diagnozą uzależnienia od narkotyków i alkoholu. Do wniosku

mieszka z rodzicami i nie usamodzielnia się. Natomiast w pierwszym przypadku można by w pewnym uproszczeniu stwierdzić: żona idzie do instytucji, by ratować małżeństwo i siebie w tym małżeństwie, natomiast rodzice nie szukają pomocy dla siebie, tylko dziecka. Jeśli więc uznają, że instytucja im w tym nie pomaga – nie pozostają w niej, by „pomóc sobie”.

Tak więc znaczącym elementem biografii rodziców, których dzieci są uzależnione od alkoholu, nie jest udział w instytucjonalnych formach wsparcia – samopomocowych czy bardziej „profesjonalnych”. Nie oznacza to, że rodzice nie uczestniczą w grupach terapeutycznych w ogóle. Mam raczej na myśli to, że nie można mówić o tradycji takich rodzicielskich grup, analogicznie jak np. w odniesieniu do rodziców „narkomanów”. Marek Staniaszek, który posiada wieloletnie i bardzo bogate doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z uzależnieniem (od narkotyków i alkoholu) i który rozpoczynał swoje działania zawodowe jeszcze w „dawnych latach posthipisowskich”, czyli obserwował rozwój różnych instytucjonalnych form pomocy dla członków rodzin z uzależnieniem w Polsce, stwierdza:

Później, gdy powstawały już grupy samopomocowe dla rodziców, to mieli oni różne pomysły i opowiadali o tym, jak sobie radzili [...]. Ja też pracowałem i byłem szefem takiego oddziału odwykowego dla alkoholików, więc zaobserwowałem istotną różnicę – o ile rodzice dorosłych narkomanów, dorosłych organizowali się, tworzyli samopomocowe grupy wsparcia, a nawet formalne stowarzyszenia rodziców, o tyle nie ma i nie było takich [...] grup dla rodziców dorosłych alkoholików [...]. To było zawsze jakieś takie bardziej indywidualne i to mnie dziwi, bo [...] poza ruchem AA-owskim nie ma nic takiego. Rodzice nie chcą spotkań grupowych.

Innych przyczyn takiej zależności można szukać w dwóch czynnikach: kulturowym i klinicznym. Alkohol w odróżnieniu od narkotyków jest substancją „oswojoną”. Sam w sobie nie jest też analizowany w kontekście bezwzględnej szkodliwości. Problem polega na jego nadużywaniu. Jeśli chodzi zaś o narkotyki, to przynajmniej w czasie, gdy rodzice intensywnie zwracali się wokół problemu swoich dorosłych dzieci, to jest/był to relatywnie „nowy produkt” i kategorię rozpatrywany w kategoriach ogromnej szkodliwości, nawet w przypadku jednorazowego, niewielkiego użycia. Truizmem jest stwierdzenie, że zachowania alkoholowe wyrosły na gruncie tradycji, a nawet stanowią element tożsamości i przynależności kulturowej, podczas gdy narkotyki to „objaw” patologii społecznej, dewiacji, ewentualnie kontestacji, subkultury.

Owo społeczne i kulturowe „oswojenie” (lub nie) produktu, który odgrywa istotną rolę w podejściu rodziców do zjawiska. Socjalizacja alkoholowa stanowi naturalny element rodzicielskiego życia (alkohol był i jest obecny w większości domów i sam w sobie nie jest towarem z natury „patologicznym”). Narkotyk nie miał szans na „niewinne” osadzenie się w codzienności rodziny, z założenia był tematem tabu lub przedmiotem dewiacji. Silne jest przekonanie, że tradycyjny kieliszek wódki życia nie zrukuje, podczas gdy nawet jedna dawka narkotyku zawsze wróży niepewność. Ponadto rozwój uzależnienia, zwłaszcza w przypadku

takiego upoważnił mnie przegląd publikacji z udziałem „leczonych” i „zaleczonych” osób przez pryzmat np. jakości ich środowiska wsparcia, prężności psychicznej, odporności na stres itp. Nawet pobieżna analiza charakterystyk badanych osób pozwala na wysunięcie takiego wniosku.

tw. twardych narkotyków, jest gwałtowny i daje bardzo wyraźne objawy już w niedługim okresie używania. „Alkoholizm” łatwiej się kamufluje w czasie i przejawach. Staniaszek uzasadnia to następująco:

Problem narkomański był jakby nowy, nieliczny i bardzo silnie stymulował rodziców, którym zależało na uratowaniu dziecka. Większość rodziców dzieci alkoholików, nie uważała i nie uważa, że to jest to naprawdę poważny problem zdrowotny w kategoriach choroby alkoholowej. Jest to społecznie dopuszczalne [...]. Z drugiej strony nie ma takich szkód, jakie wywołuje narkotyk w porównaniu z alkoholem.

To właśnie ze względu na sposób myślenia o znaczeniu „jednego kieliszka” vs „jednej dawce narkotyku” i natężenia szkód, jakie wywołuje narkotyk w porównaniu z alkoholem (dynamika uzależnienia), w rezultacie powoduje, że rodzice „alkoholika” nie postrzegają problemu w spożywaniu alkoholu. Nawet jego nadużywanie jest dopuszczalne i wyeliminowanie go z życia nie jest dla nich obligatoryjne. Bywa więc, że to, co chcieliby uzyskać, to pomoc, by syn/córka nie pili „tak dużo”, **odzyskać dziecko z czasów, kiedy „piło normalnie” i „jak wszyscy”**.

Z punktu widzenia dylematów etycznych najtrudniej było w przypadku badań rodziców, którzy nie byli „zinstytucjonalizowani”. Bywa, że kurtyna jest tylko nieznacznie uchylana, a dramat toczy się z bardzo ograniczoną widownią. Nałogowe i szkodliwe picie alkoholu przez dorosłe dziecko jako element biografii rodziców, którzy nie mają doświadczeń instytucjonalnych to **biografie zamknięte w domu**, skrętnie skrywane nawet w sytuacji, gdy uzależnienie dziecka jest tajemnicą pozorną, o której nie wiedzą tylko niektóre osoby z najbliższego otoczenia czy dalszej rodziny. Wszystkie takie badane osoby wiele razy upewniały się, że ich dane będą zmienione oraz że w żaden sposób nie będzie można ich rozpoznać. Czasem miało się wrażenie podczas trwania wywiadów i ich czytania, że się bierze udział w rodzinnej konspiracji.

Na marginesie podzielę się następującym spostrzeżeniem: kiedy realizowałam wywiady biograficzne z recydywistami³⁶, zdarzało się, że na koniec spotkania dzielili się ze mną refleksją, że opowiedzenie mi swojej historii życia, opis swoich doświadczeń pozwolił im na uporządkowanie biegu swojej biografii, przyjrzenie się jej z zewnątrz. Podobnych informacji nie otrzymywaliśmy od badanych rodziców. Dla żadnego z nich wywiad nie był przestrzenią wyżalenia się, możliwością przyjrzenia się swojej rodzicielskiej biografii matki/ojca alkoholika z dystansu. Z nielicznymi wyjątkami dominujące były **niezamknięte trajektorie cierpienia**. Mówiąc o „nielicznych wyjątkach”, dodam, że przede wszystkim dotyczyły one rodziców, których dzieci poniosły śmierć bezpośrednio w konsekwencji szkodliwego picia alkoholu lub takich, którzy sami byli „trzeźwymi alkoholikami”.

Ostatecznie, biorąc pod uwagę wyłaniające się podczas analiz kierunki poszukiwań oraz możliwości organizacyjne, rodziców, z którymi były przeprowadzone wywiady, stanowili³⁷: **matki**, rodzice z **wielkiego miasta**, matki z **małego miasta**, matki **bez problemowego picia**, samotne matki **pijących synów**, rodzice

³⁶ R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą. Kariery instytucjonalne osób powracających do przestępczości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.

³⁷ Staram się zachować kolejność według frekwencji pozyskanych wywiadów.

korzystający z instytucjonalnego systemu wsparcia (tj. **z etykietą pacjenta**), matki **pijących córek**, a także **ojcowie** pijących nałogowo synów, rodzice – „**trzeźwi alkoholicy**”, matki synów, którzy **stracili życie** w konsekwencji picia, rodzice **niekorzystający z instytucjonalnego systemu wsparcia**, matki **ze wsi**, rodzice **w kryzysie bezdomności**, ojcowie **bez problemowego picia**, rodzice, których **dwoje dzieci nałogowo pije**, ale tylko w przypadku jednego jest to picie bezpośrednio absorbujące działania, oraz rodzice-trzeźwi alkoholicy **pracujący na rzecz organizacji** wspierającej osoby z uzależnieniem. Mimo starań nie udało się natomiast pozyskać do wywiadów: ojców ze wsi, ojców z małych miast, rodziców tych pijących córek i synów, którzy mają długi okres abstynencji (AA) oraz ojców pijących córek. Zdaję sobie sprawę, że lista nieobecnych biografii rodzicielskich może być dłuższa niż te „przypadki”, które wymieniam. Dodam jeszcze, że dwa wywiady (osobne) zostały zrobione z rodzicami, którzy są małżonkami, a dziecko z problemem alkoholowym jest ich wspólnym synem³⁸.

Z pozyskanych wywiadów z rodzicami (także z dorosłym rodzeństwem „alkoholików”) wyłoniło się kilka obrazów matek i ojców osób używających alkoholu szkodliwie. Zaznaczam, że żaden z zaproponowanych poniżej rodzicielskich stanów nie jest idealnie reprezentatywny dla wszystkich wywiadów zakwalifikowanych do danej kategorii, a jedynie pewną dostrzeżaną przeze mnie i zespół badaczy tendencją.

I tak, jeśli chodzi o perspektywę czasu: problemowe picie dorosłego dziecka było tym elementem rodzicielskich biografii, który rozgrywa(ł) się „**tu i teraz**”, czyli takim, który przeniknął do wszystkich sfer ich życia oraz tym, któremu **przyglądają się z dystansu** (z powodu śmierci dziecka lub powodowanego wypracowaniem strategii radzenia sobie).

Z punktów widzenia etapu „radzenia sobie” przez rodzica z piciem alkoholu przez dorosłe dziecko w sposób szkodliwy dla siebie i otoczenia, byli to rodzice, którzy pozostawali na różnym etapie trajektorii cierpienia. Byli tacy (w mniejszości), którzy **mieli już „przepracowaną” swoją rodzicielską biografię matki/ojca alkoholika**. Ich narracje były uporządkowane, a rekonstruowane wydarzenia pozwalały odtworzyć całą drogę zmagania się z „alkoholizmem” syna/córki. Nie bez znaczenia był tu udział niektórych z nich (ale nie wszystkich) w różnych formach instytucjonalnego wsparcia, podczas których wątki biograficzne były już poruszane (np. na potrzeby grupy terapeutycznej czy spotkań AA). Narratorami byli i ci, dla których wydarzenia związane ze szkodliwym piciem alkoholu przez dziecko było wciąż burzliwym, pełnym „świeżych” emocji doświadczeniem, a **sposoby skutecznego (po)radzenia sobie z problemem pozostawały dopiero w fazie testowania**. Bycie w środku i w trakcie trwania rodzicielskiej „burzy” uwidaczniało się w sposobie wypowiedzi, rodzaju poruszanych wątków oraz emocjach, jakie towarzyszyły wywiadam³⁹.

³⁸ Były to wywiady zrealizowane przez jedną z badaczek, Dianę Müller-Siekierską. W trakcie pisania tej książki były one przedmiotem odrębnych analiz zespołu badawczego. Stanowiły specyficzne bogactwo wiedzy na temat różnych sposobów definiowania tego co się dzieje w tym samym czasie i miejscu przez ojca i matkę.

³⁹ Zob. także: G. Dobińska, A. Cieślukowska-Ryczko, Strategie pracy z rodzicami osób z uzależnieniem od alkoholu. Perspektywa profesjonalistów, [w:] D. Müller-Siekierska, J. Ratkowska-Pasikowska,

Z punktu widzenia nasilenia problemu picia dorosłych dzieci dominowali rodzice, których synowie **mieli „oficjalną” diagnozę uzależnienia od alkoholu**, a także ci, których dzieci co prawda nie trafiły nigdy do psychiatry i nie mają medycznej etykiety, ale **nałogowo sięgają po alkohol i jest to picie problemowe, tj. dotkliwie odczuwane przez najbliższych**, stwarza poważne problemy dla rodziny i nich samych. Rodzaj etykiety (formalna vs nieformalna) nie różnicował sposobu narracji, nie okazał się być przydatnym czynnikiem podziału i analizy. Wspólnym mianownikiem wszystkich rodziców było szkodliwe (dla otoczenia i siebie samego) picie alkoholu ich dorosłego dziecka. **Status diagnozy** (zdroworozsądkowa vs medyczna) nie miał znaczenia dla ciężaru doświadczeń i sposobów ich rekonstruowania.

Kolejny podział rodziców to ich „zinstytucjonalizowanie”. Zresztą ta perspektywa jest ważna i dlatego, że wyznacza strukturę dalszej części książki. Mam tu na myśli narratorów, których pozyskaliśmy za pośrednictwem pracowników instytucji pomocowych („rodzice z instytucji”) i tych, do których trafiliśmy bardziej „prywatnymi” drogami. Co istotne, taki podział nie jest tożsamy z tym, przez pryzmat którego dany wywiad oznacza się jako „udany” czy „mniej przydatny”, a narratorów „dobrych” czy „nieudanych”⁴⁰. Co prawda rodzice z doświadczeniem np. terapii konstruują uporządkowaną narrację⁴¹, jednak istnieje ryzyko, że ich dystans to specyficzna strategia „poradzenia sobie”, definicja wyprodukowana podczas terapii wspólnie z terapeutą i stanowiąca tarczę obronną, którą trzyma się wysoko i którą się wystawia na pokaz. Narracje przepełnione są bowiem językiem instytucji, terapii. Jest to **nabyty (pod wpływem instytucji) język opisu wydarzeń i sytuacji**, dający możliwość nadawania interpretacjom swojego życia statusu zobiektywizowanych znaczeń⁴².

Byłoby jednak dużym uproszczeniem pisać, że ten specyficzny język jest charakterystyczny wyłącznie dla rodziców z doświadczeniem wsparcia instytucjonalnego. Posługiwali się nim również i ci, którzy co prawda omijali instytucje, ale szukali specjalistycznej wiedzy „na własną rękę”. Biorąc pod uwagę natężenie procesów medykalizacji we współczesnym świecie (zob. podrozdział: *Medykalizacja*), nietrudno o stawianie diagnoz i prognoz. Podam przykład wypowiedzi takiego rodzica:

Wie pani uważam, że jest [pauza] jest poprawa znaczna. Chociaż alkoholizm jest niewyleczalny, to jest, to jest... to jest choroba nieuleczalna, nie ma... śmiertelna, nieuleczalna i można [zawahanie] zaleczyć. Jak to się, wiele innych chorób... że zaleczone to zostało, ale niewyleczone. Bo to niewyleczalna choroba. No. [ROS]

K. Walczak-Człapińska (red.), *Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020 [w druku].

⁴⁰ M. Granosik, *Metoda biograficzna a emancypacyjna praktyka. Perspektywa społeczno-pedagogiczna*, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 15(2), 2019: 118–130.

⁴¹ Na marginesie należy zaznaczyć, że z punktu widzenia metodologii wywiadu autobiograficznego nie są oni pożądanymi narratorami. Pożądana jest bowiem narracja, która została wypowiedziana na pierwszy raz, naturalna, spontaniczna.

⁴² Por. m.in. R. Szczepanik, „Otworzyło mi się wtedy...: 250–251.

Wypowiedzi **rodziców „nieskażonych instytucją”** (przypomnę, że genezę nazwy i opis tej grupy rodziców przedstawiłam w podrozdziale: *Rodzice osób problemowo pijących alkohol w świetle założeń badań własnych*) były mniej uporządkowane i odnosiło się wrażenie, że jeszcze nikomu nie opowiadali „całej tej historii”, nikt ich o nią nie pytał wprost. Było to rodzinne tabu, o którym rozmawiali tylko z członkami rodziny albo z bliskimi znajomymi. Czasem dawało się to wyrazić odczuć, czytając wywiad (sygnalizowana przeze mnie wcześniej konspiracja).

Kolejną linię podziału badanych rodziców nazwę „transparentnością problemu”. Dla jednej grupy **problem alkoholowy dziecka był pilnie strzeżonym sekretem rodzinnym**, dla drugiej (już) sprawą publiczną. Ci pierwsi dużo uwagi poświęcali upewnieniu się, że ich dane zostaną zmienione, a cały wywiad nie trafi na zewnątrz, np. do mediów. Drudzy natomiast mówili o problemach rodziny względnie otwarcie. Czasem można było nawet odnieść wrażenie, że są „wytrenowani” w przekazywaniu swojej historii, a ich **otwartość to rodzaj autoprezentacji i sposobu radzenia sobie** z trudnym rodzicielstwem.

Inny charakter miało doświadczenie uzależnienia dziecka jako element rodzicielskiej biografii ojców i matek, którzy mieli uprzednio kontakt z nałogowym pićciem kogoś bliskiego lub sami borykali się z uzależnieniem. Byli to **rodzice osób problemowo pijących, którzy byli „trzeźwymi alkoholikami”** wyleczonymi dzięki różnym instytucjonalnym formom pomocy, głównie w związku z ruchem AA. Nawiasem mówiąc, mimo intensywnych poszukiwań i prób pozyskania zgód, nie udało się dotrzeć do rodziców, których dzieci były „trzeźwymi alkoholikami” i aktywnie udzielały się w ruchu AA. Fragmentaryczny obraz takich rodziców wyniosłam z udziału w otwartych spotkaniach AA, w trakcie których liderzy grup dzielili się doświadczeniami w relacjach ze swoimi rodzicami (w przeszłości i w trakcie trwania w trzeźwości). W ten ostatni rodzaj rodzicielskich biografii wpisuję również takie, w których matki „alkoholika” miały uprzednie, zinstytucjonalizowane doświadczenia pracy z **powodu problemowego picia męża**. W tej grupie rodzicielskich biografii lokuję również tych, którzy dorastali w środowisku problemowego picia dorosłych (uzależnienie swojego rodzica).

Perspektywa specjalistów

Jeżeli chodzi o równoległe badaną grupę osób, z którymi realizowane były wywiady, to najwięcej przeprowadzono z terapeutami uzależnień. Z perspektywy czasu zaryzykuję następujące stwierdzenie: relatywnie łatwo było dotrzeć i otrzymać zgody na udział w badaniach, natomiast trudno było (z pewnymi wyjątkami) o pozyskanie zróżnicowanego pod kątem zawartości materiału. Mam tu na myśli głównie wywiady z terapeutami z publicznych instytucji leczenia odwykowego, które zaskakiwały bardzo niewielkim zróżnicowaniem przekazu i „jednomyślnością” pozyskanych danych.

Dominującym wrażeniem z lektury tych wywiadów było to, że znaczna część niemal każdego z nich nie wносиła nic więcej nad to, co wyczytać można z książek o współuzależnieniu. Pierwszym krokiem analizy tych wywiadów było przebicie

się przez żargon i opis założonych celów terapii z członkami rodzin. W wielu fragmentach były to opowieści o terapii z użyciem języka terapii. Z punktu widzenia przedmiotu badań niektóre wywiady były wyjątkowo nieudane właśnie z tego względu, że respondent nie wychodził ani na moment z roli psychologa-terapeuty, który psychoedukuje i wyjaśnia, a nie opisuje swoje doświadczenia czy dzieli się spostrzeżeniami. Bywało także, że jeśli pojawiał się opis doświadczeń czy rekonstrukcja przypadków, to towarzyszyła mu silna interpretacja psychologiczna.

Już od lektury pierwszych wywiadów było jasne, że rozsądne będzie rozbięcie terapeutów na dwie grupy i porównywanie przypadków według tego klucza podziału. Pierwsi to ci, których tożsamość zawodowa formowała się w warunkach publicznych instytucji leczenia odwykowego i zdrowia psychicznego, a następnie była modyfikowana na podstawie doświadczeń pracy z klientem/pacjentem w obrębie własnych, prywatnych gabinetów czy niepublicznych poradni. Na potrzeby analiz roboczo określiłam ich nazwą **elastycznych w stosunku do rutyny**. Do drugiej grupy – **przywiązanych do rutyny** – zakwalifikowałam tych, których doświadczenia zawodowe kształtowały się w wyłącznie publicznych instytucjach (lokalnego systemu). Mniej więcej pozostawali oni odpowiednio w relacji 1:4.

Wyjaśnię zasadność powyższych nazw, jakie ukułam w trakcie analiz wywiadów z terapeutami. Mogą one bowiem wydać się nadmiernym uproszczeniem i sposobem niesprawiedliwego wartościowania oraz dychotomii typu: publiczny/konserwatywny vs niepubliczny/otwarty na nowe rozwiązania i praktyki. Muszę zaznaczyć, że badania nie były realizowane z udziałem reprezentatywnej grupy przedstawicieli instytucji z całej Polski, jedynie w części centralnej kraju. Ich celem nie było także dokonanie oceny dominujących „podejść” terapeutów – reprezentantów różnych instytucji w pracy z rodzinami osób z diagnozą uzależnienia od alkoholu. Natomiast znalazłam pewne dane, w których upatruję warunki do pozostania przy tych nazwach i operowania nimi podczas opisu sposobu definiowania problemów rodzin oraz oferty pomocy. Pomocny jest też fragment poniżej przytoczonego wywiadu.

Informatorką była psychoterapeutka, bardzo aktywna na polu szkoleniowym, supervizji. Ciesząca się uznaniem w środowisku specjalistycznym, a jej pozycja poparta jest wieloletnim doświadczeniem zawodowym. Wymieniła placówki, o których wie, że „przełamują rutynę”. Wskazanie ośrodków, które „przełamują rutynę” w obrębie publicznych instytucji leczenia i terapii uzależnień można by potraktować jako ilustrację pewnej tendencji (w myśl reguły o wyjątkach, które potwierdzają regułę):

E: Jest już dość dużo ośrodków, przynajmniej w Polsce [...], które pracują tym modelem.

B: Tak?

E: Wymienię ośrodek w [nazwa miejscowości], na przykład pod [nazwa wielkiego miasta], gdzie dyrektor jest psychiatrą, psychoterapeutą uzależnień, psychoterapeutą, który jest wykształcony w naszym podejściu. Jego szefowa kończy szkolenie w psychoterapii. Cały zespół w ramach [nazwa projektu] w 2013–2014 roku przeszkoliliśmy, dwudziestu iluś terapeutów. Więc mówię o tym modelowym, który jeszcze superwizujemy, współpracujemy. Ale w [nazwa dzielnicy], w [nazwa miasta] są już takie ośrodki. [...] zostało to podane do wiadomości PARP-y i w publikacjach, na konferencjach ten nurt jest już omawiany, w oficjalnych tych gremiach to już istnieje, a w praktyce tym bardziej – dlatego że jeśli ktoś ma swój ośrodek, to naprawdę nam, terapeutom, nikt nie może narzucić, jak mamy pracować. [...]

B: A ta cała sprawa z redukcją szkół, to znaczy być może się myślę, że ciągle dominuje ta terapia – „przestań w ogóle pić”, „to dopiero porozmawiamy”, tak?

E: Tak.

B: Ale dlaczego to jest dominujące?

E: To nie jest nasza specyfika – Polski, tylko [...] Belgii, Holandii, Finlandii – tam jest system wyboru dla pacjenta: picia normalnego czy kontrolowanego, powrotu do bezpiecznego używania albo życia w pełnej abstinencji. [...] to nie jest takie straszne, jak my myślimy, że przychodzi pacjent i pojawia się pytanie „chcesz pić, czy chcesz kontrolować?” Absolutnie nie. I to doktor [imię i nazwisko] w [nazwa miejscowości], dyrektor, wprowadził u siebie. Oczywiście nie w oddziale zamkniętym, bo tam mamy 8 tygodni (czy więcej) terapii i tam musi być abstinencja [...]. Ale później, w poradni w [nazwa miasta] już są grupy, gdzie nie ma przymusu abstinencji. Ale to jest minimum pół roku po rozpoczęciu leczenia i półrocznej abstinencji [...].

Owo przywiązanie do rutyny nie musi wynikać z ich przekonań czy braku otwartości na „nowości”. Wręcz przeciwnie. Problem może tkwić w funkcjonowaniu instytucji – procedurach, ograniczeniach formalno-prawnych, powolnych reformach, jakie dokonują się w obrębie placówek i które nie nadążają za potrzebami wynikającymi z przeobrażeń społecznych i kulturowych. Można więc mówić, że co najmniej pewna część terapeutów, o których piszę, że jest „przywiązana do rutyny” – to w istocie **specjaliści uwięzieni przez instytucje**. Doskonale ilustruje odnotowane przeze mnie zjawisko następujący fragment wywiadu (fokusowego):

PTUF [...] różni specjaliści spotykają się z jakąś rodziną i są gotowi bez szczególnych blokad instytucjonalnych podejmować na bieżąco współpracę i uzgadniać swoje oddziaływania, czy przekazywać sobie nawzajem.

KF1: Ale to się ogranicza do straszenia.

PSF: Specjaliści są gotowi, instytucje nie.

PTUF: Nie, ja mówię o instytucjach. Oczywiście, że specjaliści są gotowi, jasne.

KF2: Instytucje są szablonowe bardzo takie.

PTUF: Specjalistom często tego brakuje właśnie. Natomiast te ograniczenia nadal w nas tkwią. Wiecie, w Danii, jak się jakikolwiek człowiek, który się zajmuje usługami społecznymi spotka z jakimś problemem, to ma absolutną swobodę w tym, żeby natychmiast zwołać samemu Zespół Interdyscyplinarny, bo on wtedy jest szefem [...].

Specjaliści „przywiązani do rutyny” to również ci, którzy „walczą” na pierwszej linii ognia i ich argumentacje przypominają trochę nastawienia rodziców szukających różnych „sztuczek”, trików do zastosowania wobec dziecka, które pije, by zmniejszyć tę szkodliwość. Mówią o pracownikach socjalnych, którzy w pracy spotykają się z agresją, przemocą i stanem krytycznym rodziny. Tkwią oni w pewnym potrzasku: między nowymi trendami w postępowaniu z osobami szkodliwie pijącymi a „starymi” problemami związanymi z „alkoholikami”. Przynotuję wypowiedź jednego z pracowników socjalnych z wywiadu fokusowego:

Czyli jakby takie myślenie cały czas funkcjonuje i nawet, jak udało się zachęcić dosyć dużą grupę, właściwie połowę, pracowników, z tego akurat Punktu Pracy Socjalnej, który w dzisiejszej konferencji uczestniczy. I pewien punkt jest taki, że większość z tych osób się zaciekało tym tematem przymusowego leczenia, ale nie z takim myśleniem, że to już jest taki archaizm, który odchodzi, że właśnie powinniśmy nastawić się na to, że powinniśmy od tego odchodzić, ale raczej z tym, że a może dowiemy się czegoś ciekawego i będziemy mogli to realizować. Raczej w tę stronę. [PSF]

Muszę przyznać że, różnorodność miejsc pracy wszystkich respondentów była imponująca: szpitale psychiatryczne, placówki terapii, poradnie leczenia uzależnień, gabinety terapii krótkoterminowej, MONAR-y, ośrodki interwencji kryzysowej przy ośrodkach pomocy społecznej, oddziały dzienne, praktyka prywatna. Dodam także, że wszyscy (oprócz jednej respondentki) stanowili grupę doświadczonych stażem co najmniej 10 lat pracowników różnych instytucji oraz byli wśród nich ci, którzy pełnili funkcje kierownicze. W zdecydowanej większości były to kobiety (stosunek 5:1).

Wywiady z terapeutami „przywiązanymi do rutyny” są jednogłosowe w tym sensie, że wszyscy są reprezentantami tego samego modelu definiowania problemów alkoholowych i postępowania z członkami rodzin z diagnozą uzależnienia od alkoholu. Ani w jednym wywiadzie z badanymi terapeutami, których działania przebiegają (tylko) w obrębie w publicznych instytucji, nie pojawiła się krytyczna refleksja czy próba spojrzenia na główny nurt postępowania z osobami z diagnozą uzależnienia od alkoholu z dystansu i przez pryzmat najnowszych rozwiązań, np. w obrębie polityki redukcji szkód.

Co ciekawe głosy o innym niż tradycyjny model postępowania z „alkoholikiem” i jego rodziną nie ujawniły się również podczas wywiadu fokusowego. Co prawda głosy specjalistów biorących udział w wywiadzie różniły się i uwidaczniała się **świadomość nieskuteczności konserwatywnego podejścia mieszczącego się w metaforze „sięgania dna przez alkoholika”**. Jednak niemal cały ciężar dyskusji został oparty na traktowaniu członków rodziny, także rodziców, jako grupy uwikłanej w uzależnienie i podtrzymującej nałóg, trudnej, odpornej na pomoc, nieracjonalnej i/lub spychającej odpowiedzialność na instytucje w sytuacji, gdy na konstruktywną zmianę jest właściwie za późno. Działania rodziców w dużym stopniu sprowadzone były do toksycznej nadopiekuńczości i niekonsekwencji w „zamknięciu lodówki na kłódkę”. Przytoczę fragment wywiadu fokusowego:

KF: Najgorsze są mamusie syneczków [...].

PSF: [...] Ja stosuję taką metodę szokową, odciąć pępowinę, niech się odbiją od dna, zamknąć lodówkę i tam łańcuch na lodówkę i tym podobne rzeczy, to ja już jadę po całosci, ale jakby z tymi rodzinami staram się tak dość ostro i robię to celowo. Wiem, że to będzie „nie” i przy następnym naszym widzeniu się, one już są bardziej plastyczne, już bardziej można wtedy pewne rzeczy jakoś z nimi wynegocjować, żeby ten uzależniony miał możliwość stanąć na własnych nogach albo się na nich przewrócić.

PTUF: Znaczy, bym powiedziała, że i tak, i nie, dlatego że, tak jak tutaj pan mówił, takie drastyczne odcięcie, to zrodzi bunt i zupełnie osoba nie zrozumie, o co chodzi, ale jeżeli to by się wiązało z tym, że rodzic łapie przynajmniej odrobinę świadomości, że jest nadodpowiedzialny i że właśnie robi krzywdę swojemu dziecku i że jeżeli przejmie odpowiedzialność i powie, słuchaj synu, jesteś dorosły, zacznij pracować, zacznij kupować jedzenie, zacznij dbać o siebie, ja właśnie w tym momencie biorę odpowiedzialność tylko za siebie, to w moim rozumieniu miałyby to rzecz, ale podkreślam, w takim przejęciu tylko swojej odpowiedzialności i oddania odpowiedzialności dziecku. Ale wydaje mi się, że to nie ma szans pójść, jeżeli ten rodzic nie będzie miał chociaż skrawka świadomości, czyli na przykład nie zacznie korzystać przynajmniej z jakiejś tam formy terapii.

KF1: No to ja się zgadzam, bo to...

KF2: Takie przeświadczenie właśnie, niech sięgnie dna, wtedy się odbije i zacznie doceniać pewne rzeczy, to gdzieś pokutowało latami wcześniej. Ja mam przypadek taki, że [...].

W dostrzegane przeze mnie tendencje w sposobie definiowania problemów związanych z pomocą rodzinom z uzależnieniem od alkoholu wpisuje także duże

zainteresowanie uczestników konferencji „przymusowym leczeniem”⁴³ i kontrolersjami, jakie się z nim wiążą. Myślę, że zdominowanie zbiorowej dyskusji (wywiad fokusowy, głosy w dyskusji w sekcjach) przez problemy charakterystyczne dla konserwatywnego modelu leczenia i terapii oraz wyraźne zainteresowanie osób biorących udział w konferencji zagadnieniem tzw. przymusowego leczenia związane było ze strukturą zawodową uczestników. Zarówno samą salę konferencyjną, jak i wywiad fokusowy zdominowali kuratorzy sądowi i pracownicy socjalni. Terapeuci pozostawali w relatywnej mniejszości. Na sali byli także pojedynczy policjanci. W rezultacie dominującego „zapotrzebowania” uwaga skupiona była tylko na problemach, które powodowane są bardzo szkodliwym pićm, wieloletnim i zaawansowanym uzależnieniem. Dominującym „klientem” pracownika socjalnego czy kuratora sądowego będzie raczej osoba, która pije już bardzo szkodliwie i ponosi realne konsekwencje swojego picia; nie zaś ta, która zarządza swoim nałogowym używaniem alkoholu w sposób funkcjonalny i niebudzący potrzeby interwencji instytucji.

Wróćę do dominującej perspektywy terapeutów „przywiązanych do rutyny”. Wyłania się z niej „statystyczny” obraz rodzica (a właściwie matki) osoby problemowo pijącej alkohol, który zwraca się do instytucji o pomoc dopiero wtedy, gdy to picie jest już bardzo szkodliwe i gdy wyczerpane zostały wszystkie sposoby rozwiązania „rodzinnego problemu”. Instytucja więc traktowana jest jako „ostatnia deska ratunku”. Trafiają tu rodzice osób ze znaczącymi problemami powodowanymi wieloletnim pićm ich dzieci. Wcześniej „alkoholizm” ich dziecka był „swojski”, a rodzice (czy szerzej: rodzina) dawali sobie z nim radę.

[...] nie widać tego obsuwania, pogorszenia funkcjonowania indywidualnego, społecznego, nie chcę nazywać tego psychodegradacją. Rodzice tego nie widzą. To jest bardziej rozciągnięte w czasie. [E]

Zaznaczają się trzy wyraźne rodzaje tych zgłoszeń. Pierwszy to traktowanie instytucji jako (kolejnej) szansy na **zdobycie wiedzy o sposobach zahamowania problemu alkoholowego** („Tak trochę poszukują takich magicznych trików” [PTUP]), drugi to **aktywne ratowanie dziecka** („Choroba jest już bardzo zaawansowana” [PTUP]), natomiast trzeci to **oddanie problemu w ręce instytucji**. Wątki te rozwinę w dalszych podrozdziałach.

Potwierdzenie moich dotychczasowych ustaleń znajduję w pracy Dobińskiej i Cieślukowskiej-Ryczko⁴⁴, które analizowały materiał empiryczny⁴⁵ – sposoby definiowania przez przedstawicieli instytucji pomocowych rodzica „alkoholika” – partnera interakcji. Badaczki badały wytwarzane „definicje rodziców” przez przedstawicieli różnych instytucji pod kątem ich struktury w wymiarze językowym i semantycznym. Rodzaj wyłaniających się z materiału empirycznego definicji odnosiły do bycia w trajektorii cierpienia (procesu zmian i przepracowywania

⁴³ Celowo ujmuję ten zwrot w cudzysłów. Nazwa taka jest bowiem bardzo myląca i stanowi zbyt duże uproszczenie w stosunku do złożoności tej kategorii prawnomedycznej i praktyki społecznej.

⁴⁴ G. Dobińska, A. Cieślukowska-Ryczko, Strategie pracy z rodzicami...

⁴⁵ Autorki były członkiniami Zespołu realizującego projekt. O „podzespołach” badaczek w ramach zespołu, tj. analizie i wykorzystaniu materiału empirycznego z zastosowaniem różnych perspektyw teoretycznych, pisałam we *Wprowadzeniu*.

doświadczeń) w ujęciu Frtitz Schütze'a⁴⁶. Z perspektywy etapu, na jakim znajdują się rodzice, przedstawiciele instytucji „pracujących” z rodzinami osób z uzależnieniem dzielą ich na: „rodzica w burzy”, „rodzica w punkcie zwrotnym”, „rodzica w żałobie” oraz „rodzica w ambiwalencji i dwugłosisie”.

Myślę, że wyraźne różnice w sposobie opisywania rodziców (głównie matek) przez przedstawicieli różnych instytucji pomocowych (poradni zdrowia psychicznego, ośrodków leczenia odwykowego, gabinetów prywatnych, pracy socjalnej, kurateli sądowej) wynikają z różnych funkcji rzeczywistych, jakie one pełnią w praktyce i z jakimi są kojarzone. Do psychiatrów zgłasza się osoba, która boryka się z zaburzeniami psychicznymi w konsekwencji przewlekłego stresu i wadliwej adaptacji oraz z powodu zaburzeń występujących u ich dziecka – „alkoholika”.

[...] z dziećmi pracuje Poradnia Leczenia Uzależnień, która jest piętro wyżej, tylko ja pracuję z rodzicami, którzy po prostu mają zespół adaptacyjny i bardzo często wtórnie depresję lub inne zaburzenia psychiczne [...]. Czyli po prostu sobie nie radzą z problemem picia przez dzieci. [...] leczę zaburzenia psychiczne u ludzi, u których bardzo często dzieci, wnuki, małżonkowie piją. [...] niczym się nie różni od współpracy z inną grupą pacjentów i jest pewna analogia do współpracy z osobami ludzi przewlekle chorych, dlatego że jest to po prostu... posiadanie, w rodzinie osoby pijącej jest przewlekłym stresem. Jest to narażenie na przewlekły stres, który najpierw, w sensie psychiatrycznym, powoduje zespół adaptacyjny, a później, z czasem, rozwija się w zaburzenia lękowe i w zaburzenia depresyjne. Nawet, jak stresor zostaje wyeliminowany, czyli picie, to bardzo często te zaburzenia pozostają. Dlatego że mózg się uczy myślenia depresyjnego. Mózg się uczy myślenia lękowego i w rezultacie zostaje pewne zaburzenie psychiczne. [LTU]

Psychiatra więc „leczy”. Do poradni uzależnień zgłaszają się rodzice „o poradę”, instrukcję, co zrobić, czasem konkretne podpowiedzi rozwiązań, „sztuczek”. Terapeuta przekazuje specjalistyczną wiedzę, jest nośnikiem metodyki postępowania „z alkoholikiem”.

Pracownik socjalny i kurator znajdują się na jeszcze innej pozycji w systemie. Mimo że w ich zawodowe funkcje założone wpisuje się przecież zapobieganie, to w istocie rodzice zgłaszają się do nich o „ostateczne rozwiązanie” problemu. Zwłaszcza kurator sądowy jest od „pomagania” poprzez egzekwowanie, straszenie, grożenie.

Jeszcze innym powodem różnic w opisie jest wspomniany już podział terapeutów na „publicznych” i „prywatnych”. Do instytucji publicznych (nie tylko tych, które mają w ofercie terapie i leczenie) zwykle przychodzi matka „alkoholika”, która jest już na skraju wyczerpania i wszystkie dotychczasowe działania na rzecz zahamowania rozwoju i natężenia szkodliwego picia zakończyły się porażką. Instytucja jest „ostatnią deską ratunku”. Podczas gdy do gabinetów prywatnych przychodzi inny „klient”. Pomijając kwestie związane z sygnalizowaną przeze mnie elastycznością organizacyjną, to właśnie ten etap pracy nad uzależnieniem dziecka, na jakim znajduje się rodzic, stanowi o możliwościach większej otwartości na jego problemy. Na pewnym etapie możliwych wariantów dalszych działań jest po prostu więcej.

⁴⁶ Do kategorii tej nawiązuję w poprzednim punkcie, analizując perspektywę rodziców; zob. G. Riemann, F. Schütze, „Trajektorja” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych, [w:] K. Kaźmierska (red.), *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2012: 389–414.

[...] uszanować wybór klienta. Tak, wybór pacjenta. No bo on ma też prawo tak wybrać. [pauza] Z jego perspektywy, z jego świata, to jest tak i on tyle może, i on [zawahanie] tak chce. [...] nie każdy musi pójść na leczenie i się wyleczyć. [PTUP]

Wypływa z tego bardzo wyraźny wniosek: **z perspektywy doświadczeń instytucji wyłania się obraz rodziny z problemem alkoholowym, która nie jest w kryzysie, ale w stanie krytycznym**⁴⁷. I to ona stanowi zasadniczy przedmiot pracy i troski instytucji publicznych, które na co dzień kojarzymy z przeciwdziałaniem problemom alkoholowym. Nawiązując do sygnalizowanej przeze mnie w kilku miejscach książki przypowieści hinduskiej o słońcu, można zaryzykować stwierdzenie, że instytucjonalny obraz trudności rodzin z problemem szkodliwego picia jednego z jej członków nasuwa skojarzenie wiedzy wyłącznie na podstawie szczątkowych dostępnych danych – to znajomość tylko niektórych części ciała zwierzęcia. Skonfrontowanie z sobą specjalistów z różnych instytucji (wywiad fokusowy) pozwala co prawda przyrzeć się różnym perspektywom widzenia problemów rodzin, ale w obrębie identycznego dyskursu. Specjaliści, bez względu na instytucje, jaką reprezentują, **używają takiego samego języka opisu rzeczywistości i problemów rodzin** borykających się z uzależnieniem od alkoholu. Nałogowe picie alkoholu z perspektywy przedstawicieli instytucji jest tak naprawdę zjawiskiem monolitycznym i przewidywalnym. Jest też „opanowanym” (bo dobrze rozpoznany) przedmiotem działań. Podobnie jest z rodzinami z problemem alkoholowym.

Jeśli więc przyjąć optykę instytucji, to mówimy tylko o „pewnych” rodzinach, tych, w których problem alkoholowy jest bardzo zaawansowany, a szkody wyrządzone wieloletnim pić wyraźne, a czasem nieodwracalne (por. 2.3, *Siłami instytucji*). „Rodzaj” klienta, który trafia do instytucji w związku z problemem alkoholowym, **i ciężar jego problemów będących rezultatem nawarstwionych trudności wielu lat (a czasem pokoleń)**, podtrzymuje ogólne i stereotypowe wrażenie o „alkoholizmie” jako chorobie **środków patologicznych i biednych**. **Nic więc dziwnego, że z uwag uczestników wywiadu fokusowego oraz wypowiedzi specjalistów biorących udział w dyskusjach w trakcie sesji wyłaniał się bardzo „typowy” obraz rodziny alkoholowej wieloproblemowej, odpornej na terapię**, a działania rodziców – toksycznie zachowawcze i niekonsekwentne. Pałący jest problem członka rodziny/rodzica (silnie podtrzymywany zwłaszcza przez kuratorów, pracowników socjalnych), który lokuje w instytucji nadzieję na „przymusowe leczenie” dziecka, które jest w bardzo złej kondycji zdrowotnej i psychospołecznej. Wizerunek rodzica „czekającego” na dramat i zwracającego się do specjalistów w ostateczności, z oczekiwaniem przejęcia ratownictwa wtedy, gdy na konstruktywną zmianę jest już za późno (np. z powodu znaczących powikłań alkoholowych, zaburzeń osobowości) zaznaczał się w wywiadach przedstawicieli instytucji publicznych bardzo wyraźnie.

„Współzależnienie” było silną kategorią, przez pryzmat której specjaliści opisywali problemy rodzica (dorosłego) dziecka z nałogowym pić alkoholu.

⁴⁷ Por. J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*; M. Staniaszek, Aktualny model leczenia odwykowego i rola izb wytrzeźwień w Polsce, *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 1992.

Jest bardzo trwałym elementem wyjaśniania problemów rodziny, swoistym kodem nadawania znaczeń swojej pracy. W większości wypowiedzi było to naturalnie i automatycznie wypowiedzane określenie.

[...] pracowałam i pracuję z osobami współzależnionymi. [FTU]

Umówmy się... rodzice to grupa osób współzależnionych. Dodatkowo jednak trudnością jest to, że są rodzicami, to znaczy matkami, które kochają swoje dzieci bezwarunkowo. [NK]

Przykładowo podczas dyskusji w sesji jedna z terapeutek, która wcześniej używała określenia „wadliwa adaptacja członka rodziny”, sięgała po „współzależnienie”, które było jasne dla wszystkich użytkowników i precyzyjnie klasyfikowało problemy, z jakimi się borykają w swojej pracy. W niektórych wywiadach „współzależnienie” pojawiało się niejako w tle ze świadomością zmian w sposobie definiowania zjawisk określonych (do niedawna) tym terminem, np.: „Są to rodzice, małżonkowie, dzieci i tu mam do czynienia z takimi osobami, które kiedyś uważano za współzależnienie. W tej chwili termin »współzależnienie« wypada z mianownictwa psychiatrycznego” [LTU]. Jednak sam „problem” wydaje się niezmienny.

Wracając do wywiadów z terapeutami z publicznych instytucji leczenia odwykowego i poradni zdrowia psychicznego, to z ich perspektywy wyłaniał się dominujący (z pewnymi wyjątkami) obraz rodziców, którzy są „trudnymi pacjentami”, ponieważ są to **osoby z silnym „współzależnieniem”**, najczęściej opierające się przed wsparciem psychologicznym i pomocą w rozbrojeniu tego zaburzenia. Unikają kontaktu ze specjalistami w sytuacji, gdy mają oni inną ofertę niż ta, po którą przyszli. Z perspektywy rodzica problem, z jakim się zgłaszają, to „nadmierne i szkodliwe picie alkoholu przez dziecko”, terapeuta zaś to ktoś, kto nie odpowiada na ich zapotrzebowanie pomocy, ponieważ zmienia definicję rodzicielskich potrzeb. Terapeuta sugeruje terapię i „zajęcie się sobą”, podczas gdy oni przyszli po poradę, pomoc w organizacji „przymusowego” leczenia dziecka, podpowiedź, co mogą zrobić, by ich dziecko przestało pić itp.

Opozycję w relacji *specjalista uzależnień–rodzic* można opisać przez pryzmat oczekiwań. Co „może dać” terapeuta, specjalista w poradni uzależnień, do której zwraca się rodzic o pomoc? Może wskazać instytucję, opisać procedury, ukazać inną perspektywę definiowania tego, czym dla rodzica jest niekontrolowane picie alkoholu (oswajanie z diagnozą choroby), zaproponować terapię. Czego zaś chce rodzic? Rodzic chce „tylko”, by specjalista powiedział, co zrobić, by jego dziecko mniej szkodliwie piło alkohol.

PTUP: To znaczy, jeśli potrzebują porady takiej właśnie w kwestii, co mogą zrobić, gdzie się zgłosić, prawda, gdzie syn się może czy córka zgłosić, to jak najbardziej. Natomiast co dokładnie zrobić, żeby syn przestał pić... to nie.

B: ... bo rozumiem, że z tego powodu przychodzą, tak, niech mi pani powie, co mam zrobić, żeby...

PTUP: Najczęściej.

B: ... żeby on przestał pić.

PTUP: Tak, ale to zawsze można przeformułować yyy w taki, nie wiem, na przykład, co by się zmieniło, gdyby syn przestał pić, dla pani, tak, tak, żeby bardziej...tę osobę ukierunkowywać na to, co ona, co dla niej jest ważne i że ona też w tym wszystkim jest ważna. Ale to jest długi proces, bardzo. [...] Tak, ja, no tak doświadczenia moje pokazują, że, że tutaj ten proces osvajania się z tym faktem, że dziecko jest chore, jest o wiele dłuższy.

„Trudny rodzic”, to taki, który przechodzi do poradni po wyleczenie alkoholizmu w rodzinie, cudowny lek, gotowe rozwiązanie. Jest pełen ambiwalencji – zaprzecza i minimalizuje problem alkoholowy dziecka, a jednocześnie rekonstruuje bardzo dramatyczne wydarzenia i prosi o pomoc, a właściwie ratunek.

Na drugim biegunie są „**łatwiejsi rodzice**”, czyli osoby, które **mają uprzednie doświadczenia z problemem alkoholowym** (np. uzależnienie rodziców lub męża). Bywa, że wcześniej byli pacjentami tych samych instytucji i tych samych terapeutów, do których przychodzą po pomoc po raz kolejny. Są oni

bardziej skłonni do działań, bo już ten temat im był troszeczkę przepracowany z partnerem, prawda? I wiedzą, że rzeczywiście..., że jeżeli się nie zacznie działać, to niestety, problem narasta. [...] oni już pod względem takim jakimś przebiegu choroby alkoholowej, edukacji już jakąś podstawową wiedzę mają, prawda? [...] z takimi rodzicami na pewno się gdzieś szybciej pracuje. [PTUJ]

„Łatwiejsi rodzice” mają świadomość problemu i terapeuci nie muszą „**przebijać się**” przez silny pancerz bezwarunkowej rodzicielskiej miłości, która powoduje, że trudno o działania konsekwentne wobec dziecka, któremu trzeba czasem „pomóc” osiągnąć dna, by mogło podjąć rzeczywistą pracę nad swoim nałogiem. W pierwszym rzędzie bowiem to praca nad właściwym sposobem definiowania uzależnienia jest warunkiem konstruktywnych działań wobec „alkoholika” z udziałem sił jego rodzica, zwłaszcza matki:

Ale wydaje mi się, że to nie ma szans pójść, jeżeli ten rodzic nie będzie miał chociaż skrawka świadomości, czyli na przykład nie zacznie korzystać przynajmniej z jakiejś tam formy terapii. [PTUF]

Obraz rodzica oraz możliwości wsparcia jego działań, jaki wyłaniał się z wywiadów z terapeutami, których główna aktywność zawodowa przebiega w ramach tzw. prywatnej praktyki i tych, którzy swoje doświadczenia rekonstruują na podstawie pracy w instytucjach podlegających NFZ czy samorządom lokalnym, uwarunkowany jest między innymi innym „typem” klienta. Nie chodzi nawet o adekwatny sposób definiowania tego, co się dzieje z synem/córką, ale o specyficzny etap reagowania. Obraz rodziców wyłaniający się z opowieści terapeutów instytucji publicznych jest dramatyczny. **Również terapeuci z sektora prywatnego** borykają się z pasmem porażek i dramatów ojców i matek zwracających się do nich o pomoc. Wyraźniej jednak nie są oni (jeszcze?) postawieni pod ścianą w porównaniu z tymi, którzy przychodzą do instytucji w ramach opieki publicznej. Nie traktują bowiem zwrócenia się o pomoc do prywatnego gabinetu jako ostateczności, ale jest to dla nich działanie stanowiące element realizowanego programu reagowania.

Niestety nie udało mi się sprawdzić na podstawie danych hipotezy, że konsultacje/terapię w prywatnych gabinetach terapeutycznych nie są traktowane przez rodziców jak akt upublicznienia swojego stygmatu (w przeciwieństwie do instytucji

publicznych, gdzie jednym ze znaczeń przypisywanych zwróceniu się o pomoc jest przyznanie się do porażki poprzez zdjęcie kurtyny, jaka dzieliła „sprawy rodzinne” od widoku publicznego).

Dominującą, jedną z pierwszych refleksji, jaka mi się nasunęła, porównując przypadki tych dwóch grup terapeutów (przywiązanych do rutyny i elastycznych wobec niej), była taka, że ci drudzy w większym stopniu podążają za oczekiwaniami klienta-rodzica, dla którego projekt „dosięgania dna” przez dziecko jest niemożliwy do wdrożenia. Z ich opisu wyłania się obraz modelu, w którym terapeuta nie jest w pierwszym rzędzie nastawiony na rozbrajanie mechanizmu współzależnienia i nie traktuje tego działania jako warunek *sine qua non* konstruktywnej (i dalszej) pracy terapeutycznej.

[...] Nie ma i nigdy nie było w żadnej klasyfikacji chorób takiego terminu jak „współzależnienie”. Nazywa się tak różne byty wynikające z obserwacji klinicznych. Nie podważam tych obserwacji, natomiast nie ma takiej choroby, jednostki chorobowej, takich zaburzeń. [E]

Są oczywiście świadomi mechanizmów wadliwej adaptacji do nałogowego picia swojego dziecka, jednakże współzależnienie nie stanowi dla nich punktu wyjścia (ani celu) spotkań i wsparcia psychologicznego, jakiego udzielają w obrębie takich gabinetów.

Rodzice są... yyy przeważnie matki mają dużą inicjatywę, prawda, żony, matki. Mają raczej takie poczucie, że już dłużej nie mogą psychicznie już też, po prostu nie mogą, tak, bo nie są skuteczne, bo mają same objawy depresyjne, albo jakieś tam [zawahanie] nerwicowe takie. No nie mogą psychicznie... artykułują to w sensie, że przychodzę tutaj [zawahanie] o pomoc dla mojego syna... [...] Choć ja cierpię, bo ja mam depresję, bo ja już mam lęki, bo to, bo tamto, ale [pauza] widzę [pauza] pomoc dla siebie w tym, że pomogę najpierw synowi. Więc tu jest... byłoby okrutne, bo... a propos innych tradycyjnych, to jest, niech się pani [zawahanie] zmieni, weźmie za siebie i idzie na własną terapię. [...] No więc tu się zajmujemy, rozmawiamy, co jest potrzebne, czego państwo próbowaliście, co chociaż troszkę pomogło, jakie wnioski wysnuwacie z tych 7 lat wożenia go do pracy, załatwiania mu zwolnień lekarskich, utrzymywania go, yyy ratowania i tak dalej, jakie wnioski, wnioski, dorosli wszyscy jesteście. [PTUP]

Dodam, że krytyczną definicję „współzależnienia” odnajdywałam wyłącznie w wywiadach z terapeutami, którzy mają długie doświadczenie pracy w tzw. sektorze prywatnym.

Coraz częściej myślę, że to całe współzależnienie jest bardziej czymś co jest związane z miejscem zamieszkania, wręcz regionem Polski. [...] Pracowałam w kilku różnych miejscach na mapie [...], że to jest po prostu uwarunkowane kulturowo. [PTUP]

Najwidoczniej ujawnia się różnica między tymi dwoma grupami terapeutów w refleksji dotyczącej **modelu pracy oraz swobody w podejściu do klienta**. Jest ona większa w prywatnych gabinetach niż w warunkach instytucji publicznej, w której realizuje się określoną wizję całego zespołu/kierownictwa. Drugim warunkiem specyficznej otwartości na podążanie za oczekiwaniami osoby, która zgłasza się do instytucji, jest „bycie na bieżąco, szkolenia, w tym co się dzieje w podejściu wobec uzależnień [...] wiedza o nowych metodach i formach pracy” [PTUP].

Na jednym biegunie znajduje się więc **otwartość i dążenie do „bycia na bieżąco”**, tj. **śledzenia nowych tendencji oraz wdrażania ich w pracę terapeutyczną**. Na drugim zaś rutyna, którą określe mianem „reguły statystycznego pacjenta”. Przez regułę taką rozumiem tendencję do lokowania problemów rodzica w ramach utartych scenariuszy doświadczeń (np. współzależnienia) oraz dostosowywania problemów rodzica do istniejącej oferty instytucji (np. takiej, która powstała na podstawie dotychczasowego, największego zapotrzebowania). Wielkim uproszczeniem byłoby jednak, gdybym napisała, że „statystyczny pacjent” występuje jedynie w sprawozdaniach „terapeutów przywiązanych do rutyny”. Moje spostrzeżenia po podziale wywiadów z terapeutami według klucza: rutyna/elastyczność dotyczyły nie tego, co w nich jest, ale raczej tego, czego w nich nie ma.

Co jest? Właściwie przez wypowiedzi wszystkich terapeutów przebija się temat matki, która pragnie zrozumienia i chce się wyżyć. Zawsze **szuka pomocy nie dla siebie, tylko dla dziecka**.

Co silnie zaznacza się na łamach wywiadu z terapeutami „przywiązanymi do rutyny” lub rekonstruującymi swoje doświadczenia z czasów pracy w instytucjach publicznych? Właściwie ze wszystkich wywiadów wyłania się ambiwalentny wizerunek „statystycznego” rodzica (a właściwie matki). Budzi skrajne odczucia, z jednej strony współczucie, z drugiej jednak jej wizerunek epatuje pewnego rodzaju nieznośnością, uciążliwością, nieprzewidywalnością. Dane z wywiadów pokazują, że „statystyczna” matka alkoholika to osoba bezradna, kontrolująca, niekonsekwentna, nieumiejętnie zarządzająca granicami autonomii (własnymi i dorosłego dziecka), ingerująca, indagująca, uwikłana w uzależnienie syna i niemająca pomysłu na własne życie. Dodatkowo bywa to osoba starsza, zmęczona, czasem schorowana. Matka stawia **opór przed własną terapią** oraz **wadliwie definiuje sytuację życiową**, w jakiej się znajduje. To dlatego właśnie bywa, że jeśli już da się namówić na pomoc, to **porzuca terapię**, gdy osiągnie swój rzeczywisty cel – różny od tego, jaki formułuje terapeuta.

[...] generalnie rodzice się cieszą jak ich dzieci idą się leczyć i, i yyy, bo tak naprawdę ratują swoje życie, no taka jest prawda, nie, że tu głównie chodzi po prostu o ich życie, no. [...] z dużą taką szkodą tak naprawdę dla siebie, nie? Już właśnie jak myślą, że dziecko jest na terapii, a już tam w szczególności jak jest na takiej terapii długoterminowej gdzieś tam w ośrodku, no to oni sami przestają rzeczywiście korzystać, nie? [...] no jakby [zastanowienie] yyy dziecko rozwiązuje też może swój problem, natomiast oni nie rozwiązują swojego. [PTUP]

Bywa, że matka jest **agresywna i oskarża „instytucję” o brak efektów**. Podejmuje **próby uczynienia z terapeutów informatorów**. Oczekuje, że lekarz/terapeuta potwierdzi, czy dziecko ich (zgodnie z daną obietnicą) umówiło się na wizytę lekarską/spotkanie. Jej rozczarowanie (czasem agresja) jest rezultatem uznania, że terapeuta, zasłaniając się tajemnicą zawodową, „nie współpracuje” z nią.

[...] dopytują, że próbują, mimo że to jest dorosły yyy człowiek, to próbują się dopytywać, czy przyszedł na przykład na terapię. Chociażby to próbują wyłudzić, ale, ale, no nie uzyskują tej informacji, więc ostatecznie odpuszczają. [PTUP]

Czy był, czy się pojawił, czy uczestniczył, jak mu idzie. [PTUP]

Czego nie ma w wypowiedziach terapeutów „przywiązanych do rutyny”, a także co bardzo słabo zaznacza się na kartach wywiadu z terapeutami, którzy swoje działania określają mianem elastycznych i podążających za klientem? Słabo w wywiadach od terapeutów odznacza się wątek zasobów, szans, możliwości, jakie stwarza pomoc matki. Ambiwalencja wizerunku matki wyłaniającej się z wypowiedzi wszystkich terapeutów „przywiązanych do rutyny” polega na jej szkodliwej miłości, nieadekwatnym reagowaniu, zawłaszczaniu autonomii dorosłego dziecka itp. Motywowana chęcią pomagania, w istocie szkodzi. W wywiadach z terapeutami „przywiązanymi do rutyny” nie pojawia się także rodzic, który zgłasza się o pomoc do instytucji w dobrym momencie rozwoju uzależnienia dorosłego dziecka. Wyjątek stanowią tylko ci, którzy uprzednio byli użytkownikami tych (samyh) instytucji (z powodu problemowego męża).

Nieznacznie zaznacza się także postać rodzica racjonalnego. W trzech wywiadach pojawił się wątek racjonalnego i chłodnego ojca jako wzmocnienie obrazy emocjonalnej, chaotycznej matki. Terapeuci jednak nie potrafili odnieść tej uwagi do konkretnych przypadków i lokowali je w sferze wrażenia. Były to także wypowiedzi, które można zaliczyć do kręgu „prywatnych teorii”:

LTU: [...] Są tak różne osobowości, trudno. Nie wiem, co badania mówią na ten temat, bo się nie interesowałem, ale nie mam... nie ma jakiegoś rysu charakterystycznego matki osoby uzależnionej, ani ojca. [...] Ciekawostką jest to, że ojcowie sobie lepiej radzą, jeżeli już.

B: Co to znaczy, że lepiej sobie radzą?

LTU: No bardziej racjonalnie podchodzą, mniej emocjonalnie.

B: Y zna Pan takich y ojców, który..., którzy jakby tak bardzo..., ym jakiś przykład na..., takiego ... bardzo zaangażowanego ojca na przykład i takiego racjonalnego?

LTU: Mam przykłady, niejednego.

B: Opowiedziałby Pan?

LTU: Ojcowie są bardziej nastawieni w przy..., mają... W ogóle mężczyźni są bardziej, w przeciwieństwie do kobiet, nastawieni na działanie, kobiety bardziej na emocje. Czyli mężczyźni nie zastanawiają się n..., tak mocno, jak bardzo cierpi, tylko nad tym, co zrobić. Kobiety się bardziej koncentrują na tym, jak bardzo cierpią, a mniej na tym, co zrobić.

Różnice „płciowe” ujawniły się również we fragmentach wypowiedzi, w których mowa o dwugłosie rodziców polegającym na rozbieżnych dążeniach i działaniach matki i ojca wobec dziecka z problemem alkoholowym⁴⁸. Nawiasem mówiąc, są to rodziny, które nie wypracowują wspólnej strategii reagowania i w rezultacie, mimo że podejmują działania „wspólnie”, to działają „osobno” (wątek ten rozwijam w podrozdziale *Siłami natury*): „[...] ojciec mówi: »ja złożę, zawiadomię, wezwę policję« [...] »Nie rób mu krzywdy!« – matka. Dla matki jest to: »nie możemy zrobić, zgłosić, bo będzie krzywda zrobiona«”. [PTU]

Uważam jednak, że dalsze próby rozważań na ten temat są nieuzasadnione z powodu braku dostatecznych danych i wątek „płci” nie będzie dalej rozpatrywany. „Statystycznym” rodzicem dorosłego dziecka z problemem szkodliwego picia, który zgłasza się do instytucji po pomoc, jest matka i to jej postać przywoływana jest w opisie doświadczeń respondentów. Ojciec dorosłego „alkoholika” w wypowiedziach terapeutów ukazywany jest bardzo rzadko jako osoba, która zgłasza się do instytucji (jeśli już, to jest to „małżeństwo/rodzice”).

⁴⁸ Por. G. Dobińska, A. Cieślikowska-Ryczko, Strategie pracy z rodzicami...

Najbardziej dobitnie „statystyczna” matka pojawia się w wypowiedziach o terapiach. Kiedy terapeuci mówią o oporze rodzica przed terapią i przed „daniem sobie pomóc”, przywołują zwykle postać matki. Kiedy mówią o rodzicach – uczestnikach terapii – również są nimi matki. Zwykle ojciec jest nieobecny – poprzez brak bezpośredniego zaangażowania (to matka zwykle przychodzi do instytucji) lub poprzez to, że sam ma problem alkoholowy lub go po prostu nie ma fizycznie (np. nie żyje).

B: No właśnie, bo ostatni kontakt z synem Pan miał y kiedy?

ROS: Nie z... [zastanowienie], około 5 lat, tak, no dokładnie nie pamiętam.

B: I teraz tylko kontakt przez córkę jest?

ROS: Przez córkę, tak. Tylko [pauza] uzmysłowiłem sobie, że może ja też źle postąpiłem, ja, jako ojciec, że nie ma kontaktu gdzieś tam. Może faktycznie później jak to ja miałem problemy, zająłem się sobą [...].

Zaskoczyło mnie to, że tylko w dwóch wywiadach dostrzegłam pewną postawę terapeutów, którą mogłabym określić mianem „naturalnego zrozumienia”. Nie chodzi mi o świadomość tego, że miłość matki jest bezwarunkowa, co powoduje, że nieadekwatnie ocenia to, co się dzieje z jej dzieckiem i trudno uczynić z niej skuteczną sojusznikę działań leczniczych i terapeutycznych. Wszyscy specjaliści lokują dominujące trudności we współpracy z matką właśnie w tej naturalnej cesze rodzicielstwa i wyrażają zrozumienie dla takich problemów. Rzecz w tym, że niemal wszyscy terapeuci (czy szerzej – specjaliści, bo nie dotyczy to tylko personelu leczniczego i terapeutycznego) stawiają sobie za cel **sprofesjonalizowanie sposobu reagowania matki**.

W tym miejscu chciałabym zatrzymać uwagę na kategorii, którą określiłam mianem **medykalizowania matecznej troski**. Jest to zjawisko, które lokuję na skrzyżowaniu trzech optyk:

- 1) procesów medykalizacji,
- 2) terapeutycznej tradycji współzależnienia,
- 3) koncepcji ambiwalencji w obrębie roli rodzica.

Przyjęcie perspektywy procesów zjawiska medykalizacji (zob. *Medykalizowanie*) jest użyteczne w zrozumieniu podłoża nadawania wymiaru profesjonalizacji/kompetencji profesjonalnym działaniom i reakcjom, które kiedyś określone były mianem opieki, intuicji rodzicielskiej i wychowania. Współzależnienie wyrosłe na gruncie gabinetów psychoterapeutycznych oznacza specyficzne uwikłanie się w nałogowe picie osoby, z którą pozostaje się w codziennych, bliskich relacjach. Koncepcja ambiwalencji natomiast (zob. *Ambiwalencja międzypokoleniowej wymiany troski i opieki*) rzuca światło na zasadniczy problem rodzicielskiego balansowania pomiędzy dwoma biegunami normy (nie)odpowiedzialności wobec dorosłego dziecka i wyjaśnia napięcia roli matki.

Wracając do wątku „jakości” klienta, jakim jest rodzic dorosłego dziecka, które szkodliwie pije alkohol, to podobnie jak terapeucie, również na gruncie pracy socjalnej: „[...] po prostu z kimś się łatwiej pracuje, a z kimś trudniej” [PS]. Z punktu widzenia pracownika socjalnego najgorzej pracuje się z rodzicami, którzy „uprawiają psychoterapię”. Co ciekawe, podobnie jak terapeuci, pracownicy

socjalni mają tendencje do poszukiwania przyczyn nałogowego picia w osobie rodziców (zwłaszcza matek, bo to z nimi głównie mają do czynienia) i sugerują im konieczność pracy „nad sobą”, nie synem: „[...] nie widzą w sobie problemu, tak? I tylko on pije, i on jest temu winien, a, a nieważne, że mi też ten mąż umarł i że może ja też bym potrzebowała pomocy” [PS].

Silnie lokują opór kobiet przed korzystaniem z terapii w ich wstydzie. W środowiskach zwłaszcza z tzw. enklaw biedy nie jest wstydem nałogowe i szkodliwe picie męskiego członka rodziny (dziadek, ojciec, syn). Mężczyźni kierują swoje kroki na terapię „po zaświadczenie” – np. na policję, do sądu czy na potrzeby kontraktu zawartego z pracownikiem socjalnym. Czego szukają na terapii kobiety-matki? Co z nimi jest nie tak, że tam idą? Wstydem jest więc nie picie syna, ale korzystanie z terapii przez kobiety w związku z tym picciem. To dlatego pracownicy socjalni, świadomi tych mechanizmów środowiskowych, zmieniają definicje – z terapii na doradztwo.

Podstawowym celem działań wobec rodziców, którzy zwracają się o pomoc do instytucji powodowani troską o dorosłe dziecko, które pije alkohol szkodliwie, jest **ujarzmienie niezdyscyplinowania matczynej miłości**, która jest ślepa i nieracjonalna. W miejsce matki „emocjonalnej” właściwe wydaje się ulokowanie racjonalnej, konsekwentnej osoby, która reaguje adekwatnie (do stanu choroby i faktu dorosłości dziecka) i potrafi żyć własnym życiem. Tak „zdyscyplinowana matka” przypominać będzie lekarza, który będąc świadkiem cierpienia i bólu, kompetentnie zarządza emocjami i empatią podczas działań ratowniczych. Czasem praca nad takim zdyscyplinowaniem opisywana jest z użyciem określenia „twardej miłości”, która przeciwstawiana jest „nadopiekuńczości”.

Tylko w trzech wywiadach dostrzegłam wyraźne niestawianie sobie za cel pomocy owego ujarzmienia niezdyscyplinowanej matczynej miłości za wszelką cenę. Dwa poniżej przedstawione fragmenty pochodzą z wywiadów eksperckich.

[...] Proszę sobie wyobrazić, że ma pani dziecko i nagle dowiaduje się pani, że ma jakąś śmiertelną chorobę, a potem, że dziecko także choruje na coś strasznego. Będzie pani miała różne objawy, ale musi się pani zająć ratowaniem swojego dziecka. No więc to jest to samo. Dlatego ja nie mówię: „weź się za siebie, kochana, bo jesteś współzależniona”, tylko mówię: „dobrze, dobrze, czego pani próbowała, co kiedyś się udało?” [...]. Ja mówię [innym terapeutom, psychologom – przyp. aut.]: „prześtań tak mówić, wyobraź sobie, że twoje dziecko zachorowało na jakiegoś raka czy na coś, na co ty chorujesz. Będziesz miał wszystkie objawy, ale nie będziesz na to zważać, będziesz wszystko robić, żeby uratować dziecko. I tak samo sprawa wygląda tutaj. [E]

Trudno natomiast oczekiwać od 60–70-letniej kobiety, żeby tę zasadę zaczęła stosować, że jeżeli pani chce, żeby pani syn mniej pił albo się leczył, to powinna pani inaczej go traktować [...]. [E]

Alternatywą dla zmedykalizowania matczynej troski wydaje się być **wspieranie w rodzicielskiej odpowiedzialności**. Punktem wyjścia jest specyficzne uznanie, że miłość matki „jest ślepa” na własne potrzeby zwłaszcza wtedy i dotąd, dopóki dziecko dzieje się krzywdą. Wątek ten rozwinę w dalszej części książki.

Reasumując, z wywiadów z pracownikami specjalistycznych instytucji wyłania się dominujący, stereotypowy obraz „matki alkoholika”, która jest: bezkrytyczna, kontrolująca/niekontrolująca, nieumiejąca stawiać granic, ingerująca, niemająca własnego życia. Jest to zwykle kobieta starsza, schorowana, niemająca sił

i z wypalającą się determinacją. Z silnym poczuciem winy, a jednocześnie zrzucającą odpowiedzialność na innych i szukająca „kozła ofiarnego” alkoholizmu dziecka.

Bardzo słabo wyłonioną w wywiadach ze specjalistami była **postać matki racjonalnej**, mądrze inwestującej uwagę w swoje dzieci, podejmującej adekwatne działania i historii z *happy endem*. W pierwszym przypadku było to przywołanie przez terapeutkę jednej z pacjentek, uczestniczki dwa lata trwającej terapii (indywidualnej i grupowej dla członków rodzin, głównie żon w publicznej poradni terapii uzależnień). Kobieta przyszła do poradni po pomoc, gdy jej dorosły syn był już „zaawansowany w chorobie”.

I tutaj dość trudno było go już wyratować matce, ale też tym bardziej trudno jej było to zaakceptować. Natomiast rzeczywiście później potrafiła w jakimś sensie go zostawić i po prostu zająć się typowo sobą. [...] ona bardzo długo do mnie przychodziła. [...] dzieliła tymi wnioskami ze mną podczas naszych spotkań indywidualnych. Była taką osobą rzeczywiście bardzo refleksyjną, wrażliwą i myślę, że to była też jej, jej ogromny zasób, na którym ona to była w stanie zbudować, prawda, że rzeczywiście taką miała... Miała też wgląd w to, co się działo u niej [...] ona wyczerpała wszelkie środki, no bo jakby tamte sądowe nakazy, to było też wielokrotnie, tak, yyy to tak, to, że decyduję, że tutaj nie mam wpływu. Że daję mu oczywiście szansę, jeśli będzie chciał wrócić, i ona też mu to powiedziała [...]. Także to nie jest tak, że ona go skreśliła w pełni, ale pod pewnymi warunkami może wrócić. ostatecznie chyba to było tak, że ona podjęła decyzję, że, że on musi być yyy po prostu eksmitowany. [...] bo on też, oczywiście, był agresywny już bardzo, tak, w stosunku do niej. [...] zmiany osobowościowe poważne. [...] ona już tu musiała walczyć o siebie [...]. Później sobie jeździła na wycieczki i przesyłała pocztówki do [nazwa poradni] zresztą. Tak, z pozdrowieniami. Bardzo fajnie sobie poukładała. Znalazła sobie jakiegoś tego faceta, więc naprawdę wydaje mi się, że taki, hmm tak fajnie sobie to, to wszystko poukładała. Dzie. ..., no nie mówię, że tylko dzięki terapii, dzięki samej sobie. [PTU]

Racjonalni rodzice to tacy, którzy uświadamiają sobie przyczyny swojej porażki i to, że walczą z wiatrakami. Nabierają właściwego dystansu i ustawiają prawidłową „optykę” patrzenia na priorytety:

[...] przyszło małżeństwo do mnie. Yyy to oni też później byli w stanie już po prostu sobie myśleć, jak to ich życie ma wyglądać. [...] Jak to sobie poukładać. [...] Czy odpuszczali? Myślę, do końca nie, tak, ale gdzieś tam jednak w myślach wiedzieli, że na przykład wpuszczanie go do domu, pomoc finansowa, włączanie się w te sprawy, to nie jest dobra pomoc, więc to sobie odpuszczali, tak. I na przykład bardziej się koncentrowali na, na, na drugim synu. [...] Na wspólnym organizowaniu sobie życia. [PTUP]

Pozytywny obraz matki osoby z uzależnieniem pojawił się również w wypowiedzi terapeutki zorientowanej na rozwiązywanie problemów [E], w ramach terapii krótkoterminowej. Matka ta pojawiła się przy okazji opisu oferty adresowanej do rodziców – **„podwyższania dna” – którą terapeutka przeciwstawiła metodzie organizowania warunków potrzebnych dla „dosięgania dna”**. Była to kobieta, która przy pomocy terapeutki pozytywnie oszacowała siły tkwiące w otoczeniu i „uruchomiła je” w działaniach na rzecz motywowania syna do podjęcia leczenia i terapii.

Modele pracy z użytkownikiem instytucjonalnego systemu wsparcia wykraczają poza przedmiot zainteresowania moich rozważań. Podzielę się jedynie pewnym spostrzeżeniem, które wymaga bardziej szczegółowych danych niż te, które posiadam, a także pogłębionych analiz. Z materiału empirycznego wyłoniły mi się dwie wyraźne, ponieważ dość skrajne, postaci terapeutów. Pierwszym

(dominującym) był **specjalista, który jest przywiązany do tradycyjnych metod postępowania z rodziną i „alkoholikiem”** (mam na myśli wymóg całkowitej abstynencji, opis potrzeb członków rodziny przez pryzmat współzależnienia). Drugi natomiast to taki, **który się nieustająco szkoli, a jednocześnie ma świadomość postępu i trudności w nadążaniu, by „być na bieżąco”**. Kiedy podzieliłam wywiady według klucza: *elastyczność – rutyna*, to dał się zauważyć pewien wątek specyficznej konkurencji między samymi specjalistami, a nawet podziałów na podstawie podważania wiarygodności (wewnątrz danej instytucji lub szerzej – środowiska w ogóle). Poniżej fragment wywiadu fokusowego:

PTUF1: [...] Prowadziłam głównie terapie indywidualne, bo ze względu na strukturę ośrodka i brak zaplecza kadrowego w postaci tutaj pielęgniarek i lekarzy, nie mogliśmy prowadzić terapii grupowej. Więc jedynie mogłam prowadzić indywidualną, mając takie kwalifikacje, co przez długi czas bo tym ośrodku pracowałam ponad 13 lat, spotykało się z atakiem ze strony urzędów miasta, pracowników oddziału dziennego, że terapia indywidualna to nie jest dobra forma pomocy osobom uzależnionym. Taką realizowałam.

PTUF2: To jaka jest dobra?

PTUF1: Grupowa, gdzie, powiem szczerze, w mieście, w którym pracowałam, był tylko jeden ośrodek dzienny, gdzie, jeżeli by się wzięło pod uwagę to, że nie mogą się spotykać osoby, które ze sobą piły, to ten warunek nie był w większości spełniany.

Przykładowo jedna z respondentek rekonstruuje doświadczenie z początków jej praktyki zawodowej (połowa lat 2000.) i mówi następująco: „[...] doszło do tego, że musiałam pisać wyjaśnienia, dlaczego prowadzę terapię indywidualną dla rodziców, a nie obliguję ich do zapisania się do grupy. [...] w skargach podważano moje kompetencje” [PTUP]. Można powiedzieć, że hołdowanie jednemu modelowi postępowania z chorobą alkoholową oraz podążanie utartymi ścieżkami wsparcia rodziców poprzez lokowanie ich w grupie współzależnionych należy do przeszłości: „[...] ostatnie lata już widziałam, że tam nawet, w tym ośrodku, podeszli też do tych zmian, które nasunęły się z biegiem lat” [PTUF]. Dziś istnieje duża różnorodność ofert, czego dowodem jest chociażby to, że coraz wyraźniejsze miejsce w sposobie myślenia o rozwiązywaniu problemów związanych z nąłogowym piciem alkoholu zajmuje polityka redukcji szkód czy uznanie dla samoleczenia. Jednak kiedy zestawi się dwa podejścia – „narkomański” i „alkoholowy”, to widać, że ich rozwój jest nierównomierny, przebiega innymi, równoległymi torami, które się nie krzyżują. Wydaje się także, że zmiany, jakie dosięgają tzw. lecznicstwo odwykowe, absorbowane są z trudnością i dystansem.

[...] Model leczenia uzależnienia alkoholowego przez ostatnie lata [...] zamknął w sobie. To, co było kiedyś postępem, nie rozwinęło się, stało się bardzo zachowawcze. [E]

Dowodem tego oporu i zachowawczości jest chociażby to, że niektóre narzędzia, zwłaszcza w obrębie terapii farmakologicznej, które mają długą tradycję i silną pozycję w systemie pomocy osobom problemowo pijącym alkohol (np. implantacja Esperalu, tzw. wszzywka), **są nieobecne w publicznej ofercie instytucji leczenia odwykowego. Obszerne i szczegółowe wyjaśnienia takiego stanu rzeczy pozostają bez związku z głównym nurtem rozważań, dlatego nie będę ich przedstawiać.** Umieściłam je w Aneksie (*Fragmety wywiadu z Markiem*

Staniaszkim). Problem ten opisuje szczegółowo także Klingemann, kiedy analizuje przemiany, jakie dokonały się w Polsce w obrębie systemu leczenia i terapii osób z diagnozą uzależnienia od alkoholu⁴⁹.

W wyraźnie innym klimacie utrzymane są wypowiedzi terapeutów z tzw. praktyki prywatnej. Przykładowo prywatny gabinet nie jest chociażby zobligowany do „wyrobień” iluś sesji, grup terapeutycznych i terapii indywidualnych. Lektura wywiadów z terapeutami pozwala zaryzykować stwierdzenie, że organizacja pracy instytucji sektora publicznego sprzyja i wzmacnia praktyki „szufladkowania” problemów, z jakimi osoby zgłaszają się do poradni. Potrzeby danych „przypadków” bywają definiowane przez pryzmat istniejącej i pożądanej organizacyjnie i formalnie oferty. Pozostaje to w związku na przykład z projektem realizowanym przez dany ośrodek (i koniecznością zagwarantowania wymaganej frekwencji uczestników-pacjentów w obrębie danego działania) lub organizacją powodowaną ograniczeniami finansowymi. Specyficzna „elastyczność” terapeuty i podążanie za potrzebami użytkownika instytucji bywa problematyczna. Zresztą wniosek taki został niemal dosłownie wypowiedziany został przez jedną z terapeutek, która prowadziła prywatną praktykę, natomiast wcześniej wiele lat pracowała w publicznej poradni specjalistycznej.

N: [...] kiedyś tak pracowałam, a teraz już tak nie pracuję jak kiedyś.

B: A jak pracowałaś kiedyś, to jak to wyglądało?

N: No to było takie bardziej [zastanowienie] techniczno-formalne, tak? Bo jakby, tak, wsłuchiwałam się, okej, no to dobra, to wiem [zawahanie] z czym mam do czynienia, że to jest taki i taki problem, no dobra, to tutaj jest taka i taka grupa, albo, no to dobrze, to będziemy się widywać tak, tak. I to było takie bardziej, bym powiedziała, suche, tak? A tu na zasadzie trochę informacji, trochę takiego [pauza] pokierowania też dalej właśnie, tak? No dobra, do nagrywania też różnych rzeczy, obrazów, nie? [pauza] No a teraz, no teraz to tak nie, no teraz to mam taką większą jakby swobodę, bo myślę, że instytucja też nakłada taką, yyy, no nakłada z góry taką formułę, wiesz, to daje pewną taką, no no tak, takie sztywne ramy to też tu były, [zastanowienie] mniej jest takiej swobody, takiej elastyczności w tym, żeby, aha, no dobra, to ja bym sobie może popróbowowała, tak, a to może ta osoba potrzebuje czegoś innego, tylko to są [...] no na przykład punkty do wyrobienia, tak, no i te grupy musiały być obsadzone. No więc to tak, [zawahanie], no to tak niestety szło, tak, w takim, w takim kierunku też. [PTUP]

O ile terapeuci, zwłaszcza „przywiązani do rutyny”, mówią o oporze rodzica przed pomocą sobie, a także wadliwych sposobach pomaganiu dziecku, o tyle w innej roli występują kuratorzy i pracownicy socjalni oraz członkowie komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Podstawowym celem ich pracy jest dyscyplinowanie, a w metody oddziaływania wpisuje się „straszenie” i specyficzne dawanie wyboru poprzez pokazywanie braku wyboru (np. alternatywą jest zgłoszenie do sądu o złamanie warunków nakazu, leczenie albo więzienie itp.). Ta grupa specjalistów posiada społeczne „kwalifikacje” do stosowania bardzo drastycznych rozwiązań i niektóre z nich są szczególnie skuteczne, zwłaszcza jeśli odnoszą się do emocji rodzicielskich (np. groźba odebrania dziecka matce). Przykładowo o ich skuteczności świadczyć może rekonstruowany wyjątek, który potwierdza regułę, „zaskoczenie”, że presja, która zwykle „działa” – nie zadziałała:

⁴⁹ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*: 39–41.

Chociaż są sytuacje, kiedy trafiła na Komisję naszą do Rozwiązywania Problemów Alkoholowych młoda dziewczyna i właśnie użyliśmy takiego argumentu, że jeżeli nie będzie się leczyć, to te dzieci zostaną odebrane, to powiedziała, to sobie bierzcie je, i to z takim spokojem. Byliśmy tak totalnie zaskoczeni, więc tu nawet ten argument nie zadziałał. [FK]

Na zakończenie omawiania „perspektywy specjalistów” poruszę jeszcze jedno zagadnienie, które wyraźnie zaznaczało się w wywiadach ze specjalistami, a zwłaszcza terapeutami. Mam na myśli opór rodziców przed pomocą i terapią. W niewielu miejscach znalazłam pogłębioną refleksję na temat takiego stanu rzeczy. Specjaliści są świadomi przyczyn tego oporu (o czym będę pisać w dalszej części nie raz), natomiast muszę przyznać, że zdumiała mnie presja oraz specyficzna bezwzględność, z jaką wypowiadali się o rodzicach, zwłaszcza matkach „opornych” na swoją terapię. Czasem miałam wrażenie upatrywania w jej oporze i zachowaniu porażek dziecka-alkoholika (nadopiekuńcza, zaborcza, niedająca się usamodzielnic, wyręczająca, współzależniona itp.). Najbardziej ekstremalną postać takiej presji odnalazłam we fragmencie wywiadu fokusowego, gdzie pewna grupa uczestników (kurator, pracownik sądowy i terapeuta) zastanawiają się nad tworzeniem warunków sprzyjających zgłaszaniu się matek na terapię i dochodzi nawet do sformułowania pomysłu uzależniającego podjęcie interwencji wobec „alkoholika” od tego czy zgłaszająca problem kobieta sama podda się terapii. Przytaczam fragment wywiadu fokusowego:

FK1: A gdy na przykład ktoś z członków rodziny zgłasza swojego, powiedzmy, syna czy męża, że nadużywa alkoholu i gdyby wtedy było, że jeżeli zgłosi, zostanie stwierdzony rzeczywiście, potem jest badany przez biegłych, że jest uzależniony, potwierdzenie z tego, jest opinia i wtedy on idzie na terapię, ale ona, jako zgłaszająca, też musi w tej terapii uczestniczyć.

FK2: To by nie zgłaszali.

FK1: Tylko mówię, że nie wiem, czy to by było, jeżeli taki byłby wtedy obowiązek.

FPS1: A jakby się ich zmotywowało odpowiednio? [...]

FPTUO: Tylko, że to by mogło być pojmowane, że to jest dla niej jakaś kara.

FK2: Że to jest przymus i ona wtedy by nie zgłaszała, bo gdyby wiedziała, że zgłosi i też będzie musiała się leczyć, to by może nie zgłaszała. [...]

FK1: Ale chcę powiedzieć, jak jest odwrotnie. Zobaczcie, jak właśnie funkcjonują te osoby, ona zgłasza i jeszcze zaznacza, że chce być anonimowa. Czyli jaka może być współpraca? Żadna?

FPS2: To się nie da zrobić. Trzeba sygnalizować takiej osobie, to nie jest możliwe.

FK1: No bo tak, żeby poszła na terapię tak, jako osoba współzależnienia, no nie ma szans, bo skoro ona nawet nie chce powiedzieć, że to ona zgłosiła, czyli chce pozostać anonimowa, to już w ogóle nie ma z rodziną współpracy.

FK2: Albo informacja, wie pani, przestał brać Anticol, tylko niech pani nie mówi, że to ja powiedziałam. Ja mówię, no to co mam powiedzieć? Że przez okno podejrzalam? No skąd wiem?

Albo w ogóle na komisji zgłoszenie, że to on pije, że to od członka rodziny wypłynęło. Więc chciałoby się najlepiej, żeby nie pił, ale ja żebym w tym w ogóle nie uczestniczyła.

Tylko w dwóch wywiadach wyraźnie zaznaczyło się podawanie w wątpliwość wywierania bezwzględnej presji na matkach alkoholików i ubolewania, że słabo „wchodzą” w role pacjentek. Niezwykle bogatym w argumenty i dystans do zjawiska jest fragment wywiadu eksperckiego:

[...] Nasza praktyczna wiedza generalna, jak współpracować z rodzicami dorosłych, jest... niewielka. Jak pomóc skuteczniej, jak włączyć w cały proces terapeutyczny rodziny. Wiemy, jak pomóc, jakimi metodami osobie chorej czy uzależnionej, wiemy jak pomóc jej partnerowi, jak włączyć partnera do terapii, mamy grupy dla żon alkoholików – to jest. Nie wiemy natomiast, w jaki sposób włączyć rodziców i jaka miałyby być ich rola. Bo pozornie wydawałoby się, że należy się usamodzielnic, odseparować, bo taki alkoholik powinien być dorosły, odpowiedzialny za siebie. Ale tu chodzi o wsparcie środowiskowe rodziny, o to, co mogą dać rodzice. Oni mają dom, zawsze go przygarną, zwłaszcza mama, ona go wpuści, będzie mógł wrócić, prawda? Szczególnie w sytuacji, kiedy został sam. Bo proszę zwrócić uwagę, że duża grupa dorosłych alkoholików straciła swoje rodziny. Partnerzy, żony – oni przestali już się angażować i postanowili o rozstaniu. No to tym bardziej, skoro alkoholika zostawiła „niedobra” żona, wyrzuciła go, to ja jako matka czy my jako rodzice musimy mu pomóc, bo on został skrzywdzony. [...] No tak, tu dochodzi jeszcze ten jeden element, że ci rodzice nadal widzą w tym dorosłym pijącym mężczyźnie dziecko i traktują go jak dziecko. I bardzo często trudno rodzicom jest nawet w rozmowie coś zasugerować, na przykład żeby próbowali oni zmienić swoje podejście. To jest z drugiej strony dość późno, bo ja kieruję się troszkę inną zasadą. Jak przychodzili rodzice narkomanów w Łodzi z prośbą, żeby ich dziecko przestało brać, żeby się zmieniło – pomijam już fakt, że oddając dziecko, spodziewali się jego „naprawy” – spotykali się z informacją od nas, że „jeżeli pani chce, żeby się pani dziecko zmieniło, musi się pani najpierw sama zmienić”. I to dla wielu rodziców stało się po pewnym czasie zrozumiałe, przekonujące i oni byli w stanie to zaakceptować emocjonalnie i intelektualnie. [E]

Rozwój uzależnienia od alkoholu trwa dłużej niż od narkotyków. Przeciętny pacjent – „alkoholik” jest starszy niż „narkoman”. Starsi będą więc także i jego rodzice.

Trudno natomiast oczekiwać od 60–70-letniej kobiety, żeby tę zasadę zaczęła stosować: jeżeli pani chce, żeby pani syn mniej pił, to musi pani inaczej go traktować, powinna pani zmienić swoje dotychczasowe podejście. Osobom starszym trudno jest zmienić swoje postępowanie, przyzwyczajenia – również i myślowe. Z moich doświadczeń wynika, że [...] ja nie mogę się zmienić, już taka jestem i taka zostanę, bo ile lat mi zostało do śmierci. Starsi ludzie też patrzą trochę z innej perspektywy, znaczy z perspektywy zbliżającego się końca ich życia. [E]

Na chwilę zatrzymam się przy tym wątku i odniosę do uwag sformułowanych w powyżej przytoczonych fragmentach wywiadu eksperckiego. Wątek niedostatku rodziców jako pacjentów, osób, które są w ogromnej mniejszości w grupach terapeutycznych, samopomocowych czy innych formach terapii pojawia się we wszystkich wywiadach ze specjalistami.

[...] na grupie [zawahanie] rodziców właściwie, takie rodziniki mamy pojedyncze, więc chyba rzeczywiście [pauza] też, też sobie jakby, [zastanowienie] chyba też jakoś sobie odmawiają tej pomocy. [PTUP]

[...] często są też zaskoczeni, tak, jak [zastanowienie] ktoś się już się pojawi, powiedzmy, z tym [zawahanie] dzieckiem, to, to też zaznaczamy, że ta osoba może skorzystać z pomocy tutaj yyy specjalistów. Mmm [pauza], no tak, pamiętam, że, nie wiem, czy rok temu, czy 2 lata temu, też yyy robiliśmy specjalne takie zaproszenia dla rodziców, gdzie właśnie na detoksie je zostawialiśmy, tak żeby już tam osoby odwiedzające mogły te zaproszenia dostawać i żeby mogły się zgłaszać. Y natomiast też to się jakimś wielkim echem y nie odbiło, mam poczucie. [PTU]

Analiza wszystkich wywiadów z terapeutami skłoniła mnie do pewnej refleksji. Właściwie w żadnym z wywiadów nie zarejestrowałam wyraźnego dystansu do wiedzy o rodzicu i jego rzeczywistych potrzebach. Pomijając sformułowane cele na rzecz rozpoczęcia własnego życia, zajęcia się sobą, to wręcz zadziwiające może być dość bezkrytyczne oczekiwanie od terapeutów, że rodzice poddadzą

się terapii i będą uczyć się nowych sposobów reagowania, nawiązywania relacji z dziećmi itd. Wielu z tych rodziców to starsze osoby. Ich potrzeba niechęci do zmiany nie musi być związana z oporem przed terapią w klasycznym rozumieniu tego terminu, ale być zwyczajnym rezultatem wieku, przepracowanej biografii. W żadnym wywiadzie właściwe nie natknęłam się na taki rodzaj refleksji i zrozumienia prócz eksperckich. Przywołując więc wnioski sformułowane w wywiadzie eksperckim (fragmentie przedstawionym powyżej) i pamiętając o ustaleniach, jakie zaprezentowałam w rozdziale 1.2, można uznać, że jest to grupa, o której niewiele wiadomo „w teorii i w praktyce”.

Perspektywa badaczy

Badania jakościowe, przykładowo z wywiadem jako techniką gromadzenia danych, tylko pozornie mogą się wydawać łatwiejszym przedsięwzięciem organizacyjnym niż te, które angażują wielkie próby respondentów, np. z wykorzystaniem ankiety. W porównaniu do „ilościowego” ostatecznie badacz „jakościowy” dobiera niewielką grupę osób. „Mniej” nie znaczy jednak „łatwiej”, a swoboda w doborze osób do badań to pozory.

Badacza „jakościowego” obowiązują procedury doboru „swojej” próby, a kierunki poszukiwań „przypadków” wyznaczone są podczas analizowania materiału empirycznego pozyskanych już danych. Prawdopodobnie uwaga ta jest truizmem: zgodnie z zastosowaniem procedur metodologii teorii ugruntowanej analiza materiału empirycznego przebiega równoległe do zbierania danych w terenie. Oznacza to tyle, że analiza ta „wyznacza” i konkretyzuje dalsze poszukiwania (tzw. teoretyczne dobieranie próbek). Wracam do tego zagadnienia, które sygnalizowałam w rozdziale 1.2 (*Rodzice osób problemowo pijących alkohol w świetle założeń badań własnych*), ponieważ tytułowa „perspektywa badaczy” pozostaje w silnym związku właśnie z doбором i relacjami z osobami, które zostały już odpowiednio wybrane.

Na etapie planowania przebiegu badań dostęp do badanych – rodziców dorosłych dzieci, które piją problemowo alkohol, wydawał się sprawą prostą. Miałyśmy bowiem wrażenie, że każdy zna rodzinę z problemem alkoholowym lub co najmniej kogoś, kto zna taką rodzinę. Byłyśmy także przekonane, że instytucje leczenia odwykowego mogą być miejscem, które skupia takie osoby. Założyłyśmy również, że rodzice – z racji swoich doświadczeń i wieku⁵⁰ – będą osobami, które chętnie opowiedzą o swoich problemach. Przekonanie takie znajduje swoje uzasadnienie w piśmiennictwie naukowym, nawet bezpośrednio odnoszącym się do problemów alkoholowych. Przykładowo, kiedy Klingemann⁵¹ pisze o sposobach docierania do „samoleczących się alkoholików”, wspomina, że na numer podany w ogłoszeniu dzwoniły również osoby bliskie, w tym rodzice, chcąc podzielić się swoimi doświadczeniami współzależnienia.

⁵⁰ Mam na myśli podatność narracyjną, którą zwykle przypisuje się osobom starszym, mającym bogate doświadczenia życiowe.

⁵¹ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*

Pierwsze dwa wywiady z rodzicami pozyskane zostały za pośrednictwem „instytucji”. Respondentkami były matki, które wyraziły zgodę na wywiad, a o badaniach dowiedziały się podczas wizyty u lekarza-psychiatry, który zajmował się ich dorosłym dzieckiem z diagnozą uzależnienia od alkoholu. Kolejne wywiady przeprowadzone zostały z osobami, do których dotarliśmy „własnymi siłami”. Okazało się jednak, że dotarcie do rodziców w sposób inny niż za pośrednictwem instytucji jest problematyczne. Podczas zebrań zespołu wiele dyskusji poświęcałyśmy tym trudnościom oraz sposobom ich pokonywania. Naszym podstawowym pytaniem było: w jaki sposób dotrzeć do rodziców, którzy nie są „polecani” przez terapeutów czy innych pracowników instytucji pomocowych? Przedmiotem dyskusji były też dylematy etyczne – czy można zapraszać do badań kogoś z kręgu swoich znajomych oraz „znajomych znajomych”? Jakie są granice zachęcania takich osób do badań? A także – jak radzić sobie z przeświadczeniem osoby, która wyraziła zgodę na wywiad, że (być może) uzyska pomoc od badaczki w postaci porady i wskazania kierunku dalszych działań na rzecz pomocy swojemu dziecku?

Problem zawarty w ostatnim pytaniu był dla nas bardzo istotny. Zdarzały się bowiem podczas wywiadów trudne sytuacje, w których rodzic sugerował, że jego zgoda na udział w badaniach podyktowana była nadzieją uzyskania od badacza-pracownika uniwersytetu, psychologa/pedagoga porady, wsparcia w budowaniu dalszego planu działań. Czasem pomysł dalszych działań powstawał w trakcie wywiadu i pod jego wpływem, a badacz pełnił wtedy rolę osoby, która miałaby ocenić jego szanse powodzenia, np.:

Nie, no [zawahanie] mówię, będę się starał i, no i [westchnienie] rzeczywiście może jeszcze naciśnie to tak [pauza] Pan mnie jakoś tak [zawahanie] zmotywował, żeby faktycznie miał tam córkę, żeby może jakieś tam spotkanie zrobić. Może tak znieńska? [RO]

Naszej roli badacza towarzyszyło wiele napięć. Jakimi rzeczywistymi powodami kierują się rodzice, którzy godzą się na wywiad? Oprócz bowiem wyżej sygnalizowanych byli i tacy, których zgoda była rezultatem specyficznego długu wdzięczności, jaki „spłacają”, lub dowodu lojalności wobec terapeuty, który ich zarekomendował do badań. Szczególnie w jednym przypadku – skądinąd bardzo poznawczym z punktu widzenia badań, ponieważ pierwszym, jaki udało nam się pozyskać od rodziny, która nie korzysta z żadnej pomocy instytucjonalnej – rozmówczyni wprost przyznała, że nigdy nie zgodziłaby się na udział w takich badaniach, gdyby nie namowa jej wnuczki, która jest studentką jednej z badaczek.

Z perspektywy badacza trudna jest świadomość ciężaru odpowiedzialności, jaki na nich spoczywa z powodu obdarzenia zaufaniem i podzielenia się swoimi doświadczeniami, nierzadko pełnymi goryczy, rozpacz, bezradności i rozczarowania. Czy spełnimy się w roli dobrego, współczującego, a jednocześnie zdystansowanego słuchacza?

RM: No że, no, no, no co mogę czuć, no żal tylko i nic więcej...

B: Mhm.

RM: [pauza] [płacz] ... a nic nie mogę zrobić. [pauza]

B: Czyli swoją bezradność taką, tak, w, w tej sytuacji?

RM: [pauza] [płacz] Nic się na to nie, nie poradzi, trudno, co będzie [długa pauza].

Jedną z najtrudniejszych sytuacji badawczej, jakiej doświadczyłam osobiście, był wywiad z kobietą, której syn stracił życie w konsekwencji znaczącego nadużywania alkoholu. Zasadnicza trudność polegała na tym, że było to dla mnie zaskoczeniem, ponieważ spodziewałam się „tylko” narratorki ze średniego miasta, która jest osobą zaangażowaną w działalność organizacji pomocowych, i której syn ma problem z nałogowym piciem. Newralgiczny fragment wywiadu jest następujący:

RM: Już jestem gotowa, aby o tym rozmawiać, ale jeszcze kilka tygodni temu nie byłam gotowa na ten wywiad [...]. Nawet mnie pytała pani A. czy jestem już gotowa, a ja mówię: „nie, nie jestem gotowa”.

B: Gotowa?

RM: No... bo syn mi się powiesił. Ten syn właśnie, o którym będę mówić. Powiesił się... to już minie 9 miesięcy temu, jak się powiesił.

Realizacja wywiadów z rodzicami była ciężarem moralnym i emocjonalnym. Były to wypowiedzi pełne bólu, a jednocześnie też specyficznego wstydu i porażki. Rodzice przecież najczęściej lubią „chwalić się” swoimi dziećmi, epatować dumą z ich osiągnięć i współdzielić się ich szczęściem, a tu przychodzi im przyznawać, że ich dziecko „nie udało się”, „nie wyszło mu/jej w życiu”. Problemy te analizować można też na poziomie dylematów o granice „eksploatacji” osób badanych i ryzyka kosztów emocjonalnych, na jakie są narażeni.

Badacz jakościowy nie może „ukryć” swojej tożsamości za kwestionariuszem. Jego narzędziem nie jest test czy ankieta, ale osobowość, status społeczny, kompetencje itp. To wszystko wpływa nie tylko na sam przebieg wywiadu, ale także stanowi często o tym, czy osoba wyrazi zgodę na udział w badaniach czy nie, czy ją podtrzyma czy wycofa. Ilustrację stanowić może tu doświadczenie jednej z badaczek, która w trakcie realizacji projektu z udziałem rodziców osób pijących problemowo, prowadziła także wywiady w ramach własnego przedsięwzięcia badawczego, również z ojcami i matkami „w głównej roli”.

Otóż przedmiotem jej badań były rodzicielskie doświadczenia związane z uwięzieniem ich dzieci, radzenia sobie z piętnem i potencjalną wrogością otoczenia. Zanim jedna z długo wyszukiwanych narratorek wyraziła zgodę na udział w badaniach (a dodam, że badaczka jechała na miejsce wywiadu ponad 300 km), zadała pytania o wiek, status rodzinny, posiadanie dzieci. Po uzyskaniu odpowiedzi stwierdziła, że gdyby badaczka nie miała dzieci, to nie zgodziłaby się na wywiad, ponieważ „tylko matka może zrozumieć matkę”⁵². Można to doświadczenie badaczki analizować przez pryzmat rzecznictwa (na straży czyich interesów stoi naukowiec?⁵³), a także upewnienia się, czy badacz/ka właściwie zinterpretuje i odczyta doświadczenia kobiety (które może zrozumieć tylko inna kobieta-matka). W podobnym tonie opisuje swoje trudne doświadczenia badaczka, która porusza trudne historycznie i kulturowo zagadnienia relacji polsko-ukraińskich:

⁵² Opisuję doświadczenie Angeliki Cieślukowskiej-Ryczko.

⁵³ Y. Jewkes, Autoethnography and emotion as intellectual resources: Doing Prison Research Differently, *Qualitative Inquiry*, 18, 2012: 63–75.

Zdarzało się, że pewne wątki rozmowy nie były kontynuowane, ponieważ rozmówca przestał widzieć we mnie słuchacza o tych samych poglądach, tracił do mnie zaufanie; uznawałam to za konieczne „koszty” prowadzenia badań poruszających się w tak delikatnych i wrażliwych tematach⁵⁴.

Rola osoby realizującej wywiady, zwłaszcza dotyczące tematów trudnych i/lub biograficznych, nacechowana jest ambiwalencją. Naukowiec winien przyjąć postawę z jednej strony życzliwą i otwartą, z drugiej natomiast zdystansowaną i nieprzekraczającą granic swojej roli. Zanurzanie się w trudne przeżycia osób badanych staje się osobistym doświadczeniem badacza. Powinien być przygotowany, że nie pozostanie to obojętne dla jego własnej tożsamości. Kiedy omawialiśmy wywiady na spotkaniach zespołu, dzieliliśmy się trudnymi emocjami, jakie w nas pozostawiły spotkania z narratorami. Miałyśmy przed oczami drżenie rąk, wzburzenie emocjonalne, przygnębienie i żal towarzyszący bezpowrotnej stracie („udanego dziecka”). Mówiliśmy o wywiadach, które „w nas tkwią”, które „mamy przed oczami”, „wciąż w głowie”; o pokorze wobec narratorów, a także o trudnościach z własną mową ciała. Jak patrzeć w oczy? Czy życzliwy uśmiech nie jest odbierany przez narratora jako nadto bez troski? Czy właściwie zareagowałam?

Specyficzne problemy w rejestrowaniu trudnych doświadczeń osób z piętnem polegają także na umiejętności formułowania komunikatów zwrotnych przez badacza. Trudnym emocjonalnie doświadczeniem było prowadzenie wywiadów z osobami, które unikały wzroku podczas rekonstruowania swoich przeżyć z powodu zawstydzenia, a także w sytuacji, gdy rodzice-narratorzy szukali w oczach badacza zrozumienia swoich porażek, działań pełnych niekonsekwencji, słabości. Bardzo wyraźnie też odczuwałyśmy w ich spojrzeniach pewną czujność. Było to specyficzne badanie przez rodziców naszych ocen i reakcji na to, co mówią⁵⁵.

Yvonne Jewkes⁵⁶ ujmuje „emocjonalność” badacza jako zasób, nie przeszkodę. Konstatuje, że traktowanie badań jedynie jako źródła wiedzy z całkowitym oderwaniem od refleksji na temat procesu badawczego (i przemian, jakich doznaje badacz) negatywnie rzutuje na rezultaty naukowe. Procesy emocjonalne będące udziałem badacza podobnie postrzega Konecki, który uważa, że „emocje badacza-uczestnika mogą wskazywać na to, co jest ważne w obserwowanej przez niego rzeczywistości”⁵⁷.

Jakub Niedbalski⁵⁸ podkreśla także, że różnica pomiędzy badaczem a badanymi nie polega na odmienności odczuwania stanów emocjonalnych, ale „na ich świadomości i sposobie wykorzystania”. Problemy te są związane z kompetencjami badacza jakościowego. Są nimi nie tylko umiejętność „mowy ciała” podczas

⁵⁴ A. Wylegała, *Badacz z Polski na Ukrainie: problemy metodologiczne*, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 9(4), 2013: 140–151.

⁵⁵ Refleksja z terenu sformułowana przez Karolinę Walczak-Człapińską.

⁵⁶ Y. Jewkes, *Autoethnography and emotion...*

⁵⁷ K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000: 154.

⁵⁸ J. Niedbalski, *Krótki epizod przynależności – „nowy”, „normalny”, „nieznany” wśród osób z upośledzeniem umysłowym. Problematyka tożsamości badacza w procesie eksploracji terenowej badanego środowiska*, [w:] K. T. Konecki, A. Kasperczyk (red.), *Procesy tożsamościowe. Symboliczno-interakcyjny wymiar konstruowania ładu i nieładu społecznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2010: 49.

rejestrowania trudnych emocjonalnie problemów, ale również świadomość granic, do jakich można się posunąć, oraz zdolności radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami i emocjami. W istocie sytuacja taka tworzy też problemy natury etycznej, które generują podstawowe pytanie: na ile badacz może pozwolić (sobie i badanemu) na przywoływanie przeżyć szczególnie dramatycznych? Z pozycji koordynatorki zespołu badawczego borykałam się również z wątpliwościami – na ile mogę pozwolić angażować się początkującym badaczkom w realizację wywiadów z rodzicami.

Sygnalizowane wyżej zagadnienia poruszane są na łamach piśmiennictwa naukowego. Przykładowo ciekawych wniosków dostarcza artykuł Agnieszki Golczyńskiej-Grondas i Marka Grondas⁵⁹, o którym sami autorzy piszą, że stanowi on rezultat dyskusji między socjolożką a zawodowym psychoterapeutą. Inspiracją do powstania artykułu były doświadczenia Golczyńskiej-Grondas związane z realizacją wywiadów z udziałem byłych wychowanków domów dziecka. W artykule rozważana jest terapeutyczna funkcja wywiadu biograficznego w kontekście założeń profesjonalnej terapii psychologicznej. Autorzy odnoszą swoje analizy zwłaszcza do sytuacji przedsięwzięć badawczych, które uruchamiają traumatyczne wspomnienia lub refleksję nad aktualnym doświadczeniem badanych. W tekście poruszono problematykę celów badań naukowych i celów terapii oraz relacji między narratorem/klientem i badaczem/terapeutą. W rezultacie identyfikowanych problemów autorzy formułują wnioski o potrzebie zawodowych umiejętności niezbędnych do prowadzenia wywiadów biograficznych (podobnie jak w przypadku praktyki psychoterapeutycznej).

Zważywszy na dotychczasowe rozważania, pojawić się może pytanie o to, dlaczego badacze decydują się na podejmowanie obciążających emocjonalnie badań? Pomysł na to „kogo zbadać” bywa zwykle rezultatem refleksji, wnioskiem o luce w istniejącym stanie wiedzy, rezultatem przypadku lub osobistego zaciekania powodowanego własnymi doświadczeniami (osobistymi lub kogoś bliskiego), pojawiającej się możliwości (np. przeprowadzenia badań w „zamkniętej” grupie, niedostępnym terenie) czy zapotrzebowania na wyniki badań (np. konkursy na projekty). Problem dostępności organizacyjnej i „emocjonalnej” terenu badań analizują m.in. John Lofland i in., dzieląc je na „wymagające” i „mniej wymagające”⁶⁰. Kryterium różnicującym jest nie tylko łatwość dostępu i badania, ale wysiłek włożony w negocjowanie i utrzymywanie tego dostępu.

Lofland i in. zwracają na ważny warunek do spełnienia, jaki powinien być udziałem badacza, a mianowicie właściwe oszacowanie i ocena ryzyka (fizycznego i emocjonalnego) w badaniach. Na szczególnie stresujące sytuacje narażony jest badacz grup społecznie wykluczonych i stygmatyzowanych, osób chorych, z niepełnosprawnością, ofiar katastrof, przestępstw itp. Przykładem konsekwencji emocjonalnych wywołanych przez zaangażowanie badacza w poznawaną rzeczywistość jest problem silnie odczuwanego poczucia winy z powodu swojej

⁵⁹ A. Golczyńska-Grondas, M. Grondas, Biographical Research and Treatment. Some Remarks on Therapeutic Aspects of Sociological Biographical Interviews, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 9(4), 2013: 28–49.

⁶⁰ J. Lofland i in., *Analiza układów społecznych. Przewodnik metodologiczny po badaniach jakościowych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009: 51–53.

uprzywilejowanej pozycji społecznej względem osób badanych (wykluczonych), dolegliwości psychiczne i fizyczne (np. depresja, bezsenność) w rezultacie intensywnych kontaktów z ofiarami przemocy, „podwójnej lojalności”, stresu i uczucia niepokoju w przypadku badań ekstremalnych politycznie odłamów grup społecznych itp.

Kontynuując wątek trudności z dostępem do osób, które spełniają konkretne cechy, na jakie kierowały nas analizy materiału empirycznego oraz problemów radzenia sobie z ogromnymi obciążeniami emocjonalnymi w relacjach z osobami badanymi, zaznaczę, że zidentyfikowałyśmy pewne doświadczenie, które bezpośrednio wiązało się z tymi trudnościami. Można by nawet rzec, że było ich specyficznym produktem. Doświadczeniem tym był wyraźnie odczuwany dyskomfort, który ujawniał się w trakcie (lub po jakimś czasie) realizacji wywiadów, czyli **uświadomienie sobie tego, że się jest naukowcem-beneficjentem czyjejs tragedii lub zachowania dewiacyjnego**. To specyficzne odczucie ulgi i satysfakcja z „udanego” wywiadu, z tego, że miało się „szczęście” trafić na osobę, która nie dość, że posiada trudne doświadczenia, to jeszcze „dobrze” o nich opowiada i płynnie rekonstruuje problemowe wątki. Jest to stan powodowany nagłym uświadomieniem sobie braku naturalnego „odruchu” współczucia i smutku, ponieważ na pierwszy plan wysunął się „interes” badacza, który przysłania te trudne emocje i dominuje radość z powodu pozyskania ciekawego przypadku i „udanego narratora”⁶¹.

Świadomość ta dociera do badacza jeszcze w trakcie trwania wywiadu lub po jakimś czasie, w momencie, kiedy historia narratora przestaje wszechogarniać umysł, a staje się jedną z wielu, kolejnym „tematem” (a sam badacz zbieraczem i nosicielem takich „tematów”⁶²). Odczuwany dyskomfort mieści się znaczeniowo pomiędzy poczuciem „żerowania na czyimś nieszczęściu” a zubożeniem, wypaleniem.

Podczas dzielenia się tym doświadczeniem oraz ciężarem moralnym i etycznym, z jakim się borykałyśmy z tego powodu, nazwałyśmy to zjawisko mianem „efektu lisich rączek”⁶³. Taka metaforyczna nazwa może wydać się rażąca w zestawieniu z ciężarem przeżywanym przez nas trudnościami moralnymi i etycznymi. Jednak o ile same rozmowy i współdzielenie się tym trudnym moralnie doświadczeniem sprzyjało wspólnemu przepracowaniu trudnych emocji i odreagowaniu poprzez uzyskanie wzajemnego wsparcia, o tyle **użycie tej metafory pełniło funkcję obniżenia negatywnego napięcia, zdystansowania się**. Nazwa ta odnosi się do metaforycznej lisiej chytrkości, dwulicowości. „Zacieranie rączek” towarzyszy radości np. z powodu oczekiwania prezentu, poszczęszczenia się. W naszym przypadku było to odkrycie, że w końcu, po długim okresie poszukiwań, udało się pozyskać „przypadek”, który wniesie bogaty materiał empiryczny. Kiedy emocje radości badacza opadały, pozostawał trudny do zniesienia ludzki żal. Żal spowodowany refleksją i wyrzutami sumienia, że to radość badacza-naukowca, a nie odruch ludzkiego współczucia, była naszą pierwszą reakcją emocjonalną na wizję wywiadu pełnego dramatycznych doświadczeń.

⁶¹ Por. M. Granosik, *Metoda biograficzna...*

⁶² Autorką tej refleksji jest Angelika Cieślukowska-Ryczko.

⁶³ „Efekt lisich rączek” po raz pierwszy został podniesiony przez dwie badaczki: Cieślukowską-Ryczko i Dobińską. To one też ukuły nazwę dla tego doświadczenia, które było przez nas wszystkie silnie doznawane.

Uczucia i dylematy moralne towarzyszące zjawisku nazwanemu przez nas „efektem lisich rącek” prawdopodobnie są znane wielu badaczom tzw. trudnych zjawisk. Trudno jednak dzielić się otwarcie taką radością, a nawet się do niej przyznawać. Siła ambiwalencji odczuć i wartości moralnych, jakie zawierają się w „efekcie lisich rącek”, jest bowiem ogromna. Prawdopodobnie efekt ten towarzyszy sytuacjom badawczym, na które składają się następujące elementy: trudność w docieraniu do badanych i niedostępny teren badań (np. tematy sekretne, tabu, nieufność), doświadczenie wielu słabych jakościowo wywiadów (np. słaba narracyjność badanej osoby, niska refleksyjność) i trudny przedmiot dociekań (np. choroby, przestępczość, strata, przeżycia wojenne).

Badanie trudnych terenów, zwłaszcza doświadczeń, które nasycone są ludzkim cierpieniem, to samo w sobie trudne przedsięwzięcie dla badaczy. Obciążenie emocjonalne oraz poczucie wielu porażek w dotychczasowym zbieraniu materiału (bądź w długim czasie) może powodować więc, że badacz znajdzie się na skrzyżowaniu wielu skrajnych, intensywnie doznawanych odczuć. „Efekt lisich rącek” rozumiemy więc jako specyficzne zdruzgotanie uświadomieniem sobie swojej radości z powodu dotarcia do „trudnego przypadku”.

Opisywane przeze mnie zjawisko „efektu lisich rącek” lokuję w obszarze zagadnień określanych mianem skażonej, nieczystej pracy (*dirty work*). Badania terenów, które uznawane są za „skażone” (brudem, patologią, śmiercią, cierpieniem), podawane są w wątpliwość, jeżeli chodzi o ich sens i użyteczność. Bywa, że uznawane są jako „dziwne”, a sami badacze jako „podejrzani”. W piśmiennictwie naukowym znaleźć można rozważania o zagrożeniach, jakie niosą tzw. trudne badania terenowe dla tożsamości zawodowej naukowca⁶⁴. Ponadto słusznie formułowane są ostrzeżenia, że badania takie wiążą się z dużymi kosztami emocjonalnymi i ryzykiem zawodowym (np. z powodu dużego prawdopodobieństwa porażki w odkryciu „brudnych” sekretów). Zagadnienia te są przedmiotem ożywionej dyskusji na temat wyzwań metodologicznych, osobistych i zawodowych, jakie stoją przed badaczem terenów, które są trudne poprzez „skażenie”⁶⁵.

Najważniejsze cechy kategorii nieczystej pracy (*dirty work*) omówiłam szerzej w podrozdziale: *Stygmatyzowanie*. W świetle dotychczasowych ustaleń daje się stwierdzić, że badacz tzw. trudnych terenów i zjawisk spełnia warunki odpowiedzialne za specyficzne „skażenie” będące elementem nieczystej pracy. Traktując *brudną/skażoną pracę i badaczy brudnych/skażonych prac i pracowników* jako klucz poszukiwań, natknęłam się na artykuł z 2003 roku autorstwa australijskich naukowców⁶⁶. Autorzy przeanalizowali piśmiennictwo naukowe i wyróżnili trzy podstawowe (choć niejedyne) rodzaje „skażonych” badaczy⁶⁷.

⁶⁴ S. Mavin, G. Grandy, Doing gender well and differently in dirty work: the case of exotic dancing, *Gender, Work & Organization*, 20(3), 2014: 232–351.

⁶⁵ G. Grandy i in., Doing dirty research using qualitative methodologies: lessons from stigmatized occupations, *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 9(3), 2014: 174–182.

⁶⁶ E. Southgate, K. Shying, Researchers as dirty workers: cautionary tales on insider-outsider dynamics, *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 9(3), 2014: 223–240.

⁶⁷ Zob. także: E. Sanders-McDonagh, Conducting „Dirty Research” with extreme groups: understanding academia as a dirty work site, *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 9(3), 2014: 241–253.

Pierwsi to tacy, którzy zostają skażeni moralnie poprzez kontakt z grupą marginalizowaną, tj. nosicielami piętna. Drugimi są badacze, którzy przekraczają jakieś granice moralne czy etyczne. Stają się „brudnymi badaczami”, a ich badania są „brudne”, ponieważ łamią ważne reguły i normy. Trzecimi natomiast są badacze, którzy są jednocześnie przedstawicielami jakiejś „skażonej grupy” lub się z niej wywodzą, co wpływa na rodzaj ich aktywności naukowej (i badawczej). W artykule autorzy skupili uwagę na tych ostatnich, czyniąc przedmiotem analiz dwie biografie skażonych badaczy. Pierwszą badaczką była streetworkerka pracująca z osobami z uzależnieniem od narkotyków, która z racji wykonywanej pracy głęboko była zanurzona w kulturę „narkomańską”. Drugą – naukowczyni, która w przeszłości była striptizerką. Nie wnikając głębiej w szczegóły wyników badań, zasygnalizuję tylko wątek zmagania się pierwszej badaczki z „dwoma tożsamościami”, jej poczucie bycia „obcą” w obu światach (określanych przez nią mianem „jej światów”) – badanych (z którymi łączy ją nieformalne relacje) i badaczy (akademickich „kolegów po fachu”). Konsekwencją jej „brudnego badania” było życie w atmosferze podejrzeń, nieufności co do prawdziwej tożsamości i rzecznictwa⁶⁸ w obu środowiskach. Zagadnienia te badacze analizują nie tylko przez pryzmat napięć między rolą badacza „skażonego” trudnym terenem i naukowca, ale także w kategorii swoi-obcy (*insider-outsider*). W przypadku drugiej kobiety interesujące jest sprzężenie dwóch „statusów” – społecznie napiętnowanego (striptizerka) i prestiżowego (pracownik naukowy) oraz to, w jaki sposób osobiste doświadczenie biograficzne splata się z jej metodologiczną i epistemologiczną praktyką badawczą. Wątek osobistych doświadczeń z zainteresowaniami naukowymi podejmowany był przez niektórych naukowców analizujących powody podejmowania przez badaczy terenowych tzw. trudnych badań. Zasygnalizowałam go zresztą na początku tego podrozdziału.

Jaki jest status badaczy, którzy „zanurzają się” w trudne tereny, czyniąc swoimi informatorami osoby z piętnem⁶⁹? Czy podobnie jak wspomniana przeze mnie badaczka-streetworkerka odczuwają obcość w swoim środowisku zawodowym? Czy traktowani są podejrzliwie, jako ci, którzy są „skażeni” piętnem/jako nosiciele piętna przeniesionego? Czy podejrzewani są o spoufalanie się z osobami z piętnem, o nadmierną emocjonalność i brak obiektywizmu⁷⁰? Pytania te ukazują tylko niektóre rodzaje dylematów, z jakimi może się borykać badacz tzw. trudnych (brudnych?) terenów.

Wracając do doświadczeń wyniesionych bezpośrednio z realizacji z badań własnych, zdarza się, że „brudny badacz” uwikłany jest w badany przez niego „trudny teren” nie tylko pośrednio, ale także doznaje go fizycznie⁷¹. Musi wówczas

⁶⁸ O problemach rzecznictwa pisałam szerzej w: R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą...*

⁶⁹ Zob. także: I. Ślęzak, Refleksje nad zagadnieniem piętna w relacjach badacza i badanych na podstawie wywiadów z kobietami świadczącymi usługi seksualne, *Nauka i Szkolnictwo Wyższe*, 1, 2013: 163.

⁷⁰ Y. Jewkes, *Autoethnography and emotion...*

⁷¹ Przykładowo doświadczeniem uczestniczek zespołu przy okazji realizacji innego projektu badawczego było podleganie presji kuratora sądowego, by weszły do szczególnie brudnego pomieszczenia czy dotknęły brudnej poręczy i w ten sposób „doświadczyły” osobiście ważnego fragmentu rzeczywistości jego pracy.

pokonać własne uprzedzenia „normalsa” czy osobiste nawyki i odruchy (np. bycie poczęstowanym przez narratora i skosztowanie nielubianej potrawy) oraz odczucia. Bywa, że „doświadczanie” terenu badań jest trudne psychicznie i fizycznie nie tylko ze względu na relacje osób badanych czy prowadzone obserwacje, ale poprzez symboliczne uczestnictwo w rekonstruowanych przez respondentów wydarzeniach. Jedna z badaczek próbowała zidentyfikować przez dłuższą chwilę źródło silnie doznawanego przez nią dyskomfortu podczas prowadzenia wywiadu na terenie szpitala psychiatrycznego, w miejscu, gdzie odbywają się zabiegi detoksykacyjne. Zidentyfikowane przez nią negatywne emocje, jakie towarzyszyły w trakcie trwania całego wywiadu, powodowane były uświadomieniem sobie, że cierpienia ludzkie i dramaty opisywane przez pracownika szpitala dzieją się właśnie „tu”, „w tym miejscu”, na co dzień w pomieszczeniu, w którym rozmawiała z respondentem. Było to silne wrażenie bezpośredniej styczności z ludzkim cierpieniem, niemocą, dramatyczną walką poprzez fizyczność miejsca:

[...] że to o czym opowiadał mi ten pracownik działo się i dzieje się w tym miejscu, w tym gabinecie!⁷²

Uświadomienie sobie tego fizycznego „otarcia się” o cierpienie było dla tej bardzo młodej badaczki bardzo przytłaczającym doświadczeniem. Dodam, że spotkania zespołu realizującego wywiady w dużej części poświęcone były wspólnemu odreagowaniu emocjonalnemu i przepracowaniu trudnych doświadczeń z terenu.

2.2. Oswajanie szkód

Obliczanie strat

Analizując wywiady z rodzicami, w wielu z nich dostrzegłam pewną tendencję. Kiedy pytaniem inicjującym wywiad była prośba o opowiedzenie o swojej rodzinie (i niedoprecyzowana, o jaką rodzinę chodzi – pochodzenia czy prokreacji), rzucił się w oczy pewien wzór prezentacji swojej rodziny. Informatorzy snuli dość rozbudowane opisy swoich dzieci, a właściwie ich osiągnięć, a następnie następowła nieznaczną pauza (czasem westchnięcie, na tyle wyraźne, że bywało rejestrowane przez osobę dokonującą transkrypcji wywiadu).

Wychowywałam te młodsze dzieci sama. [pauza] Miałam gospodarstwo i sama wychowywałam te dzieci. A starsze już dwoje założyło rodziny, no i miałam 18-letniego gospodarza, które przekazałam gospodarstwo, ale wiadomo, on jeszcze chodził do szkoły, no i jakoś tam sobie dawaliśmy radę z tym gospodarstwem. Najgorzej było z tą niepełnosprawną, bo trza było do szkoły zawieźć, przywieźć [pauza] i na rehabilitację. [pauza] No ale jak się musi to się wszystko da radę. [pauza] No

⁷² Rekonstrukcja wypowiedzi Katarzyny Okólskiej.

i tak [pauza] pomału to życie upływało nam. Tak że wszystkie dzieci już założyły jakieś związki. No zos... no mieszkam ze synem właśnie z tym, który gospodarstwo ma. On zajmuje pół domu, ja drugie pół domu. [RM]

Lub odwrotnie – rozpoczynali od krótkiego opisu dominujących problemów w rodzinie związanych z nałogowym pićm dorosłego dziecka i tę prezentację kończyli opisem tych dzieci (lub wnucząt), które są całkowicie bezproblemowe i stanowią powód do dumy. Była to ekspozycja sytuacji życiowej, która jest diametralnie inna, lepsza niż dziecka, które jest „głównym bohaterem” wywiadu. Było to bardzo znaczące i ważne z punktu widzenia sytuacji, jaką był wywiad. Wizja trudności podejmowanych wątków i rozmiaru niepowodzeń i bezradności rodzicielskich powodował, że badaczki odpowiednio podtrzymywały te niewielkie fragmenty opowieści, które napełnione były dumą i radością, np.:

RM: Oni są już 35 lat małżeństwem, wychowali dwoje dzieci, mają córkę i syna, czyli ja mam wnuków. Moja wnuczka jest we Francji, nie wyszła za mąż, ale ma partnera, ma dwoje dzieci, ale nie pije alkoholu absolutnie, z czego jestem... cała happy. Mam wnuczka, [pauza] w ogóle nigdy nie pił ani alkoholu, ani piwa i jest... bardzo ułożonym dzieckiem, bardzo grzecznym, ale jest ciężko chory, obydwie nerki mu nie działają, ma dializy [...]. Czeka na przeszczep nerki. Chłopak ładny, przystojny, greczny, miły. Nie szuka dziewczyny, bo on wie, że jest chory [pauza] i on się boi, że dziewczyna go nie zechce, a jest bardzo fajny chłopak, naprawdę. Ułożony, greczny, no wnuki..., z wnuków jestem dumna. Udało mi się, mam bardzo fajnych. Mam już dwie prawnuczki.

B: Gratulacje!

RM: Jedna ma 6..., 5 latek, skończyła w październiku, a druga 3 latka we wrześniu. Obwy..., obydwie już tu były, są fajne dziewczynki i moja wnuczka Basia ładnie je wychowuje.

To, co zwraca szczególną uwagę, to zajmowanie znaczącej części opowieści rodziców przez opis **gromadzenia zasobów na rzecz „normalnego”, dobrego życia dziecka** (rodzaju dóbr, cech, zdobyczy materialnych i symbolicznych). Zbieranie tych zasobów polegało także na intensywnym i zorganizowanym inwestowaniu w przyszłość swojego dziecka, identyfikowaniu jego potencjałów rozwojowych i organizowaniu warunków na rzecz ich wzmacniania oraz samodzielnie realizowanej kariery (na podstawie posiadanych potencjałów i warunków wyniesionych z domu, własnego uporu, zdeterminowania, talentu).

[...] wychowywała się [...], no i z tego, co wynika, no to dobrze, no bo skończyła szkołę, poszła za fryzjerkę, no skończyła to fryzjerstwo, no i za... podjęła pracę, wyszła za mąż, urodziła syna, później urodziła córkę, no ale już zaczęła pić... po urodzeniu córki już zaczęła pić... [RMC]

Te części fragmentów wywiadów rozpoczynają się często od specyficznego wstępu wyrażanego następująco: „bardzo dobrze mu szło”, „wszyscy myśleli, że zrobi karierę”, „od małego miał głowę do interesów” itp.

Szło dobrze i powiedzieli, że to był talent. [ROS]

Był sportowcem, ma przecież te... w X. [nazwa klubu] grał, był w X. [państwo], jako junior. Myślałam, że z niego będzie naprawdę sportowiec, ale niestety, wyszło inaczej. [RMS]

[...] on pracował po godzinach, on przyjeżdżał z pracy, jadł obiad i szedł do garażu, [westchnienie] i tam miał swoich klientów. Bo on naprawdę był bardzo dobrym mechanikiem... więc ludzie

miesiącami czekali, żeby po prostu się zajął ich samochodem, [westchnienie] bo tam yyy, no tak jak on opowiadał, że tam w 10 zakładach facet miał samochód [westchnienie] i cały czas to samo było... więc tam gdzieś usłyszał o nim [westchnienie] i, i przyjechał skądś tam... no żeby po prostu zajrzał, bo mówi, po prostu, panie, mówi, jak pan tego nie zrobisz, to już nikt nie robi. Więc miał swoich klientów, a garaż był jej ojca. [RMS]

[...] on na najwyższą szkołę ma, prawda, bo on pomaturalną i zaocznie kończył jeszcze. [RMS]

Dotyczy to wszystkich rodzicielskich relacji. Zarówno tych, których dzieci osiągnęły stabilizację życiową, założyły własne rodziny, zyskały pracę oraz cieszyły się wysokim statusem społeczno-ekonomicznym, jak i matek, których synowie nigdy nie doświadczyli dorosłej samodzielności (mierzonej ustabilizowaną sytuacją, samodzielnym życiem) mimo wieku metrykalnego wskazującego na zaawansowaną dorosłość i wielość doświadczeń biograficznych. Różnica w tym, że w drugim przypadku rekonstruowane są możliwości rozwojowe i potencjały, jakie posiadało dziecko w okresie wczesnego dzieciństwa lub dorastania. Podam przykładową ilustrację opisywanych problemów – zwłaszcza we fragmencie wywiadu z ojcem blisko 50-letniego syna zawiera się rekonstrukcja **zaprzepaszczonych szans** na wyjątkowo „udane” dziecko:

ROS: [...] no to był w sporcie, w piłce nożnej, i tam dopiero stało się tragicznie, ci wszyscy piłkarze to tam pijaki. Pijaki. Coraz więcej. Tak że już były takie mo...

B: A ile mógł mieć wtedy lat?

ROS: No to Alek miał 20 lat, mniej więcej, około 20, 20 lat miał i tam tych piłkarzy... Boże, jak oni tam chlali. Ja przecież chodziłem tam do tego, to go wyrzucali z tego, wracał, ale był naprawdę dobrze zapowiadający się piłkarz. No i później coraz gorzej, te Royale, te wódy, czyli zupełnie tak... I od tamtej pory coraz więcej. [...] O dziwo, że pracuje, ale to za jakiś czas może... Zaczynają... Jak to się mówi nieładnie, głupiej [...].

ROS: [...] miał narzeczoną, taką Ewę, lekkoatletka, znajoma mojego kolegi, magister. Ona była lekkoatletką [...]. Taka dziewczyna dobra. Boże, jak nas kochała i my ją. I alkohol, Alek.... No mój kolega ten mówi, „Ewa, daj sobie z Alkiem spokój, bo on jest alkoholik i będziesz miała kłopoty z życiem całym”. No i odjechała... Po prostu przestała z nim chodzić. Od czasu do czasu do nas dzwoni. Taka fajna dziewczyna, no mówię. Naprawdę, autentycznie dobra dziewczyna, ani papierosów, ani nic, żeby było.

Pewnie, nieraz mu mówimy, „przecież Alek, przekichałeś całe życie”. Zaręczony był. Dziewczyna zerwała zaręczyny. No zorientowała się, że coś nie tak, nie tak będzie. W porę się zorientowała i zerwała zaręczyny. [RMS]

Po krótkich prezentacjach swoich dzieci rodzice rekonstruowali „odkrywanie” problemowego picia, stopniowe wnikanie się swojego syna czy córki w uzależnienie i trwanie kontroli nad swoim życiem. Bolesne straty powodowane niekontrolowanym pićem obejmują to, co do tej pory dziecko zgromadziło, i to, co mogłoby jeszcze zgromadzić, ponieważ miało przed sobą ogromne możliwości. Nie jest jednak moją intencją odnotowywanie rozmiaru i specyfiki strat, jakie są udziałem „alkoholika”. W dalszej części przyjrę się wielu rodzajom strat będących udziałem tylko rodzica dziecka, które pije nałogowo i szkodliwe dla siebie oraz otoczenia. Rozpocznę od silnie wyłonionej **utrąty dumy rodzicielskiej**. Jej namiastkę można odnaleźć w dumie z „udanych” wnuków lub innych dzieci. Sygnalizowałam

już ten problem wcześniej, kiedy opisywałam trudność w realizacji wywiadów i dawanie przestrzeni rodzicom dla opowieści o „udanym” wnuku. Przede wszystkim więc jest to strata „udanego” dziecka, a w jego miejsce pojawia się **dziecko z chronicznym problemem**, które jest **zniewolone**, nieobecne, w letargu.

[...] już później pod koniec [życia] to zaczął płakać, bo nie wiedział, co robi. [RMS]

„Ocknij się!” [RMS]

Utrata dziecka „udanego” i zyskanie tego, które boryka się z chronicznym problemem, jest dominującym rodzajem rodzicielskiej straty. Wszystkie dalej opisywane przeze straty są właściwie jej uszczegółowieniem.

„Udane” dziecko jest samodzielne, osiąga sukcesy, realizuje te wszystkie wartości, które są powszechnie akceptowane i uznawane. „Udane dziecko” jest szczęśliwe i żyje pełnią swojego życia.

Ożenił się, dobrze mu się powiodło [pauza], firmę miał, dwa piękne samochody, dom już [zawahanie] prawie zbudowany i wszystko stracił. [pauza] Wszystko koledzy wzięli. Pół domu nawet zapisał koledze i teraz żona się prawuje. [RMS]

Rodzice „wypuszczają je” w świat ze spokojem, że sobie radzi i poradzi. W niektórych wywiadach moment osiągnięcia pełnoletniości albo uzyskania kompetencji, które pozwalają na samodzielność, dorosłość (np. ukończenie szkoły, studiów), są eksponowane. Rodzice rekonstruują moment, w którym pożegnali się ze swoim małym dzieckiem i oczekiwali dorosłego, w które inwestowali i przygotowywali do życia:

Dopóki mogłam, do pewnego wieku... 18 lat skończył, jak każdemu wyprawiał osiemnastkę, ale myślałam, że w innym kierunku pójdzie. [RMS]

No ale mając 19 lat, jak osiemnastkę mieli, to im powiedziałam, że ja nie nadążę za wami. Jako sobie pościelicie tak się wyśpicie. [RMS]

„Udane dziecko” dba o swoje dzieci, a także o rodziców. W relacjach z „udanym dzieckiem” zachodzą naturalne transfery międzypokoleniowej opieki i wsparcia. „Udane dziecko” nie potrzebuje rodzica do codziennej egzystencji. Jest inteligentne, zaradne, utalentowane.

I ona potrafi powiedzieć, po picu do mnie, „mama, ja jestem chyba kompletne zero”. [pauza] A ja na to odpowiadam, bo chcę ją pocieszyć, „absolutnie”. I dziewczyna naprawdę, przecież ona skończyła maturę, dostała się na studia, [pauza] odczytana bardzo, kocha książki, ona całe dnie potrafi czytać, też każdą krzyżówkę rozwiąże. To nie jest taka jakaś, wie pani, [zastanowienie] tłumok, broń Boże. [RMC]

Bywało, że doznane straty były identyfikowane przez rodziców bardzo wyraźnie. Były to specyficzne refleksje, które powodowały, że do świadomości docierało przeświadczenie o stracie „udanego” dziecka. Czasem nieodwracalnej.

[...] jak go zobaczyłem, lzy mi tak... Mówię mój Boże, mój syn... On był moim synem, inteligentny chłopak... [ROS]

[...] go wyrzucili [...]. To był dla mnie szok, mój syn, że tak powiem... Ja nie powiem, że tego, bo pierwotny to Piotrek był, ale myślałem, że ten, jak będzie zdrowy, to będzie autentycznym dobrym piłkarzem. Jak był mały, to ja go lewą nóżką pukałem tutaj, wszyscy wiedzieli, że Alek lewą nogą czy prawą i wszystko psychicznie..., wszystko potrafił, a później ten alkohol wszystko... [ROS]

„Ja się poprawię”. Ja już mu mówiłam, „synu ty cały czas nie słyszysz co ty mówisz” [...]. „Nie mamo, ja już się ustabilizuję”. No, wierzę w niego. [RMS]

Oczywiście wypisane przeze mnie cechy „udanego dziecka” i, co się z tym wiąże, „udanej relacji międzypokoleniowej”, są stanem idealnym i nie trzeba uzależnienia od alkoholu, by doszło do niewypełniania takiej definicji w praktyce życia rodzinnego. Istnieje wiele warunków powodujących o ambiwalencji międzypokoleniowej, gdzie troskliwie zdystansowanie się rodzica wobec dziecka jest utrudnione, a dorosłe dziecko jest zmuszone stać na straży swojej autonomii, a nawet o nią walczyć⁷³. W biografacjach rodziców dorosłych dzieci, które mają problem z alkoholem, „nieudane” dziecko to takie, które oddaje matce/ojcu swoją autonomię lub nie zasługuje na nią, ponieważ wadliwie dysponuje swoją dorosłością, czyniąc szkody nie tylko sobie, ale i otoczeniu („co ona wie o dorosłości?” [RMC]). Jakiego rodzaju straty wpisują się w pozyskanie dziecka, które ma chroniczny problem?

Trzeba zacząć od straty, którą określe mianem fizycznej. Zdrowe dziecko – kiedyś wypielęgnowane, zadbane i czyste zastępuje inne – **zniszczone** od alkoholu:

Chudy jest, nie wiem... Tak chudy jest, że wszyscy na niego się śmieją, „jak ty wyglądasz?” Nieraz mu powiem, „jak ty wyglądasz człowieku?” [ROS]

[...] jego zdrowie, ja pamiętam jego, jego po ostatnim piciu, yyy chłop 80 tam parę kilo, a on ważył chyba z 50 po tym dwutygodniowym piciu, zegarek to mu z nadgarstka aż do ramienia, jak na rękę podniósł, spadał, tak że wyglądał strasznie. [RD]

Dodatkowo pojawia się problem oporu dziecka przed leczeniem. Jest to związane ze stratą dziecka, które reaguje adekwatnie do problemów związanych ze swoim zdrowiem.

Jest **brudne**, a czasem nawet **budzi odrazę** i fizyczne obrzydzenie.

Po twarzy, bo jest spuchnięta, po twarzy, no widać, że, że schudła strasznie, no, no to widać, widać, bo to już widać, że to już jest osoba, która yyy jest uzależniona od alkoholu. [RM]

No jak nieraz widzę takich... na ulicy, brudnych takich, no to od razu mi się on przypomina. [RM]

Człowiek tu się brzydzi, boi się, bo wiadomo, gdzie tam, u jakich siedzi lumpów, czy coś, niech ci jakieś zarazki przyniesie. [pauza] No mówię, jego jak tak 2 dni, 3 gdzieś tam jest to przychodzi to na klatce się musi rozbierać. Daję mu torebkę i wyrzucam na balkon [pauza] i dopiero piorę na drugi dzień. No bo tak to człowiek się..., boi się, żeby co nie przyniósł, nie? Bo przecież u tych, u tych

⁷³ R. K. Merton, *Sociological ambivalence and other essays*, The Free Press, Collier Macmillan Publishers, New York–London 1976.

lumpów w mieszkaniach to ja wiem, jak u mnie tu na pierwszym piętrze, [pauza] przechodzi się koło drzwi i śmierdzi. [RMS]

[...] już nie mówiąc o tym, bo się aż wstydzę powiedzieć, [...] brudno, jak śmierdzi tym wszys..., papierosami, tą wódką... Te wódki stoją tam. Tak że to jest makabra. [ROS]

Wymiarem fizycznej straty dziecka jest bliskość. Strata bliskości doznawana bywa poprzez **fizyczny brak dostępu** do swojego dziecka, ponieważ jest bezdomne, pozostaje w niewiadomym nikomu miejscu, w więzieniu, zamyka się w domu i unika widzenia z rodzicem. „Fizyczne” zniknięcie powodowane jest także wielodniowymi czy wielomiesięcznymi „ciągami” alkoholowymi. Nawet jeśli dziecko jest „dostępne” (np. widoczne na ulicy, powracające pijane na noc), to w praktyce jest niedostępne – nie ma z nim kontaktu, jest to zniknięcie symboliczne, ale także dosłowne przez to, że jest permanentnie pijane i nie sposób się z nim skomunikować lub śpi.

RMC: [...] i tak jak pójde, to jak są lumpy i nasprawdzanych lumpów, no to nawet nie wpuści do domu, kiedy pije.

B: Czyli wtedy, w tym momencie nie ma Pani z nią żadnych relacji?

RMC: Nie, no, bo ona nie wpuści do domu.

[...] no, wyszła ze szpitala, no i z powrotem pije, no to teraz, no a teraz, no to co możemy zrobić, jak ona nie chce przyjść już teraz tu, a jak się idzie, to ona zamyka, tak że nie ma człowiek dostępu nawet. [...] odsunęła się i koniec [pauza] [westchnienie] i teraz żyje swoim życiem, i, i do widzenia, i już ona, już nic... [RMC]

[Matka] mówi, że ten syn zniknął, że nagle... że nie widziała syna przeszło kilka miesięcy, że jest cała w niepewności, czy syn żyje, czy czasem się gdzieś nie zapił i go nie znaleźli jako enen [...] Jednego dnia był i wyszedł z domu i nie wraca do tej pory. [PTUP]

I tak ciągnął to picie tydzień. Na noc tylko wracał pijamy, albo nie dał rady wejść, to pod drzwiami spał, a rano już go nie było. [...] Mamrotał coś i w ogóle nie było z nim porozumienia słownego. [RMS]

[...] on zawsze jakoś tam na śpiocha, czy na tego, wędrowniczka, czyli uciekał z domu i parę dni go nieraz nie było. [RD]

Tego rodzaju strata oznacza brak kontaktu z dzieckiem, niemożność bycia z nim, niewiedza na temat jego stanu zdrowia. Można jednak tę stratę rozpatrywać szerzej w kontekście straty prawa do przeżywania bólu z powodu rozłąki/nieobecności kogoś, kto w powszechnym przekonaniu w dużym stopniu „zasłużył sobie” na śmierć, chorobę, potępienie, izolację itp. Strata możliwości publicznego przeżywania i dzielenia się emocjami powodowanymi tęsknotą za swoim dzieckiem (które porzuciło na wiele tygodni dom i „poszło pić”), a nawet ograniczone przyzwolenie na żałobę po stracie dziecka, które zmarło wskutek szkód wyrządzonych picciem alkoholu, to problemy, które można dostrzec w materiale empirycznym dość wyraźnie. Zatrzymam się przy tego rodzaju stracie nieco dłużej, przywołując nieznaczne fragmenty wypowiedzi matek z doświadczeniem śmierci dziecka z powodu picia, w których można doszukiwać się ilustracji wyżej sygnalizowanego zjawiska. Zanim jednak odsłonię te wypowiedzi, zaznaczę, że zjawisko takie jest analizowane w piśmiennictwie naukowym jako specyficzne wykluczenie

społeczne pewnej grupy osób z doświadczeniem straty kogoś bliskiego i określane jest mianem *disenfranchised grief*. Najogólniej mówiąc, oznacza ono odebranie komuś moralnego prawa do bycia żałobnikiem.

Zagadnienie to po raz pierwszy podniósł Kenneth J. Doka⁷⁴, a następnie kategoria ta była rozwijana i stała się użyteczna w wyjaśnianiu problemów związanych z niemożnością przeżywania różnych strat⁷⁵, np. rozłąki powodowanej czymś uwięzieniem⁷⁶.

Doka opisywał problem odbierania prawa do przeżywania żałoby i oczekiwania współczucia z powodu straty osoby bliskiej, jeśli śmierć była postrzegana jako konsekwencja bulwersującego czy dewiacyjnego stylu życia. Doka odnosił swoje wnioski do AIDS oraz kochanków homoseksualnych. Potrzeby związane z przeżywaniem straty i doświadczeniem żałoby w związku z AIDS, zwłaszcza przez osoby homoseksualne, przez długi czas były niesankcjonowane kulturowo oraz zupełnie nieobecne w sferze publicznej. Zgodnie z definiowaniem zjawiska przez Dokę, **nieuprawniona**, wręcz **nielegalna żałoba** (*disenfranchised grief*) to żal, którego doświadczają osoby, gdy ponoszą stratę, która nie jest lub nie może być otwarcie uznana, społecznie usankcjonowana lub publicznie opłakana⁷⁷. Otoczenie nie przejawia zrozumienia dla przejawianego bólu z powodu straty bliskiego członka rodziny, który „zapił się” na własne życzenie czy zaraził chorobą z powodu rozwiązłości seksualnej. Na gruncie problematyki uzależnień problemy te sygnalizowały także matki dzieci, które zmarły wskutek przedawkowania narkotyków, domagając się uprawomocnienia ich specyficznego żalu w dyskursie publicznym i osobnego wsparcia specjalistycznego w instytucjach pomocowych⁷⁸.

Czy rodzice dzieci szkodliwie pijących alkohol, które straciły życie w związku z uzależnieniem, doznają omawianego zjawiska? Uważam, że tak i to wyraźnie. Pewne jego „oznaki” widać w wypowiedziach matek, które wyrażają niepokój nagłym zniknięciem dorosłego dziecka, a także tych, które rekonstruuja próby nawiązania kontaktu z długo niewidzianym synem czy córką, które właśnie „do sięga dna”. Matkom wręcz „odmawiane jest” prawo do przejawiania rodzicielskiej troski i publicznego wyrażania tęsknoty za dzieckiem:

[...] każdego to boli, że tak jest, a, a tak jak wnuczek mi powie, że mówi „babcia, po co ty ją w ogóle... tam do niej chodzisz i... niech se robi, co chce, ona jest dorosła, takie życie wybrała”. [RMC]

Odmawiane jest również ubolewanie nad stanem fizycznym dziecka, które zostało pobite, znalezione półprzytomne w bramie, na śniegu w parku itp. Matki, do których trafiają synowie wycieńczeni wielodniowymi libacjami alkoholowymi,

⁷⁴ K. J. Doka, *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*, Lexington Books/D.C. Heath and Com. Lexington 1989.

⁷⁵ T. Attig, *Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love*, *OMEGA – Journal of death and dying*, 49(3), 2004: 197–215.

⁷⁶ R. Szczepanik, K. Miszewski, Wpływ długoterminowego uwięzienia na rodziny więźniów – stan wiedzy i zaniedbane kierunki badań, *Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja*, 30, 2016: 53–95.

⁷⁷ K. J. Doka, *Disenfranchised grief...: 4*.

⁷⁸ W. Feigelman i in., Parental grief after a child's drug death compared to other death causes: Investigating a greatly neglected bereave ment population, *Omega*, 63(4), 2011: 291–316.

zranieni w konsekwencji konfliktów czy upadku, wypadków i urazów, jakich doznają w konsekwencji przemieszczania się po mieście w stanie silnego upojenia alkoholowego, pomagają dziecku wrócić do formy w ukryciu przed innymi członkami rodziny czy sąsiadami. Wątek ten odnalazłam także w wywiadach ze specjalistami. Z materiału wyłoniło mi się wręcz **macierzyństwo uprawiane w konspiracji**. „I znowu go przyjęła do domu. Obmyła, opatrzyła. Doszedł do siebie i znowu poszedł pić. Ona mówi, że nie nie. Nie przyzna się, bo wie, że powinna już tego nie robić” [PTUP].

Macierzyństwo uprawiane w konspiracji zaznacza się w specyficznej i znaczącej mniejszości wątków szkód indywidualnych, jakimi są konsekwencje nałogowego picia syna/córki. Wyraźnie uwypukla się to także w tym, że kiedy kobiety opisują szkody, jakie wywołane są nałogowym piciem swoich dzieci, to mniej miejsca poświęcają problemom indywidualnym, a więcej uwagi skupiają na stratach otoczenia. Można to także rozpatrywać z perspektywy „ważności” społecznej problemów alkoholowych. Społeczeństwo nie martwi się stanem zdrowia alkoholika tak jak wielością szkód moralnych, finansowych, psychicznych i społecznych, jakie wyrządza jego picie otoczeniu.

Jednym z pierwszych spostrzeżeń moich i koleżanek-badaczek było to, że rodzice w ogóle nie podejmują wątków degradacji zdrowotnej syna/córki. Starring omijają problemy medyczne, mimo że doświadczenie np. pobytu dziecka w szpitalu, kontaktów z lekarzem itp. są sygnalizowane. Czytając wywiady „dosłownie”, można pomyśleć, że szkody społeczne są dla rodziców ważniejsze niż indywidualne. Kiedy jednak przyjmiemy optykę *disenfranchised grief* do próby zrozumienia „unikania” tych tematów i omijania, to ich można na to spojrzeć zupełnie inaczej. Czy troska o zdrowie dziecka, które na własne życzenie je rujnuje, jest uprawniona? Trzeba pamiętać o tym, że badacz/ka jest reprezentantem społeczeństwa, nawet jeśli obiecuje nie oceniać tego, co usłyszy jako naukowiec. Sposób (nie)mówienia o lękach o zdrowiu dziecka przez rodziców może być dowodem świadomości, że ubolewanie nad zdrowiem alkoholika powinno być drugoplanowe w porównaniu z dbaniem o minimalizowanie szkód, jakie wyrządza on otoczeniu. Uważne przyjrzenie się tym fragmentom, a zwłaszcza zestawienie sposobu sprawozdawania z innymi częściami narracji, pokazuje specyficzne zarządzanie emocjami, kiedy mowa jest o kondycji zdrowotnej swoich dzieci-alkoholików.

[...] więc ja tam później pojechałam, no i ja widzę, że, że ona cały czas leży, że źle się czuje, że boli ją cały brzuch, ja mówię, no tego, no to mówię, „słuchaj, dlaczego ty nie chcesz iść do szpitala”, ja mówię, „to ja wezwę pogotowie”. „Nie, ona rano pojedzie”, [...] no ale do tego szpitala pojechała [pauza], no i [pauza] już teraz to tam żadnych takich tych nie ma... nie wiem, może jak znowu..., że nie będzie mogła już w ogóle chodzić albo coś, nie wiem, albo to, zbije tak tą he...hemoglobinę, że będzie koniec. [pauza] I to koniec, i nie ma już więcej co mówić o takim człowieku, już dosyć. [pauza]. [RMC]

Wizja straty dziecka poprzez jego śmierć powodowaną wyniszczeniem organizmu jest bardzo realna. Bywa, że rodzice są świadkami umierania „innych dzieci” w wieku ich dziecka oraz dramatów rodziców. Można więc mówić o specyficznym oswajaniu się z wizją straty dziecka jeszcze za ich życia, z jego śmiercią.

Wyniszczenie i śmierć z powodu uzależnienia jest obecna w wywiadach z rodzicami, nawet jeśli osobiście ich nie dotyczy:

I tak cały czas z jakimiś lumpkami, pijakami. Czterech już kolegów jego zmarło, teraz niedawno. [...] bo inni, którzy zginęli, zmarli, to rodzice strasznie wrzeszczą tam, czy..., coś niesamowitego. Jeden skoczył z trzeciego piętra, poumierali. To jego koledzy. [ROS]

To są sytuacje takie, gdzie ludzie nie są w stanie zrobić tego, żeby coś pomóc jakoś, nie? To się tylko chodzi o alkoholików, od czasu do czasu jakiemś coś się uda, że przestanie chlać, przeproszę, że tak nieładnie, ale po jakimś czasie to pęka i umierają jednak. [...] dosyć długo nie pił, długo, no ale to lekarze zobaczyli, że tam jednak sprawy alkoholowe były, jakieś kłopoty. Niby dobrze było i od razu, bach! i koniec. [ROS]

Szczególne światło na omawiany rodzaj straty rzucają wywiady z matkami, których synowie umarli. Jedna z nich wyraźnie lokuje przyczyny samobójstwa swojego syna w złym stanie psychicznym powodowanym stawianiem wymagań przez żonę. Co prawda pojawiają się wątki związane z nadmiernym pićciem, jakie towarzyszyło synowi w okresie poprzedzającym śmierć, oraz silnie odczuwanych dolegliwości zabrania mu prawa jazdy w konsekwencji wielokrotnej jazdy pod wpływem alkoholu (co utrudniało mu pracę zawodową i zajmowanie się pasją, która wypełniała jego życie), ale matka nie wiąże tego bezpośrednio z zamachem na swoje życie. Ostatecznie, czytając wywiad, widzimy, że przyczyny śmierci samobójczej syna tak naprawdę są ukrywane poprzez eksponowanie kłopotów małżeńskich i małego zrozumienia żony dla zainteresowań samochodowych jej syna.

Jeśli chodzi o drugi przypadek – mamy matkę, u której śmierć syna niemal zbiega się z jej walką o własne życie (z powodu choroby nowotworowej). Wywiad ten był niezwykle przejmujący, ponieważ kobieta opisywała bardzo trudne doświadczenia biograficzne (swoją ciężką pracę, problemy z zaborczą i apodyktyczną teściową, chorobą alkoholową męża i jego postępującą degeneracją, osamotnieniem w zmaganiu się z problemami finansowymi, utratą dzieci poprzez zawłaszczenie ich przez teściową, demoralizacją dzieci i doświadczeniem przemocy z ich strony, a następnie chorobą nowotworową). Wszystkie te doświadczenia rekonstruowała dość sugestywnie prócz jednego: uzależnienia swojego syna. Kiedy opisywała relacje z nim i jej sposoby reagowania np. na próby szantażu emocjonalnego, wymuszenia, uwagę zwracał dystans, jaki towarzyszył tym rekonstrukcjom:

RMS: [...] i on mówi coś, że on wychodzi z domu, on przez okno skoczy, a ja otwieram balkon, proszę skakać, [rozbawianie] [...]. No to już kupowali później z mety, no i jak kupili wódkę, no tak po prostu z..., zatruł się alkoholem, po prostu zadusił się.

B: Ile miał lat?

RMS: 23 lata.

Czasem odnosiło się wrażenie, że było to ostentacyjne zarządzanie obojętnością. Z perspektywy zjawiska *disenfranchised grief* można jednak próbować analizować jej autoprezentację jako wyjście naprzeciw oczekiwaniom społecznym: dystans wobec straty „alkoholika”. Alkoholizm syna był niezwykle dynamiczny i kiedy analizuje się rekonstruowany przez nią gwałtowny przebieg choroby, to

śmierć w bezpośredniej konsekwencji upojenia „tanim”, podejrzanym alkoholem szokuje, ale nie dziwi. Z jej opowieści wyłaniała się sylwetka nastolatka, który był agresywny, zdemoralizowany, sięgał po narkotyki, alkohol, kradł itp. Wpadał w konflikty z prawem. Z powodu jego zachowania była wzywana policja (kobieta broniła się przed przemocą). Żadne próby dotarcia do syna i namówienia go na leczenie nie skutkowały. Był bardzo uciążliwy dla sąsiadów, okradał najbliższych, matka spłacała jego długi, a ona sam wnosił nawet żywność z domu, by zamienić ją na alkohol. W historii kobiety dominują dwa dominujące wątki – alkoholizm męża i syna oraz jej choroba nowotworowa. W zmaganiu się z uzależnieniem i gwałtownie postępującą degeneracją męża i syna alkoholików jest zupełnie sama. Nie ma żadnego wsparcia ani zrozumienia. Teściowa najpierw nie dostrzega problemów, a następnie wini ją za nie. Kiedy kobieta choruje na raka piersi, sytuacja się zmienia. Otrzymuje wiele wsparcia. Zyskuje przyjaciół, którym się zwierza. W walce z nowotworem nie jest sama.

MRS: [...] po tej chorobie, no ja byłam inn..., zamknięta w sobie, to ja byłam zamknięta, ale po tym wszystkim mówię, muszę sobie dać radę i radzę sobie, na..., na..., naprawdę radzę.

B: A teraz Pani jakby przynależę do Amazonek, tak, czyli to też jest jakaś taka forma...?

MRS: Wsparcia, to rozmawiamy o wszystkim, no i takie jest..., i mam duż..., dużo ty..., przyjaciele, właśnie się spotykamy, czy tam coś, jedna drugiej doradzi, jedna jak ma robić, jak ma pomóc, jak to wszystko, jedna drugiej pomaga, czy coś potrzebuje.

W kolejnej grupie strat lokuję te, które związane są więziami emocjonalnymi. Jest to strata dziecka kochającego, oddanego, lojalnego. Pojawia się dziecko, które jest **głuche emocjonalnie**, niewrażliwe i nieczułe. W opowieściach rodziców charakteryzowane jest to w kontekście specyficznego zobojętnienia na cierpienie osób bliskich – własnego potomstwa czy matki, emocjonalnego wyobcowania, a nawet ludzkiego zwyrodnienia.

[...] dla niej to ... ani osoby bliskie to nie istnieją, bo oni są wrogami, bo chcą, żeby nie piła, chcą, żeby się zmienić, żeby to, ale to, to, to takie osoby, nie wiem, nawet jak dziecko nie działa na matkę, no to coś jest nie tak, [pauza] to co ona będzie słuchać matki, nie będzie słuchała. [RMC]

Strata dziecka, które jest wychowankiem, osobą, z którą ma się bliskie relacje i na którą ma się wpływ:

bo dopóki nie piła tak notorycznie, tylko tak sporadycznie tam wypila sobie, ale jeszcze panowała nad sobą, no to było..., bardzo dobry kontakt był i przyjeżdżali do nas i myśmy jeździli, i w ogóle, no dobrze, no..., normalny kontakt tak jak z dzieckiem, ale to się stopniowo, coraz to pogłębiało, pogłębiało, pogłębiało i nie docierało już później. [RMC]

jeśli się jej nie zamknie (odwyk) to do niej nie dotrze. [RMC]

Rodzice synów i córek nałogowo pijących alkohol stracili także dziecko, któremu można zaufać. W jego miejsce pojawia się takie, które kłamie, oszukuje, manipuluje. Jest to także **dziecko, którego się boją**. Tracą więc komfort charakterystyczny dla relacji rodzica z dzieckiem. Dziecko pożądane zmienia się w dziecko niebezpieczne i uciążliwe.

No a teraz potrafi powiedzieć, że „cię uderzę, jak mi jeszcze raz coś powiesz, to cię uderzę”. [RMS]

[Ojciec] Teraz nie raz jeszcze chce mu z przyjemnością przyłożyć. Ja mówię, „no po co, człowieku? Przecież ty na siebie wtedy bat kręcisz, bo jego uderzysz, on już jest tak silny, że ci może oddać”. No on nigdy na ojca ręki nie podnosił, ani na mnie, ale ubliżać, nam ubliża. Kiedyś tego nie robił, a teraz coraz więcej, po pijanemu, oczywiście. [RMS]

Nierzadko bywa, że lęk przed własnym dzieckiem powodowany jest jego aktami agresji, napadami złości. Dziecko staje się sprawcą przemocy, wobec którego system jest bezradny:

B: No, bo pan policję wzywał tak, zgłoszenia jakieś były, ale to nie za to, nie?

ROS: Były wzywane przez awantury. Przez awantury były wzywane, bo się awanturował. No i nie dawał spać. Człowiek zasnął, niewyspany chodził do pracy.

B: A niebieską kartę mieliście założoną czy nie?

ROS: Nie. [...] Od tego, co było zgłaszane. No tam trochę z MOPS-u wiedzieli, ale to tam... Nie wiem, czy to notowali, czy notowali, czy nie notowali. [...] Ja tylko rozmawiałem z kuratorem ze dwa razy jak do niego przychodził był w domu. Tam do niego przychodził. Ale to raczej było ukrywane. To, co było w domu, to raczej się ukrywało.

B: Czemu nie mówiliście? Co, nie było sensu, nie dałoby to nic?

ROS: Policja przyjeżdżała, to było jeszcze gorzej. [...] jeszcze gorzej było. A policja przykładowo go brała albo tylko na izbę wytrzeźwień i nic z tego sobie nie robiła. Nie dawała mu żadnego zakazu, żeby się nie zbliżał, nic. Tylko mówiła, żeby samemu iść do sądu, założyć sprawę.

Problemem jest podawanie w wątpliwość szczerych intencji swojego dziecka. Jest to rezultatem doświadczeń wielu manipulacji, oszustw i wyłudzeń. Rodzice borykają się z ambiwalencją odczuć: dziecko, które jest miłe, przytula się, pyta o potrzeby matki, płacze, obiecuje poprawę. Jakie są prawdziwe intencje takiego zachowania? Jest to strata dziecka, które jest lojalne wobec rodzica. Bywa, że rodzice opisują tę stratę, używając określenia „patrzy prosto w oczy i kłamie” jako najbardziej boleśnie odczuwanej straty osoby bliskiej, lojalnej. W jej miejsce pojawia się **dziecko dwulicowe**, przez które przebija się cień, wspomnienie „starego” dziecka.

„Mamusia wie, że ja kocham mamusię”. „Proszę cię już nic nie mów. Nie mów lepiej nic już do mnie. Przestań... Nie chcę słyszeć tego co mówisz [...] dość tych kłamstw. Już dość”. [RMS]

Kiedyś to było, ni stąd, ni zowąd przyszedł tu i mówi, „tata, koledzy to mówią, jak ty ładnie wyglądasz, jakie włosy masz”. Tam takie bajery wstawia, że wszystko dobry... tu ze mną gada [...] To taki moment był, no to mi tam bajer wstawiał, i że tego... a za parę godzin... To są, wiadomo, alkoholowe zjazdy. [ROS]

I co z tego, że on przyjdzie, jak są imieniny czy urodziny, to przytuli mnie, złoży życzenia, ale ja mówię, „Alek, ja nie chcę twoich życzeń”. Bo teraz wyszedł w Dzień Matki rano w niedzielę [...] On przyszedł, dwa banany i złożył mi życzenia, mówi, „nie mam kwiatów, ale ci daję dwa banany”. Ja mówię, „ja nie muszę od ciebie bananów, nic, tylko ty nie pij, człowieku”. [RMS]

Specyficzną stratą jest także przełamanie pewnego tabu kulturowego. Polega to na rozprawieniu się z symboliczną postacią rodzica (matki, ojca), która opleciona jest kulturowymi nakazami zawierającymi się w określeniach: szacunek, czczenie i lojalność. Mieści się to właśnie w sygnalizowanym wyżej zwyczaju

składania życzeń czy w ogóle samym święcie Dnia Matki oraz w przekonaniu, że „dobra” matka nigdy nie wystąpi przeciwko swojemu dziecku. W rodzinie alkoholowej romantyczna wizja nierozzerwalnej więzi między rodzicem i dzieckiem podana zostaje w wątpliwość i wystawiona na ciężką próbę. Dramat tej sytuacji mieści się w tym, że jest to strata godząca niemal w pierwotne podstawy egzystencji ludzkiej, w wierzenie, że matka (zawsze) ochroni dziecko. To między innymi dlatego też pewnym punktem, który przekracza rodzic, zwłaszcza matka, i od którego nie ma już odwrotu (strata nie do odzyskania) jest „zadzwonienie na policję” na własnego syna.

[...] jak przychodzi za każdym razem taki porządnie urzędnicy i nas się czepia, to żeby dzwonić po policję. To i Jerzy [syn] namawiał i Ania [córka] mówiła, zróbcie to, ale ja nie mam sumienia do cholery. [RMS]

Wtedy wezwałam policję. Nikt nie mógł w to uwierzyć – ani syn, ani ja [...] No, ale stało się. [RMS]

[...] Niewpuszczanie czy wzywanie nawet policji, żeby zabrali go do izby wytrzeźwień, wymaga pewnej siły w sobie. Większość tych starszych matek nie ma takiej siły. [E]

Bywa, że terapeuci nadają temu „oporowi” znaczenie mitu, przekonania rodziców, że zostaną nieżyczliwie potraktowani; ich niechęć do policji w ogóle.

I chyba z tych wszystkich wymienionych, no to zadzwonienie na policję. To jest chyba najtrudniejsze. Tym bardziej, że niestety są różne mity dotyczące tego, jak zostaną potraktowane, prawda, że nie zawsze też się spodziewają czegoś dobrego ze strony funkcjonariuszy. Więc tutaj też jakby to trzeba przepracować często. Natomiast to jest chyba najtrudniejsze, żeby właśnie nasłać na własnego syna czy córkę policję. [PTU]

Ja nie mam czegoś takiego, że, wiesz, to teraz idź na policję, nie, i zgłoś go, nie, natomiast pytam się co ta osoba na to, czyli co czuje, y na co jest gotowa, co ma ochotę zrobić, y jakie ma fantazje, no różne rzeczy, nie? [pauza] No i o... i oni często mówią o tym, że na przykład, no wiesz, no najchętniej to [zawahanie] bym na przykład go wywaliła, tak, albo najchętniej, to bym go podała na policję. No ale wiesz, to jest moje dziecko. No i to jest taka praca trochę z przekonaniem, y z tym, że właśnie, nie, na dziecko to nie podam na przykład, nie? No a to jest stary koń, który ma 30 lat. [PTUP]

Trzeba jednak przyznać, że niektóre lęki rodziców o to, co się stanie z ich dzieckiem, gdy zostanie przewieziona na izbę wytrzeźwień, znajdują uzasadnienie w praktyce: „[...] lęk o dziecko, że coś mu się stanie, no że go pobiją, nie jest bezpodstawny, prawda? Ilu nietrzeźwych mężczyzn jest pobitych?” [E]

Bardzo dotkliwą stratą jest utrata dziecka, które samo potrafi zadbać o swój byt, a w jego miejsce pojawia się **dziecko cierpiące z głodu i wycieńczenia**. W tym miejscu na chwilę przerwę główny nurt rozważań, by rzucić pewne światło na sygnalizowane w tej części książki „straty”, przywołując symbolikę prezentowaną w starych baśniach. Pomocna może być twórczość Bruna Bettelheima⁷⁹, która stanowi specyficzne studium o psychologicznych treściach i znaczeniu oraz

⁷⁹ B. Bettelheim, *Cudowne i pożyteczne. O znaczeniach i wartościach baśni*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2010.

sposobie oddziaływania baśni – tych pradawnych, folklorystycznych, w których zawarte są ludowe „prawdy”, wierzenia, tabu. Motyw rodzicielstwa i relacji między rodzicami i dziećmi jest bardzo częstym motywem rozważań.

Baśniowa **matka dla każdego dziecka jest żywicielką**, a dzieci – zwłaszcza w okresie wczesnego dzieciństwa – to te, które są uzależnione od matki karmiącej, czyli dającej życie. Zdaniem Bettelheima najgłębszą podstawą lęku przed opuszczeniem jest lęk przed utratą źródła pożywienia, które dziecko kojarzy z matką. Bywa więc, że matki „odstawiają” od siebie dzieci siłą. Przykładem jest znana baśń o Jasiu i Małgosi. W pewnym momencie matka dzieci nie może zaspokoić takich potrzeb swoich dzieci. Zostawia je w lesie („na pastwę losu”⁸⁰), co daje podstawy do myślenia, że rodzeństwo nie jest kochane⁸¹. Czytelnik nie odczuwa sprzeciwu, gdy dzieci określają ją mianem macochy, co w baśniach jest synonimem „złej matki”, która czyni na szkodę dzieci (zwykle przybranych). Co istotne – funkcja postaci złej macochy w baśni polega na ochronie wizerunku dobrej matki. „Dobra matka” to taka, która będzie chronić swoje dziecko i z poświęceniem zdobywać pokarm w sytuacji, gdy go nie ma w domu. „Dobra matka” nigdy nie wyrzuci dzieci z domu, a na pewno nie zostawi ich „na pastwę losu”. Zdaniem Bettelheima wprowadzenie wątku macochy ma pomóc dziecku ustrzec się przed destrukcyjną sytuacją, w której matka będzie postrzegana jako zła. W każdym razie baśń ma spełniać funkcje kształcące między innymi dzięki temu, że mały słuchacz poznaje przeciwstawne emocje – z jednej strony miłość, z drugiej zaś – odrzucenie.

Co się dzieje po podjęciu przez macochę decyzji o konieczności wyrzucenia z domu dzieci i pozyskaniu biernej akceptacji przez ojca? Zaniepokojone rodzeństwo, które podsłuchuje rozmowę rodziców, wpada na pomysł oznaczenia drogi powrotnej do domu rodzinnego. Co prawda pomysł ten kończy się porażką, ale ostatecznie wracają do domu „mocniejsi” o nowe doświadczenia i kompetencje pokonywania trudności życiowych. Kiedy różni autorzy analizują tę bajkę, podkreślają obojętność „złej matki” – czyli macochy wobec dzieci. Kobieta powodowana egoizmem (tj. zapewnieniem sobie potrzeb i komfortu przetrwania) pozbywa się dzieci, porzuca je. Z drugiej strony dzieci nabierają doświadczenia życiowego i samodzielnie pokonują trudne sytuacje życiowe. Baśń „mówi”: można poradzić sobie w życiu bez rodziców. Jest to więc wyraźny sygnał, że w jakimś momencie dziecko powinno się od nich uniezależnić. Jednocześnie jednak baśń zawiera jasny przekaz: usamodzielnienie się nie oznacza całkowitego zerwania relacji i więzi dzieci z rodzicami. Co prawda „zła macocha” już nie żyła, ale dzieci wróciły do domu i padły w objęcia stęsknionego ojca. Niektórzy badacze interpretują tę „śmierć” symbolicznie: matka postrzegana negatywnie znika, ponieważ dzieci, dojrzewając i usamodzielniając się od rodziców, zaczynają dostrzegać w działaniach rodziców sens i nadają dobre im znaczenie. W baśni dzieci przynoszą do domu perły, kamienie i klejnoty, czyli swój pierwszy „zarobek”, uzupełniając w ten sposób budżet rodziny. Są już dojrzałi i użyteczni, odtąd nie będą już tylko

⁸⁰ J. Głowa, D. Mączko, Rodzina jako wartość w wychowaniu dziecka na wybranych przykładach z baśni braci Grimm, *Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna*, 2(6), 2015: 97–100.

⁸¹ B. Bettelheim, *Cudowne i pozytywne...*: 142–144.

jeść, ale także zarabiać na jedzenie. Wygnanie Jasia i Małgosi z domu miało być dla nich więc szkołą samodzielności i tym się okazało, a macocha wypędziła dzieci dla ich własnego dobra. Jednocześnie ktoś, kto wygania, jest postrzegany negatywnie, więc nie mogła być ona określona w baśni mianem matki⁸².

Zważywszy na powyższą dygresję, można zadać pytanie: co traci matka, która musi podjąć decyzję o niewpuszczeniu do domu głodnego dziecka czy o „zaknieniu lodówki na kłódkę”⁸³, mimo że zgodnie z instrukcją terapeutów – robi dla jego dobra? Co traci kobieta, która wyrzuca własne dziecko z domu? Co traci matka, która nie karmi własnego dziecka, które jest głodne?

Wczoraj też dzwoniłam, no to, [...] ona powiedziała, że ja, naopowiadałam takich głupot, że ja jej chleba nie chcę dać, czy jej wymawiałam tam ten chleb. [RMC]

Stratę tę można nazwać **utrata wiary w siebie jako dobrą matkę**, bezpowrotnym pozbyciem się bezwzględnej pewności co do jakości swojego macierzyństwa. Ciężar takiej straty zilustruję dość długim, ale dobrze ukazującym omawiany problem fragmentem wypowiedzi jednej z matek. Jest to część wywiadu, w którym kobieta rekonstruuje przeżycia towarzyszące wyrzucaniu syna z domu w ramach desperackiego działania mającego na celu wywarcie na nim presji podjęcia leczenia.

RMS: Nie było to też takie proste, on nie chciał na tą terapię iść, ale tam podstawiłam go pod ścianą, no i mmm, no nie miał wyjścia, musiał iść na tą terapię.

B: A co, co to znaczy, że postawiła go Pani pod ścianą?

RMS: To znaczy tak, pierwszym razem [pauza] to było, on kilka razy trafiał na terapię, więc pierwszym razem, Boże kochany, ja już... [pauza]. Najbardziej mi utknęło w głowie, ten ostatni raz...

B: Tak.

RMS: ... kiedy on na tą terapię trafił, bo go wtedy wyrzuciłam z domu. [...] wtedy była zima, [pauza] tak że nie było mi lekko to zrobić, bo on tak jakby był, jeszcze do tego był przeziębiony, miał problemy jakiegoś, z oskrzelami coś, ale [pauza] [...] i ja mówię „Patryk, [pauza] masz spakowane tutaj rzeczy i mówię, dopóki nie zgodzisz [z naciskiem] się [pauza] iść na terapię, to nie możesz wejść do domu”. Wystawiłam mu rzeczy za drzwi i powiedziałam [pauza] był oczywiście w szoku, wtedy wiedziałam, że już po prostu nie mam innego wyjścia, tylko po prostu muszę to zrobić, tak. [pauza] Może to i dobrze, że była właśnie zima, [pauza] że nie miał za bardzo gdzie pójść, no bo po dwóch dniach przyszedł, [pauza] chory oczywiście, przeziębiony, bo dwie noce przespał gdzieś po klatkach schodowych. [pauza] I powiedział, że, że zgodzi się, ale [...] tyle rzeczy przeżyłam w życiu... to ta chyba była najtrudniejsza. Tak jak sobie teraz przypominam, to ta była dla mnie najtrudniejsza i naprawdę, [pauza] yyy mogę to powiedzieć z ręką na sercu, że łatwiej było mi urodzić piątkę dzieci, niż jedno z domu wyrzucić [pauza][westchnienie]. Nie życzę nikomu, żeby musiał coś takiego robić, a jednak wie człowiek, że nie ma innego wyjścia i że po prostu... [zawahanie], jeżeli [pauza] ma być jakiś ratunek dla tego dziecka, [pauza], no to trzeba [z naciskiem] to zrobić po prostu, nie ma innego wyjścia. No i tak zrobiłam, no... Oczywiście wbrew [z naciskiem] wszelkim jakimś tam moim uczuciom, które aż się, że tak powiem, krzychały we mnie, że nie rób tego, tak, bo przecież nie wiesz, czy on tam gdzieś nie zginie, tak, czy coś mu się nie stanie, czy, że tak powiem, no nie wiem, ktoś go nie, gdzieś tam nie pobije, nie zabije [z naciskiem], nie wiem, [pauza] nie wiadomo, gdzie on wyląduje... tak, [pauza] chory, przeziębiony, zimno [śmiesz], no ale cóż, no zaryzykowałam, bo mówię, jakiś tam, [pauza] yyy

⁸² J. Głowa, D. Mączko, Rodzina jako wartość...

⁸³ Sformułowanie z wywiadu fokusowego.

też, też powierzyłam tą sprawę Panu Bogu, myślę, że mi wiara też pomogła dużo... w tym. [pauza] Modliłam się cały czas o niego, żeby tam gdzieś tam Pan Bóg był przy nim i czuwał nad nim, i żeby [pauza] on wrócił i chciał się leczyć.

Jest to niezwykle radykalne rozwiązanie, które klóci się z definicją „dobrej matki”. Kto wyrzuca dzieci z domu nawet dla ich dobra? Robi tak „baśniowa” macocha, do której zresztą dzieci już nie wracają, która umiera, nie dowiedziawszy się o rezultatach swojej decyzji.

„Wyrzucenie” przez matkę własnego dziecka z domu jest więc silnie negatywnie naznaczone kulturowo, a sam motyw ochrony swojego macierzyństwa przed tego rodzaju stratą pojawia się bardzo często w wywiadach z matkami osób nałogowo pijących, np.:

No i szukałam już mieszkania, bo to też takie miałam [cmoknięcie] swoje tam z tyłu głowy, że skoro matka mu zostawiła to mieszkanie, więc niech on sobie tam [pauza] zostanie, żeby ją miała święty spokój, żeby nie było, że ja go wyrzuciłam, czy coś w tym rodzaju. [RMS]

Wątek ten często pojawia się też w wypowiedziach terapeutów, którzy rekonstruują reakcje matek. Sama propozycja terapeutów brzmi jak świętokradztwo, np.: „[...] jak to... żeby moje dziecko pod mostem spało? Przecież to jest moje dziecko!” [PTU]. Stracie podlega specyficzna „niewinność mateczna”, romantyczna wizja macierzyństwa oparta na poczuciu lojalności wobec dziecka, bezwzględnej miłości.

[...] trudno jest rozbić ten mechanizm uzależnienia, trudno jest pracować, żeby taka osoba była konsekwentna, żeby y nawet interweniowała, zgłaszała, prawda, bo ona wszelkie takie działania prawne odbiera jako sprzeniewierzenie przeciwko dziecku. [PTUP]

Dylematy towarzyszące tego rodzaju stracie podtrzymywane są ambiwalentnymi oczekiwaniami otoczenia. Z jednej strony to na matce spoczywa obowiązek odpowiedzialności za dziecko. Otoczenie oczekuje, że to ona „coś zrobi” z dzieckiem-alkoholikiem, które zalega na klatce schodowej. Matka czuje się zobligowana do „usunięcia” problemów powodowanych zachowaniem jej dziecka. Z drugiej strony otrzymuje wiele sygnałów, że to jej niekonsekwencja i ślepa miłość oraz pomoc podtrzymuje problemy dziecka. Znajduje się więc **w potrzasku oczekiwań**.

Kiedy czyta się baśń o Jasi i Małgosi, nie ma się wątpliwości, że sprawczynią całego zła nie jest ani obojętny ojciec, ani nawet czarownica, ale macocha, która wyrzuciła dzieci z domu. Kiedy baśń się kończy, wszyscy wracają do domu cali i szczęśliwi. Nikt jednak nie gratuluje matce mądrości. Każdy podziwia pomysłowość i kompetencje dzieci. Nawet bierny obserwator decyzji macochy, ojciec, jawi się jako zwycięzca. Kultura rozprawia się źle tylko z macochą. „Dobra” matka nie wyrzuca swojego dziecka na ulicę w mróz, w chorobę. Wie o tym nawet ten, który „dosięgnął dna”:

[...] w ogóle to po prostu jak on mnie też nawzywał, że jaka to ja jestem matka, że własne dziecko z domu, oczywiście próbował na moich uczuciach grać i to było dla mnie po prostu... koszmarnie przeżycie, to, to ile ja przeżyłam, powiem Pani, żeby go wyrzucić z domu, [pauza] to tak się tylko fajnie

mówi, ale tak naprawdę, to chyba to była najgorsza rzecz, najtrudniejsza, którą w życiu musiałam zrobić. [RMS]

Z utratą wiary w siebie jako dobrą matkę związany jest również **stygmat matki, której dziecko pije**. Jest to odczuwanie wstydu w kontaktach z otoczeniem, unikanie tego kontaktu lub ograniczanie go.

[...] normalnie przechodzi, dzień dobry, dzień dobry i z sąsiadami jest dobrze, no wiedzą, że pije przecież, że balangi są w domu, że to, no to przecież wiedzą, ale ja tam nie chodzę, bo po prostu mi wstyd jest chodzić tam. [RMC]

Dotkliwie odczuwana przez matki jest **degradacja potrzeb** dziecka. Miejsce dziecka, które się rozwija, samorealizuje i formułuje ambitne plany zastępuje dziecko, które ma minimalne potrzeby i wegetuje. Nie planuje, nie myśli strategicznie.

Później tutaj handluje z takimi kolegami na rynku. I z tego pije, bo dadzą mu tam 10 czy 20 złotych, a co jemu, dużo teraz trzeba? [RMS]

To jest najgorsze, że on nie myśli, że to trzeba się wykapać. [RMS]

Są to także dzieci, które zaczynają być pomijane przez najbliższych i niewypisywane na listę gości, np. uroczystości rodzinnych czy ważnych świąt („upije się i pod stołem zaśnie i taki z niego pożytek [...] to tylko darmowy alkohol dla niego” [RMS]). Rodzice dotkliwie odczuwają także stratę kapitału społecznego swojego dziecka. Kiedyś „gwiazdy socjometryczne”, atrakcyjne z powodu posiadanych zasobów, potencjałów i pozycji zawodowej, dziś znajdują „wspólny język” z osobami, które przywodzą na myśl tzw. margines społeczny.

Mówię mu, był tutaj ten...ten twój nowy kolega [...] śmierdzi po nim jeszcze w całym domu. Co to za człowiek jest? Mój syn z takim człowiekiem [...]. [RMS]

[...] on wtedy lata, wie pani, tu, tam, po tych kolegach pijokach, lata, przychodzi. Kiedyś przyszedł taki pobity. Ja myślałam, że w ogóle nie będzie żył, tak był pobity, skopany, siny, obrzęknięty. [RMS]

To, co zwraca uwagę zwłaszcza w wypowiedziach matek, które samotnie borykają się z nałogowym piciem syna czy córki, to ich osamotnienie. Rozczarowanie i smutne pogodzenie się z tym, że nie mogą liczyć na dziecko, że są skazane na siebie w sytuacjach trudnych lub potencjalnych kłopotach. Zwłaszcza matki tracą domownika, a zyskują obojętnego lokatora, czasem obcego, nieobecnego, nieswojego. Bywa, że miejsce przyjaciela domowego zastępuje wróg, przed którym trzeba chronić siebie i innych bliskich.

[...] boję się o żonę, że może coś się złego stać [...] awantury cały czas są. Stres, stres, stres i stres. Cały czas. Żona przeżywa to coraz więcej, wiadomo co, Parkinson, inne choroby, sercowe [...]. [ROS]

Te rozmowy dały im, że uświadomili sobie, że to nie tylko na nich działa, ale że także jest młodszy syn. Wyszli stąd z postanowieniem, że muszą zadbać o młodszego syna. Skupić się na nim i chronić go. Przed przemocą i w ogóle stworzyć mu normalny dom z normalną atmosferą. [PTU]

Widać to szczególnie w ich sposobach definiowania alkoholizmu, który w wypowiedziach rodziców przyjmuje postać „dziury, w którą się wpada”, „letargu”, z którego nie można wyrwać swojego dziecka, „koszmarne snu”, „śpiączki”, z którego próbuje się je wybudzić, „odrętwienia”, z którego trudno się otrząsnąć, stanu, z którego można się „ocknąć” itp.

Rodzice tracą także stabilizację życia codziennego. W ich uporządkowane życie wraz z dzieckiem – bumerangiem wkrada się chaos, ingerencja urzędników (np. wizyty komorników, kuratorów, policji). Dziecko rujnuje życie nie tylko sobie, ale „pociąga na dno” także rodzica, który próbuje pomóc, np.:

[...] przyszedł do mnie. W zasadzie straciłem kolejne mieszkanie przez niego, bo rozwalił bramę, jak nie chciałem nikogo wpuszczać. Rozwalił klatkę, połamał schody. A ja zapłaciłem kaucję dwadzieścia tysięcy, nie odzyskałem kaucji. I znowu na bruczku. [ROS]

Bardzo silnie z materiału empirycznego wyłania się postać rodzica, zwłaszcza matki, która **traci zdrowie i siły**. Co prawda utrata zdrowia jest naturalna „z wiekiem”, ale rodzice i specjaliści często nadają tej stracie znaczenie konsekwencji problemowego picia. Jest to rezultatem koncentrowania się na problemach dziecka i pomniejszaniu własnych potrzeb, bagatelizowaniu swoich dolegliwości. Bywa związane z przeciążeniem powodowanym np. pracą, by zapewnić dziecku minimum egzystencji. Bywa w końcu rezultatem przewlekłego stresu oraz codziennych problemów:

[...] moja choroba postępuje już. Ja mam Parkinsona, mówiłam. Widzisz, jak ja chodzę. Ja to staram się, jak pytają się, dlaczego ja tak się ruszam, ale to samo z siebie, jak coś mówię czy się denerwuję. To mi zaraz przejdzie, ale to z czego mam? To wszystko z nerwów, bo to się nawarstwiało tyle lat i tak wyszło. [RMS]

Bardzo zniszczone, zmęczone życiem. [...] czasem udaje mi się namówić je, by umówiły się do psychiatry. [PTUP]

Kiedy się na ten rodzaj straty spojrzy przez optykę koncepcji ambiwalencji, bardzo wyraźnie widać dylematy międzypokoleniowego „rozdarcia”. Naturalny transfer opieki i wsparcia jest poważnie zaburzony. W świetle kulturowych nakazów ról rodzinnych na pewnym etapie biegu życia rodziny to dziecko powinno dostarczać rodzicom wsparcia poprzez organizowanie warunków dla minimalizowania dolegliwości związanych z wiekiem i chorobami charakterystycznymi dla okresu senioralnego. Dzieje się odwrotnie. Rodzice nie stają się beneficjentami takiego naturalnego transferu międzypokoleniowego i wręcz przeciwnie – to oni tworzą warunki dziecku do pokonywania jego choroby i słabości. Sytuacja ta nasuwa naturalnie skojarzenia rodzin z problemem (dorosłego) dziecka z diagnozą choroby psychicznej lub znaczącej niepełnosprawności intelektualnej. Rodzicielskie rozterki zawierane w pytaniu: „co się stanie z moim dzieckiem, gdy mnie zabranianie?” są czułym elementem trudnych emocji matek i ojców. W przypadku choroby, która jest nieakceptowana społecznie, ponieważ „na własne życzenie” i obciążona negatywnymi konotacjami, jak alkoholizm, sytuacja rodziców wydaje się być nawet trudniejsza niż rodziców osób z diagnozą choroby psychicznej czy niepełnosprawności intelektualnej.

Bywa, że przygotowują oni specyficzny grunt pod taką sytuację, organizując warunki do minimalnej egzystencji swoich dzieci z problemami uzależnienia i ich niedoroślej lub chybotałiwiej dorosłości:

[...] ja jestem na tyle logiczna, że jak oni chcą, żeby to na nich przepisać to ja nie przepiszę w życiu tego na nich, tylko na moich wnuków, na mojego wnuka i na moją wnuczkę, bo oni nie są alkoholikami, nie piją, oni tego nie przepiją i będzie klauzula, że muszą rodzicom zapewnić mieszkanie do śmierci. [pauza] Ja im powiedziałam [...] możecie mieszkać do śmierci. Ale w żadnym wypadku inaczej, bo on ją namówi, oni to, proszę pani, przepiją, sprzedadzą, pójdą do bloków, nie będą płacić za bloki. [RMC]

Oczywiście wymienione przeze mnie wyżej straty to te, które udało się w wyłonić z materiału najsilniej. Ich listę można znacznie powiększyć. Szczególnie dotkliwą i uniwersalną stratą (w przypadku rodzin z dorosłym dzieckiem-alkoholikiem bez uprzednich doświadczeń nałogowego picia innego członka) jest **utrata domu, który jest spokojny i bezpieczny**. W jego miejsce pojawia się dom jako miejsce bitwy, a (dorosłe) dziecko jako wróg, którego nie należy budzić, prowokować do walki:

[...] on jest taki, że jak jest wypity, czy nie jest wypity, jest jeszcze gorszy, jak jest wypity, bo on denerwuje się wtedy bardziej niż, jak jest wypity. Dokładnie, ja tak zauważyłam, że wtedy trzeba koło niego chodzić, nic nie krzyknąć, nic takiego nie powiedzieć pod jego adresem, bo on się wtedy wścieka. I wystarczy, że [mąż] jedno słowo powie nie tak, czy tam krzyknie na niego, to już rozpędzona III wojna światowa zawsze. [...] coś powie pod adresem ojca, ojciec na niego, a [mąż] jest tak nerwowy i teraz po tym udarze, że cały chodzi, to się wścieka i tak wrzeszczy, że pół bloku słyszy i ja [...]. Ja wchodzę między nich, bo ja nie chcę, żeby się pobili, no nie daj Chryste Panie. [RMS]

[...] Czasami jest już tak, że oni zaczynają nienawidzić swojego dziecka, po prostu mają go dość – te nieprzespane noce, to wszystko: że wychodzi z domu, nie zamyka drzwi, a to coś tam podpali, a to nie wyłączy gazu – to jest życie w ciągłym lęku, napięciu. [E]

Awantury [...] Znowu noc nieprzespana, a rano trzeba przecież iść do roboty [...] cały czas byłem niewyspany. [RMS]

Pomijając to, że dorosły „alkoholik” bywa agresywny, rozdrażniony lub przeciwnie – sfrustrowany i przygnębiony, a atmosfera nierzadko nacechowana jest przemocą, jeśli nie fizyczną, to psychiczną, to chodzi tu najbardziej o stratę domu, w którym sprawy osobiste, intymne, prywatne są bezpieczne; skrywane przed szerszą publiką i dawkowane w sposób kontrolowany.

[...] Zawsze między nimi wchodzę albo mówię, idę, dzwonię, albo ich straszę, otwieram drzwi na klatkę, niech wszyscy słyszą, bo nie mogę tego ścierpieć, że tak wrzeszczą, tak się drą jeden na drugiego, ubliżają sobie. [RMS]

W jego miejsce pojawia się dom z nieproszonymi gośćmi (np. przedstawiciele służb społecznych, policja, towarzystwo, z którym dziecko spożywa alkohol, sąsiedzi, którzy „nastawiają uszu”). „[...] nie chcemy robić awantury, ale to od czasu do czasu ktoś słyszy” [ROS]. Innym rodzajem strat są **materialne** – okradanie rodziców, pozbawianie ich środków do życia: „Ostatni grosz wziął mi wyrwał siłą... Na leki musiałam pożyczyć od sąsiadki” [RMS].

Nałogowe picie dziecka staje się brzemieniem rodziców. Wstydem, który się ukrywa lub ujawnia. Wraz z „udanym dzieckiem” **traci się „udany dom” i „normalność”**. Stracie podlega też jedność rodziny. Bywa bowiem, że konflikty wywołane pod wpływem alkoholu lub w jego konsekwencji kończą się trwałym zerwaniem więzi między niektórymi domownikami:

RMS: Brat się z nim nie odzywa.

B: W ogóle nie mają kontaktu?

RMS: Nie mają kontaktu absolutnie.

B: A jak długo?

RMS: Jerzy powiedział „dopóki będę żył, to już ręki mu nie podam”. Też go namawialiśmy, mówię, „przepróście się, no przecież jesteście bracia jednak”. „Nie”, Jerzy powiedział „nie”. „Nie mam brata w ogóle”, tak powiedział, „nie mam brata”. [...] na marginesie, powiedział, „nie bójcie, ja i tak go pochowam, nie martwcie się, ale rozmawiać z nim nie będę”.

Zwłaszcza bolesna jest utrata wizji przyszłości, która miała szansę się ziszczyć, do urzeczywistnienia której ich dziecko było o krok:

A ja już nie mogłem patrzeć na to, że tak ta dziewczyna musi walczyć przez niego, że alkoholik, tak wpływało na to. No i dobrze, całe szczęście, że odeszła od niego. [...] Gdyby był normalny z nią, to te jedno mieszkanie byśmy im dali, prawda? Żona by pomagała i oczywiście ja też, i na spacerzy byśmy chodzili, byśmy biegali sobie i tak dalej, i by było normalnie. Normalnie by było. [ROS]

Niezwykle rzadko w pozyskanym materiale empirycznym, zwłaszcza wywiadach pochodzących od matek, można było odnaleźć doświadczenia odzyskiwania poniesionych strat. Nawet jeśli rekonstruowane były sukcesy w zahamowaniu nałogowego picia, poprawa zachowania czy zażegnanie dramatycznych kryzysów i ograniczenie szkód, to nadaje się temu znaczenie stabilizacji sytuacji, poprawy. Tylko w jednym wywiadzie z matką dało się wyraźnie odczuć „odzyskanie syna”, a właściwie dobre kontakty oraz odzyskanie przez matkę spokoju, odzyskanie straconego spokojnego życia:

RMS: [...] teraz jestem spokojna, teraz tylko wiem, że z nim dużo rozmawiam i on jest świadomy i on nad tym wszystkim [pauza] płacze jak dziecko tak samo, mówię pani. I pisze mi takie coś, takie... pokazać pani SMS-ka?

B: Mhm.

RMS: Yyy stara się tak prawie codziennie mi SMS-a pisać, że tam idzie do pracy, że...[kaszlnięcie] 215 mam SMS-ów [śmiech] [pauza] matko, że „twój trzeźwy Marcin”... [przegląda wiadomości w telefonie] dzwonił o 16:00, to wczoraj, no to nawet nie widziałam. Matko, zaraz, bo ja to tak wolno, ja mam taki jeszcze stary telefon, mój wnuczek mówi, „babcia, mówi, czy ty nie możesz sobie kupić normalnego telefonu?” Bo oni już to wszyscy... O ludzie, [pauza] Marcin...takiego właśnie o tym, że [pauza] [...], bo zawsze mi tak pisze, „twój trzeźwy Marcin”.

Lokowanie przyczyn

Rodzice dorosłych dzieci nałogowo pijących alkohol posiadają rozbudowane definicje problemu ich syna/córki. Jednym z elementów tych definicji jest identyfikowanie przyczyn problemów życiowych swojego dziecka związanych ze

szkodliwym pić alkoholu. Wszyscy rodzice mieli jakąś teorię na temat przyczyn picia swojego dziecka i nie zdarzyło się, by któryś z nich nie miał „własnego pomysłu” i przekonania o przyczynach problemów alkoholowych swoich dzieci. Najogólniej mówiąc, diagnozowane przez rodziców czynniki bezpośrednio rzutujące na początek i rozwój uzależnienia dają się poszeregować ze względu na: **wiek** (w okresie dzieciństwa, w okresie dorastania, w okresie wczesnej dorosłości, w okresie średniej dorosłości) i źródło (tkwiące w „charakterze” dziecka, w złym wpływie otoczenia, w dziedziczeniu rodzinnych skłonności do agresji i uzależnienia, w złym losie/przypadku, w sposobie radzenia sobie z niepowodzeniami) oraz **miejsce** (w domu rodzinnym, w szkole, w wojsku, w pracy). Nawet jeśli zdarza się wiązanie przyczyn nałogowego picia z pewnymi skłonnościami biologicznymi (odziedziczonymi po ojcu czy będącymi rezultatem przypadku, „złego losowania” genów), to uruchomienie problemu pozostawało zawsze w związku z określonymi czynnikami czy miejscem.

Poszukiwanie przyczyn „alkoholizmu” swojego dziecka, zwłaszcza kierowanie uwagi na jego dzieciństwo i okres dorastania, to specyficzna praca rodzica nad zrozumieniem tego, co się dzieje (co się stało) w życiu nie tylko tego dziecka, ale szerzej – rodzica.

[...] mam takie swoje [westchnienie] swoją taką opinię, bo właśnie mając tych trzech synów [westchnienie]. ja wiecznie się obwiniałam, że może [zawahanie] się to tak zaczęło, że nie miało [zawahanie] ojca, nie, ta rodzina była niepełna. [westchnienie] [zastanowienie] No że tam... [pauza] mój najstarszy syn skończył studia, jeszcze by tam był 2 lata takie po, po, po tych, po magistrze jeszcze sobie też uzupełnił, prowadzi, [westchnienie] założył rodzinę, ma dwoje dzieci, wybudował dom, prowadzi firmę, gdzie zatrudniał 8 osób, no w tej chwili 6 osób. [westchnienie] Tak samo był wychowywany jak ten najmłodszy, [pauza] tak samo karmiłam, tak samo się odnosiłam, to samo robiłam. I później po jakimś czasie przestałam się obwiniać, że on już się taki urodził inny, tak? Bo skoro robiłam to samo i ten potrafił tak, a ten nie. [RMS]

Bywa, że rodzice stają się specyficznymi ekspertami od uzależnienia i jego mechanizmów oraz warunków rozwoju i pokonania go. Co więcej, krytycznie odnoszą się do różnych koncepcji, budując własną teorię, np.:

[...] no alkohol [pauza] wciąga, no wciąga i to w zależności..., bo mam dużą wiedzę na temat alkoholizmu, dużo też przeczytałam i mam dużo wiedzy [...] widzę, że chce sobie z tym poradzić, ale, no [cmoknięcie] [pauza] poza tym, [zastanowienie] to już nie... no nie potrafi już tyle wypić co kiedyś tam, powiedzmy. Już go... organizm..., organizm już się uzależnił i, i nie jest odporny, że o wiele mniej może wypić niż kiedyś tam, nie? To jest ten, no i, i on to też widzi. Najgo... najtrudniejszy był moment, [pauza] że go przekonałem, żeby zrozumiał, że jest alkoholikiem, że to jest choroba, że on jest, że jest alkoholikiem. No to nie ma mowy, to co gada, mówi, „ja w każdej chwili mogę przestać”, nie? Ale to jest typowe, typowe dla, dla alkoholika, że w każdej chwili może przestać [zastanowienie] i tam nic, [pauza] nikt, nikt mu nic tu nie może, ma co rządzić, nie, i tak dalej. [...] Ja zdaję sobie sprawę, że, że to nie jest, że to nie od razu, no to... chociaż, no są, są różne szkoły, tak, na ten temat, że tak jak z papierosami, albo się rzuca od razu, albo stopniowo, nie? I tutaj jest tak podobnie, no. Tym bardziej, że jest, [zastanowienie] ktoś, ja nawet dokładnie nie pamiętam, [zastanowienie] we Francji jakiś tam wielki mądry wymyślił [pauza] teorię i praktycznie tam, praktyczne rady dawał, że, że można kontrolowanie pić. No i wielu ludzi to podchwyciło, że może pić i będzie kontrolował i tak dalej. Nieprawda, nie ma, nie ma takiej możliwości, nie ma takiej możliwości. Alkohol to jest, no wiadomo, że jest trucizna i to straszna trucizna. [RO]

Rodzice z „własnymi teoriami” zbudowanymi na podstawie dotychczasowych poszukiwań informacji o problemie sygnalizowani są także przez terapeutów. Do wątku tego wróć jeszcze w rozdziale 2.4.

Wyraźnie wyłonioną grupę stanowili ci, którzy doświadczali „inności” dziecka nałogowo pijącego w dorosłości już w jego dzieciństwie, np.: „Nie był taki stateczny, [pauza] jak to są inne dzieci”.

Oczywiście najbardziej widoczną „innością” była **demoralizacja potwierdzona ingerencją instytucji** edukacyjnych (np. zmiany szkół), orzeczeniem sądowym i formalnym zdyscyplinowaniem (dozorem kuratora czy umieszczeniem w ośrodku wychowawczym). W tej grupie rodzicielskich retrospekcji znajdowały się dorastające dzieci, które wchodziły w konflikt z prawem i od lat szkolnych miały problem z używkami, np.:

A jak skończył czternaście lat, zaczął palić. Z tego, co ja widziałem. [pauza] Popijać, co to nie on. [...] Okradanie mnie i żony z ostatnich nawet pieniędzy [...] Kradzieże, pobicia. Jak nie miał pieniędzy, no to wychodził na ulicę i jakiejś tam babci torbę, nie wiem. On mówi, że nie. A ja słyszałem co innego. Podobno jakiejś babci potrafił torbę wyrwać, kogoś tam pobić. [...] Potrafił tam kogoś pobić, jakiemuś chłopakowi telefon zabrać, później od razu sprzedać za parę groszy. [ROS]

ROS: No najpierw miał kuratora raz, później drugi raz.

B: Jeszcze do szkoły chodził?

ROS: Tak. Później drugi raz. Mówiłem mu: zobaczysz w tej chwili do poprawczaka cię nie wsadzili już miał dwadzieścia lat, ale skończysz dwadzieścia jeden lat, nie obejrzyś się kiedy. Później nie chodzisz do kuratora, nie składał wyjaśnień. Do sądu na sprawy się nie chciało stawiać.

[...] syn, pierwszy raz jak mnie okradł, no jak skończył 16 lat... zamiast wychodzić do szkoły [pauza], bo ja starałam się, żeby szkołę skończył, to z kolegami, no nie skończył szkoły, ani podstawówkę, ani nic, no i gdy, gdzieś 16 lat... okradł mnie, ale to wtedy zgłosiłam na policję, sprawa w sądzie była, to wszystko, bo wszystkie pieniądze, jakie zarobiłam, to mnie prze... nie wiem, czy przez kolegów czy co, no i później to i tak się zaczęło od 17 lat, 16, 17, coraz gorzej, coraz gorzej [...] zaczął pić, później picie przeszło osie... do osiemnastu, picie przeszło na narkotyki, zaczął kradzież w sklepie, no to zaczął, nie, nie wiem, kiedy, bo... Przychodziły mi tyle pisma, zaczęły ten, tyle pism, że w sklepie okradali, nie on, nie on tylko sam, tylko z kolegami. [pauza] Tele..., telefon to chyba ze dwa razy mi zabrał, nowy telefon wyniósł, co w domu było, wszystko mi wynosił, żelazka, nie żelazka, lokówki, wszystko mi powynosił. [RMS]

Problemy z dziećmi narastały z różnych powodów (trudności materialne, nadopiekuńczość dziadków, przewlekła choroba matki, alkoholizowanie się ojca itd.), a szkodliwe picie w okresie już wczesnej dorosłości bywa traktowane jako naturalna sekwencja międzypokoleniowej biografii rodzinnej.

Prócz przyczyn „sformalizowanych” przez reakcję kontroli formalnej rodzice sygnalizowali i inne zachowania, którym z perspektywy czasu nadali znaczenie przyczyn nałogowego picia. Pierwszym wyłonionym w wywiadach czynnikiem odpowiedzialnym za nałóg dziecka jest jego **podatność na wpływy rówieśnicze**. Zwykle podatność ta była rezultatem „słabej osobowości” i „chwijnego charakteru” dziecka. Było to jednak także powodowane **specyficznym miejscem** – „**złą szkołą**”, w której pełno było alkoholu i narkotyków, wojskiem, które rozpijało

żołnierzy, drużyną piłkarską, w której delektował się luksusowymi trunkami, ulicą zamieszkiwaną przez demoralizowanych rówieśników itp.

Na drugim biegunie osobowościowym jest dorosłe dziecko, którego problemy życiowe są konsekwencją jego **trudnego charakteru, uporu**. Bywało, że matki, które miały doświadczenie alkoholizowania się ojców swoich dzieci lub ich dziadków, akcentowały to **podobieństwo w zakresie specyficznych skłonności** poprzez przywoływanie tych postaci wprost:

[...] tak jak mój mąż. [RM]

[...] on ma charakter, yyy, męża, czyli ojca. [RM]

lub lokowanie ich w opozycji do właściwych cech osobowości innych dzieci, np.:

Nigdy nie sprawiały problemów ani w szkole, ani w domu. Ten syn od samego początku mówił „daj mama, to ja ci pomogę” i zawsze był pomocny [...] przejmowała się wszystkim i wiem...wiedziałam, że mam wsparcie od niej, ale nie Jacek. On to to od samego początku, jeszcze jak małym... mały był, to dawał się w znaki. Krzyczał, kopał. Inne dzieci... y mnie kopał, w plecy [...] Non stop siedziałam na dywaniku w szkole. [RM]

Problemove dziecko to także takie, którego „inność” lokowana była na następującym skrzyżowaniu: podatności rówieśniczej i zbuntowania/silnej osobowości osoby, która „przyciąga” innych („takich samych”, podobnych).

Patryk, ten właśnie co miał problem z uzależnieniem [pauza] później, no to też właśnie był dzieckiem nadpobudliwym znowu bardzo, w sensie takim, że on nie mó..., nie mógł się skupić na wykonywanych zajęciach, od samego początku miał problemy [pauza] pod tym względem. [pauza] Tylko że on już nie, inaczej trochę, bo nie robił już takich głupich rzeczy jak jego starszy brat, w sensie takim, że, no nie wygłupiał się, tak, tak? On znowu miał szacunek kolegów, [pauza] on... tylko że tych gorszych, tych, tej gorszej części klasy. On był takim, on bardzo łatwo nawiązywał znajomości, taki był, no [pauza] w ogóle jakby pani spojrzała na niego wtedy, to po prostu był aniołek, no taki, wyglądał jak taki naprawdę, słodki taki, chłopczyk taki i naprawdę wszyscy go lubili, nie. [RM]

W retrospekcjach matek były to dzieci, które napotykały na swojej drodze **trudności w wypełnianiu obowiązków** (np. niepowodzenia szkolne) i radziły sobie z nimi w sposób destrukcyjny (unikanie odpowiedzialności, wysiłku).

Yyy, tylko że właśnie on Ignął, tak żeby się nie wysilać, to Ignął do tych takich właśnie gorszych, bo miał problemy z nauką, miał, no to Ignął do tej, do tej gorszej części klasy, że tak powiem, do tych kolegów, którzy właśnie, że tak powiem, mógł im zaimponować. [RM]

Kiedy rodzice rekonstruują dzieciństwo lub dorastanie dzieci (właściwie mowa o synach), które jako dorosłe mają problem alkoholowy, to zdarza się, że pewnego rodzaju przerywnikiem, zwrotem wypełniającym pauzę, momentem zastanowienia się, były powtarzające się w wielu wypowiedziach określenia, typu: „niegrzeczny”, „wszędzie go było pełno”, „nadpobudliwy”, „zbuntowany”, „niespokojny”, „trudny” itp.

W jakich natomiast czynnikach lokują przyczyny problemowego picia rodzice, których początki nadużywania alkoholu mają miejsce w okresie doradłości dziecka? Uderza ich podobieństwo w stosunku do poprzednio wymienionych, choć okoliczności oczywiście są inne. I tak rodzice nadają następującym czynnikom znaczenie bezpośredniej odpowiedzialności za nałogowe picie ich dorosłego dziecka: depresyjna/agresywna/destruktywna osobowość, nieumiejętność radzenia sobie z trudnościami życiowymi oraz w zły wpływ otoczenia.

[...] i tacy koledzy, tacy ko..., takie koleżanki, jakie jest [pauza] i skąd się tacy ludzie znajdują od razu, to ja nie wiem. [RM]

Zaczęło się dość dawno, bo chyba 20 lat miał, jak zaczął popijać po prostu, uciekał, żeby nikt nie widział, gdzieś z kolegami, ale to nie było takie uchlewanie się, upicie do końca, tylko popijanie jeden dzień, drugi, jedna 18-stka, druga 18-stka, u kumpli, to wszystko tak było. No i w pewnym momencie, to już 30–35, bo w tej chwili ma przecież 49 lat i cały czas pije, czyli wtedy było coraz bardziej, jakiś zawód od dziewczyny, jakiś nie wyszedł mecz, bo był piłkarzem, tak że zawsze to było kieliszkiem zakończzone. [RM]

Co ciekawe, nawet jeśli dziecko nie sprawiało kłopotów wychowawczych w okresie doradstania i nic nie wskazywało na to, że będzie miało problemy w życiu dorosłym z nałogowym picciem, to w wyniku intensywnej pracy nad zrozumieniem przyczyn i warunków, które doprowadziły dziecko do uzależnienia z perspektywy czasu rodzice przywołują w pamięci różne drobne wydarzenia czy identyfikują cechy nadając im istotne znaczenie, jakiś sens w kontekście przyszłych kłopotów. Bywa, że w dzieciństwie dopatrują się jakichś wyjaśnień czy sygnałów, które przeoczyli, a które były prorocze lub niezależnie od rodzicielskich starań determinowały dalszy bieg życia dziecka, np.:

Chociaż on od początku był taki... [zawahanie], jak to powiedzieć, [zastanowienie] jak kolega robił to..., to on też. Nie był taki..., że to..., [pauza] na przykład kolega idzie tam do szkoły, czy, czy tu, to on by też. Taki wpływowy, tak. Bo z tego... z tego zauważyłam, bo on chodził na pływanie. Bardzo dobrze pływał, pierwsze miejsce zajmował, no i później ten [zastanowienie] trener, co tam był, to... chciał, żeby dalej to kontynuował, nie? Ale kolega nie, nie, nie chciał chodzić to on też nie. No on taki wpływowy był. [RM]

[...] a tutaj ten mój syn był bardzo [zastanowienie] nadpobudliwy, [pauza] [westchnienie] bardzo. On taki jak [zawahanie] był mały już nawet w łóżeczku miałam z nim problemy, ciągle wyłaził z tego łóżeczka, nie, był taki dużo [zawahanie] trzeba było czasu z nim do tego usypiania, ciężko mu było zasnąć [westchnienie]. [RMS]

Tego rodzaju **retrospektywne interpretacje** dały się wyraźnie wyłonić z wywiadów z rodzicami dzieci „udanych”, które „rozpiły się” w wieku wczesnej doradłości lub apogeum szkodliwości ich picia dało się odczuć w wieku późniejszym. Nasuwa to skojarzenie ustaleń Edwina M. Schura czy Howarda S. Beckera⁸⁴ dotyczących tzw. karier dewiacyjnych o tym, że w przypadku „odkrycia dewiacji” dotychczasowe role „dewianta” zostają wchłonięte i podporządkowane statusowi

⁸⁴ Szczegółowo mechanizm naznaczania społecznego, który sygnalizują, i ustalenia Schura i Beckera w tym zakresie opisuje m.in. A. Kojder, Co to jest teoria naznaczania społecznego?, *Studia Socjologiczne*, 3(78), 1980: 45–65.

dominującemu. W tym przypadku zatem różne „inne” zachowania dziecka w okresie dorastania analizowane mogą być z perspektywy czasu przez rodziców jako zwiastuny „nałogowej osobowości”. Ujawnienie choroby alkoholowej powoduje, że niektórzy rodzice zaczynają interpretować również i przeszłe zachowania przez pryzmat tej cechy mimo i nawet wtedy, gdy dotychczasowe zachowanie nie budziło zastrzeżeń. Idąc za Schurem: perspektywa negatywnego stereotypu powoduje generalizację retrospektywną i doprowadza do silnego przekonania o tym, że jednostka zawsze była dewiacyjna. Mało tego to „zawsze” było widoczne i dostrzeżone wcześniej (w tym przypadku przez matkę lub ojca), zanim jeszcze nałogowe picie stało się „faktem” doświadczanym przez rodzinę czy dalsze otoczenie.

Przyjmując wyjaśnienia Schura, można także takie tendencje odczytywać jako próby radzenia sobie ze specyficznym dysonansem poznawczym przez rodziców. Ich rola społeczna nakazuje bowiem dobrą znajomość swojego dziecka („mówię psychiatrze, że przecież to ja jestem matką, to ja znam swoje dziecko najlepiej” [RMS]). Tak więc jeśli alkoholizm syna/córki był czymś, czego się nie spodziewali i czego nie dostrzegli wcześniej, to przyjmują racjonalizacje i objaśnienia, które pozwalają im na zredukowanie dyskomfortu wynikającego z zaskoczenia nowym obliczem swojego dziecka. Dochodzi do normalizacji sytuacji poprzez skonstruowanie własnej teorii, w myśl której dotychczasowe niedewiantywnie życie dziecka było skrywaniem prawdziwych (a tak naprawdę już „dostrzeżonych” przez rodzica) skłonności (np. ulegania wpływom), słabości (np. nadpobudliwości), cech osobowości (np. po ojcu-alkoholiku) itp.

Wracając do wymienionych przyczyn problemowego picia, którego początki mają miejsce w okresie dorosłości dziecka, to negatywny wpływ rówieśników i „złe towarzystwo” zastąpione zostają w wieku dorosłym kolegami z pracy, mężem-alkoholikiem oraz klientami, o których względy się zabiega lub podtrzymuje poprzez udział w nieformalnych spotkaniach towarzyskich „zakrapianych” obficie alkoholem. Początków dramatu „udanego dziecka” pijącego nałogowo alkohol rodzice szukają również za presją sukcesu, z jaką musi się zmierzyć. Czynnikiem wzmacniającym nałogowe picie w okresie dorosłości są określone skłonności, zwłaszcza osobowość depresyjna lub impulsywność. Dorosłe dziecko sięga także po alkohol, ponieważ nie potrafi stawić czoła przeciwnościom losu (np. niepełnosprawność dziecka, zawód miłosny, strata pracy).

Analiza materiału empirycznego (wywiadów z rodzicami i pracownikami instytucji pomocowych) pozwoliła mi na wyodrębnienie dwóch zasadniczych kategorii przyczyn identyfikowanych przez rodziców. I tak przyczyny i uwarunkowania rozwoju uzależnienia lokowane są **poza kontrolą rodzica**. Nie można kontrolować czegoś, co przynosi los:

Ja mówię skąd się to wzięło, skąd [...] mówił lekarz, że to może być coś w genach, mówił też, [pauza] ten co przychodził go odtruwać. [pauza] Że to mogło być [zawahanie] w genach też, nie? [RM]

Taki się już urodził. [RMS]

Rodzice nie mogą także zapobiegać niekorzystnym wyborom życiowym dorosłego już dziecka (np. wybór partnera życiowego) czy wykonywanego zawodu,

który źle wpływa na dziecko. Kiedy dziecko się usamodzielnia, w niewielkim stopniu są już odpowiedzialni za tworzenie warunków dla rozwoju swojego syna czy córki, spełniania marzeń, samorealizowania się. Brak możliwości wpływania widać zwłaszcza w wywiadach, w których rodzice krytykują żony i mężów swoich dzieci za niedostateczną znajomość swoich partnerów i działania wymierzone w ich autonomię i zdrowie. Bywa więc, że nawet jeśli przyznają, że skłonności do nałogowego picia ujawniły się u syna jeszcze w okresie dorastania, to ostatecznie w małżeństwie syna/córki – nawet jeśli nie nosiło zewnętrznych znamion dysfunkcji, lokują źródło rozwoju zachowań alkoholowych swoich dzieci. Piszę „rozwoju”, ponieważ w przypadku synów dotyczyło to złego zarządzania przez żony skłonnościami do nałogowego picia. W przypadku córek zaś – małżeńskie problemy lub zachowania nałogowe męża stanowiły bezpośrednią przyczynę inicjacji nałogowego picia przez córki:

Więc jak on sobie tak zaczynał pozwalać [nadużywać alkoholu], no to zaczęło być y taka sytuacja, że „jak będziesz tak robił, to ci zabiorę klucze i [pauza] r-roboty nie ma”. Ona znowu, [zawahanie] „bo go w domu nie ma”. Ja mówię, „słuchaj”, mówię, „wy się dogadajcie, bo”, [westchnienie] „mówię, no albo chcesz mieć faceta w domu, albo chcesz mieć pieniądze, no. A do niego mówię, „synu, chociaż dwie niedziele... w miesiącu, no weź spędź z rodziną”. [westchnienie] Więc on do mnie mówił, że, „no a o czym on będzie z nią gadał, nie?” [westchnienie] Jego pasja to były samochody i w ogóle, [cmoknięcie] więc nawet jak tam [westchnienie] jechałam do nich, no to [zawahanie] i, i różne tam te takie [zawahanie] samochodowe programy telewizyjne włączał i pokazywał coś tam, a opowiadał, a to... Żył tym. Tak, tak, to, to była jego pasja, jego życie mmm, samochody, a ona mu tak naprawdę w tym przeszkadzała, [westchnienie] mimo że, no miała z tego pieniądze, tak? Yyy, no i mówię, później jak już tak yyy coraz częściej do tego kieliszka zaglądał [westchnienie] i, i, i z, i z tym ojcem ona tam w ten układ weszła, no więc go zaczęli tam straszyć tym, że mu [westchnienie] tak jakby... Zabiorą klucze, pozabierają yyy [zawahanie] niech sobie szuka gdzieś tam. [RMS]

Rodzice nie widzieli zagrożeń w rozwoju swoich dzieci, nie dostrzegali sygnałów, które powinny uruchamiać ich uwagę czy powodować troskę. „Sami sąsiedzi mówią: »Boże, jakich pani ma tych synów uprzejmych«. Nie dawało żadnego sygnału, że coś się tam dzieje” [MRS].

Dostrzeżenie problemu w biografacjach rodzicielskich miało tu synonim „bycia za późno”. Co ciekawe, miejscami obarczonymi za problemowe picie były instytucje: wojsko, praca (nałogowe picie w związku z charakterem wykonywanej pracy) lub szkoła (ewentualnie ośrodek resocjalizacyjny). Rodzic nie miał wpływu na początki nadmiernego picia, ponieważ dziecko pozostawało poza jego obszarem oddziaływań, np.

Ja dochodzę do niego, mówię, „a ty gdzie ty jesteś?”, mówię [pauza], „a czemu ty tu jesteś, czy ktoś wie, że ty tu jesteś? No co to za wojsko, jak ty tu jesteś w Gdańsku, a służysz”... „Oj, mama”, mówię, „my tylko tak na trochę wyszliśmy tego, nie?”. Ale już wypity był. Ja mówię, „czy ty nie piłeś?” No to później był na przepustce to ja go się pytam, „dlaczego ty [zawahanie] pijesz wódkę tam?” „O, mama, wysyłają nas w nocy po wódkę [pauza] nad ranem, kiedy tylko”. Tych młodych tak wysyłali, nie? No i... nauczył się tam pić. [...] I później wyszedł to już i... wypił sobie od czasu do czasu, ale nie tak jak teraz, nie? To już sobie wypił i, i papierosy zaczął palić, co nigdy nie palił też. [...] No mówię, że niejednego wojsko popsuło. [pauza] Żeby być w wojsku a po Gdańsku chodzić? [pauza] No to trochę nie tak, nie? [RM]

Czy rodzice mają poczucie winy za niepowodzenia życiowe dzieci związane ze szkodliwym pićm alkoholu? Jeśli tak, to w wywiadach z rodzicami jest ono starannie ukryte lub neutralizowane:

Później kiedyś tam przyszła do mnie jakaś [zastanowienie] kartka, że on przebywa, [zawahanie] z policji, że on przebywa w takim miejscu gdzieś tam ta policja go spisała, to chyba kartka przyszła, czy to przez szkołę, [westchnienie] że przebywa tam, gdzie się spotykają tam [zastanowienie] narkomani, coś takiego. A ja to tak naprawdę powiem, że wtedy to byłam aż zła na tą panią, co ona mówi, uzależniony? Uzależniony? [...] ja nie miałam do czynienia z alkoholem w domu, tak, bo mój ojciec nie pił, [westchnienie] mąż nie pił i ja nie widziałam tak naprawdę, jakie to... jak to wygląda alkohol i jakie to życie. Wiem, że tam ludzie gdzieś tam pili, no ale wie pani, na wsi, to też tak nie, nie było czegoś takiego. [westchnienie] Tak że to do mnie tak nie docierało. [RMS]

Poświęciłam osobną uwagę, próbując „wyczytać” z materiału empirycznego wątki, w których to poczucie winy byłoby widoczne. Pojawia się ono właściwie tylko w kategorii „zbyt późnego zareagowania” związanego ze zbyt późnym zidentyfikowaniem problemu, uświadomieniem sobie, że to nałóg, a picie jest szkodliwe.

I później jak ja byłam we Francji, to moja cioteczna siostra mówi, „wiesz co, wydaje mi się, że Basia popija z Marcinem”. [pauza] No to ja jej dużo, jak dzwoniłam, tłumaczyłam i rozmawiałam. No to się nigdy nie przyznała, że pije, [pauza] prawda? I jak wróciłam to dopiero wtedy powiedziałam sobie... za późno. [RM]

Pewnego rodzaju poczucie winy za to, „co się stało” z dzieckiem, odnalazłam w wywiadach z terapeutami, którzy opisywali problemy zgłaszających się do nich rodziców. Dotyczyło to zwłaszcza sytuacji, gdy początki uzależnienia – czy szerszej zaburzeń w zachowaniu – tkwiły w okresie dorastania.

PTU: [rodzice] Czasem pytają, czy to dotyczy, czy to przez nich w jakimś sensie.

B: Aha.

PTU: Czy się oni do tego przyczynili, że takie jest dziecko, bo jednak mają w głowie, że to proces wychowania ma na to wpływ, tak [...]. Aczkolwiek też, no ta matka tego bezdomnego, to wyrażnie jakby potrafiła później już prześledzić ten proces, tak jak to się zaczynało, że od podstawówki miał już jakieś trudne zachowania, jakieś agresywne zachowania, już jakieś tam odstawanie od rówieśników. Więc była w stanie to zobaczyć i rzeczywiście później, po terapii była w stanie też nazwać, że okej, no to jakby się troszkę jednak mimo wszystko działało poza nią, tak. Że ona jako matka miała na to wpływ, ale próbowała już wówczas działać i, niestety, nie była w stanie.

Nie odnalazłam w wywiadach **retrospekcyjnej pracy nad swoim macierzyństwem/ojcostwem**. Tylko w jednym z nich pojawiła się taka refleksja nad zaprzepaszczoneymi szansami wychowawczymi. Matka z perspektywy czasu analizuje wychowanie, które z góry było skazane na porażkę, ponieważ syn był nadpobudliwy. Rekonstruuje intuicyjne sposoby reagowania i niereagowania na problemy z dzieckiem.

Później gdzieś miałam dużo tych obowiązków, wpadłam na taki pomysł, żeby to łóżeczko takie przykrywane zrobić, [westchnienie] gdzie dzisiaj to jeszcze mam wyrzuty sumienia, jak ja mogłam, no ale innego nie było wyjścia, nie? Przywiązywałam taką klapę [rozbawienie] na łóżeczko, bo on kopał, on później te prątki wyrwał, był emocjonalny bardzo. Później jak do szkoły zaczął... w przedszkolu helikopter na niego mówili, bo latał, wiecznie biegiem. Jak był chory, chodziłam do lekarza, mnie było

wstyd, bo [westchnienie] wszystkie matki siedziały i się dzieci, te dzieci przy nich, a to biegało. I tam się pyta, jakie masz ładne buty, a jakie tam coś masz, tak gadał. Weszliśmy do lekarza, też za te słuchawki, już ten lekarz go znał, wiecznie... [pauza] No taki był, ale ja tego nie wiedziałam, że to był problem w tym dziecku jakiś, nie? [RMS]

W swojej pracy biograficznej ostatecznie lokuje przyczyny swoich trudności wychowawczych i problemów syna w braku fachowego wsparcia instytucjonalnego:

I w szkole też było inaczej, teraz jest inaczej, widzę, jak wnuczki chodzą do szkoły, jak jest psycholog, jak jest od razu to wszystko, [westchnienie] a tutaj ten mój syn był bardzo [zastanowienie] nadpobudliwy. Tak że ja przez te lata się wiele też uczyłam dla siebie [...]. Nikt też z mądrzejszych ludzi ode mnie nikt mi nic nie powiedział, że dziecko ma jakiś problem. [RMS]

Podobnie jest z lokowaniem przyczyn szkodliwego picia **poza dobrym wpływem rodziny**. Również i tu problem szkodliwego picia zostaje zauważony „za późno”. U podstaw bagatelizowania objawów nałogowego picia leży przede wszystkim to, że rodzice nie mają powodów, by uruchamiać czujność. Alkoholizm, a nawet inne używki w ich rodzinie, są czymś niespotykanym, nowym, dotąd nieznanym i przez to nierealnym, niepojętym.

RMC: [...] mój pierwszy mąż nie pił, ani drugi. Ja po prostu, wie pani, tak brzydko reaguję na alkoholików, mimo wszystko, że ja się... ja... normalnie się we mnie wszystko trzęsie i ja nienawidzę wódki, [pauza] nienawidzę alkoholików. [pauza] Ja jak widzę, wie pani, alkoholika to przechodzę na drugą stronę na ulicy. [pauza] Ja się na tym łapię, że mimo wszystko toleruję, to są ludzie, ale to jest straszne. [pauza] Z drugiej strony to jest straszne. [pauza] Omijam szerokim łukiem. [...] „a ja nienawidzę, Basiu, alkoholu”.

B: I jak wtedy Pani córka reaguje na to?

RMC: [pauza] O, zawsze tak na mnie dziwnie patrzy i mówi, [pauza] „a mnie to odpowiada”, nieraz złośliwie do mnie albo mówi, „no wiem, ty jesteś inna”. Coś takiego powie. „Ja wiem, ty jesteś inna, ty nigdy nie piłaś i nie będziesz piła”. Bo ja nigdy nie piłam, wie pani. Ja po prostu tak tam [pauza] jeden kieliszek czy lampkę wina i to nawet nie, [pauza] ale nigdy nie piłam, nigdy.

W naszym domu nikt nie będzie palił papierosów, no ale co ja mogę zrobić synowi, który ma już 50 lat? No to pali papierosy, niszczy te... Tam. [ROS]

Problemove picie dorosłego dziecka jest zestawiane przez rodziców z wyjątkowo silnymi wartościami wyznawanymi przez rodzinę. Nadawane jest mu znaczenie aberracji, która szkodzi i jest obca dla klasy średniej:

Moja cała rodzina, mojej mamy, nikt nie pił. [pauza] Mojej... rodzina mamy [...] oni są wszyscy bardzo bogaci, byli bardzo pracowici, pochodzili z rodziny, gdzie było siedem dzieci. [pauza] Mają piękne domy, są bogaci. Ja mam rodzinę taką bogatą..., proszę Pani, w Gdyni są..., mojej ciotecznej siostry córka skończyła, proszę pani, dwa fakultety, chemię..., mając 26 lat zrobiła doktorat z chemii i jednocześnie studiowała filologię angielską. I ona uczy w tej chwili w Gdyni w języku angielskim chemii, i w ogóle wykłada..., [pauza] kupę pieniędzy zarabia. Jej brat rodzony jest dyrektorem M. [nazwa firmy] [pauza]. Wielka osobistość, a syn najmłodszy w tej chwili studiuje cybernetykę w Krakowie i bardzo dobrze się uczy. Wszyscy w ogóle z nagrodami i w ogóle. [pauza] Tak że mojej mamy rodzina jest bardzo taka pracowita, bardzo ambitna, coś w życiu chcą mieć. [pauza] Mój tatuś pochodził z Puław [pauza] spokojny, dobry człowiek, też z takiej dość dobrej rodziny. Z rodziny rzemieślników przedwojennych. Tam był piekarz, tam był, proszę Pani, krawiec. [pauza] Taka rodzina, wie Pani. [pauza] No i mój tatuś nie..., broń Boże, nie alkoholik, mama też nie. [RMC]

Przykładowo w tej grupie rodziców jest matka, która zawsze dba o bezpieczeństwo finansowe rodziny, daje przykład córce ciężką pracą, uczy ją porządku. W rodzinie nigdy się „nie paliło i nie piło”, wszyscy są wykształceni lub mają dobry „fach” w rękę, bez problemów finansowych, ze zdrowiem i względnym lub znaczącym powodzeniem życiowym, prestiżem społecznym. Innym przykładem jest „zdrowa” rodzina poszerzona z małej wsi, z silnymi więziami i wspólną przestrzenią życia (dom wielopokoleniowy). Dla rodziców, których dziecko się „rozpiło” mimo dobrego wpływu rodziny, alkoholizm jest zagadką:

B: [...] czy Pani poszukiwała jeszcze jakiegoś wsparcia w innych osobach?

RMC: Nie, nie, nie, nie poszukiwałam, nie tego, bo..., no bo to, gdzie można poszukiwać u kogoś, u nas w rodzinie nikt nie pije, tak że nie ma takich..., osoby, żeby ją można było zobaczyć, że ta osoba tak piła i akurat nie ta pije, tak że nie było i nie ma takiej osoby, żeby pić tak, jak, jak ona pije, prawda, tak że, no nie wiem [pauza].

Jest poważnym problemem zdrowotnym i społecznym – wstydliwym, ale wymagającym poznania (np. poprzez szukanie fachowej informacji) i zbudowania nowej definicji („nowej” przez to, że zjawisko dotąd dalekie wkroczyło w zaskakujący sposób i z zaskakującą siłą w codzienność rodziny).

Rodzice podawali argumenty, które wzmacniały przekaz o nałogowym picu dziecka jako aberracji mimo pozytywnych wartości wyniesionych z domu. Sprawozdawali „ułożone” i udane życie wolne od jakichkolwiek dewiacji innych dorosłych dzieci lub akcentowali pożądane społecznie właściwości dziecka, które wyznaje i urzeczywistnia, mimo nałogu i letargu, w jakim się znajduje, np.

Z tym, że moja córka jest..., w domu ma czysto, bardzo dba o dom, bardzo dba o niego, ma wyprane, wszystko w domu, wysprzątane, zawsze obiad, [pauza] bo ona jest z tych czystych. Wyniosła to ode mnie z domu, ja też jestem czyściocha. Musi być czysto przede wszystkim kącik kuchenny. Muszą być garnki domyte, czyste, bo nie noszę brudu, wie Pani, nie noszę. [RMC]

[...] dlatego moja córka, wie pani, się wstydzi. Ona nie wyjdzie pijana na ulicę jak jest podpiła. Nie wyjdzie, ona się wstydzi. [RMC]

Informatorzy, którzy lokowali przyczyny szkodliwego picia poza „dobrym wpływem rodziny”, a właściwie – mimo tego dobrego wpływu, nadawali im przede wszystkim znaczenie złego losu, który się przytrafił ich dzieciom (np. urodzenie się bardzo chorego dziecka i z niepełnosprawnością, zakochanie się w alkoholiku i zwiążanie z nim) oraz w zwyczajowym i kularowym znaczeniu alkoholu w życiu zawodowym (np. w podtrzymywaniu dobrych znajomości zawodowych i towarzyskich). Czynnikiem wzmacniającym nałogowe picie w obrębie tych przyczyn jest depresja, „słaba psychika”, nieradzenie sobie ze stresem i presją społeczną bycia „człowiekiem sukcesu”, „osobą towarzyską”, „szczęśliwym ojcem” itp.

Nie piłaby, na pewno by nie piła, gdyby miała innego męża [...]. Jak już sobie nie może poradzić, wie pani, ma depresję, to wtedy sięga po alkohol. [RMC]

[...] i to, to spotkanie [zawodowe] to się kończy [pauza] kolacją jakąś tam i tak... after party, to się mówi. [ROS]

Ale to właśnie dało to dziecko, które się urodziło kalekie, to dało. [...] to była przyczyna i, i może jakbym..., byśmy wcześniej zauważyli to. [pauza] On był zam..., ale on był dziwny, zamknięty w sobie, [zastanowienie] nie chciał z nikim tak, żeby do rodziny gdzieś jechać, czy jak ktoś przyjechał to on nie chciał rozmawiać i my żeśmy nie wiedzieli, to ale, no że może, no krępuje się, może żal mu, że te dzieci..., bo przecież tych wnuczków mam sześcioro, że te dzieci są zdrowe, a jego chore. No [zastanowienie] 9..., no 9 lat temu. [pauza] Tak, bo ty..., bo właśnie drugiego syna w tym samym wieku jest córka, [westchnienie] to właśnie były takie jednakowe. I on nie mógł patrzeć, że br..., [zawahanie] że brata dziecko jest zdrowe, a jego jest chore, [pauza] i żeby im może powiedział, że [pauza] ma jakiś problem, ale on się tak ukrywał z tym piciem. [RMS]

W tej grupie uwarunkowań nałogowego picia dorosłego dziecka znajdują się także biologiczne, które właściwie pozostają poza jakimkolwiek wpływem. Najlepszą ilustracją jest następująca definicja przyczyn choroby alkoholowej wypracowana przez jednego z ojców:

Tak, i to wie Pani, no i niestety [pauza], no alkohol [pauza] wciąga, no wciąga i to, i to w zależności, bo mam dużą wiedzę na temat alkoholizmu, dużo też przeczytałem i mam dużo wiedzy, tak jak obrazowo [zastanowienie] patrzę na to wszystko, to jest jak sto, powiedzmy, osób [pauza] wylosuje sobie białe kulki, z tej setki wylosuje 80, a 20 czerwonych i ci czerwoni to są, są podatni na alkohol. Bo nie ka... bo są ludzie, którzy piją, na okrągło piją, piją, znaczy ja przesadziłem, na okrągło, bo to nie, z alkoholem jeszcze nikt nie wygrał i nie ma cudów, i tam wcześniej czy później to się, [westchnienie] to się uzależni od tego, to już tego. No ale są tacy ludzie, że, że potrafią dużo wypić i piją, piją i jakoś ten alkoholizm ich nie dotyka, bo mogą w każdej chwili przerwać. No i, i tak było u mojego syna. On też tak właśnie jakoś [pauza] mówił, że w każdej chwili może przestać. [ROS]

To rodzaj „pecha” życiowego, sytuacji zupełnie niezależnej od rodziców. Z takimi przyczynami nie da się walczyć ani też im zapobiegać. Bywa, że syn z „pechowymi” genami trafia w miejsce, gdzie zachowania alkoholowe stanowią normę towarzyską, której konsekwencji nikt nie mógł ani przewidzieć, ani dostrzec na czas (np. huczne imprezy alkoholowe z okazji kulturalnych wydarzeń w środowisku artystycznym czy alkoholowe libacje podczas spotkań piłkarzy). „No i dlaczego to na mojego syna tak trafiło?” [ROS].

Bardzo słabo w materiale z wywiadów z rodzicami wyłoniło się lokowanie przyczyn nałogowego picia alkoholu we własnych błędach. Wniosek taki może zaskakiwać, kiedy zestawia się go z pracą terapeutów nad „poczuciem winy” i zdejmowaniem odpowiedzialności z rodziców za problemowe picie dorosłego dziecka. W wywiadach „zinstytucjonalizowanych” rodziców (zob. rozdział 2.3) bardzo często matki, używając języka będącego produktem wielu terapii, sygnalizują to zjawisko: „czułam się winna”, „przez pryzmat tego poczucia winy pomagałam mu”, „czegoś mu nie dałam w dzieciństwie i dlatego miałam poczucie winy” itp. Właściwie tylko w jednym wywiadzie pojawiła się refleksja niedopilnowania w dzieciństwie (z powodu zapracowania i zaabsorbowania opieką nad małymi dziećmi) i próby oceny zachowań nałogowych dziecka przez pryzmat własnych zaniedbań wychowawczych, bez odnoszenia ich do wpływów rówieśniczych czy pecha.

Na marginesie rozważań dodam, że dostrzegłam pewną tendencję, którą można by nazwać „błędym kołem” terapeutycznym. Mam na myśli dostrzeżoną w wielu wywiadach z terapeutami rozbieżność w wyrażanych poglądach dotyczących pracy z rodzicami. Z jednej strony charakteryzują problemy matek, które związane są z ogromnym poczuciem winy z powodu „alkoholizmu” dziecka,

i wiele czasu terapeuta poświęca na zdejmowaniu z ich barek tej odpowiedzialności. Z drugiej, ci sami terapeuci opisują rodziców jako tych, którzy nie są w stanie wziąć odpowiedzialności na swoje barki za to, co się stało: „[...] tej winy nie są w stanie udźwignąć i na ogół szukają kogoś innego odpowiedzialnego za to, nie?” [PTUP]. Przykładając optykę „zmiany terapeutycznej”, wyjaśniają to pracą nad przepracowaniem poczucia winy tak, by „[...] no dobra no to mam świadomość co spieprzyłem, natomiast, no teraz chcę inaczej, nie? Czyli co tu robić i jak to robić inaczej no” [PTUP].

Warianty relacji

Z analizy materiału empirycznego wyłaniają się cztery najwyraźniejsze sylwetki dorosłych dzieci, które mają problemy życiowe w największej mierze bezpośrednio powodowane uzależnieniem od alkoholu i z tej przyczyny pozostają w określonych relacjach ze swoimi rodzicami. Wymienione i opisane poniżej sylwetki nie są wzorcowymi wariantami z punktu widzenia możliwości dokładnego „wpasowania” wszystkich biografii dzieci badanych rodziców. Jest to raczej szkic pewnych dających się wyłonić wzorów dostrzeżonych w odtwarzanych przez rodziców problemach oraz rekonstrukcjach przypadków przez przedstawicieli instytucji pomocowych.

Pierwszą sylwetką wyłaniającą się z danych jest syn, który mimo osiągnięcia wieku dorosłości nigdy nie wyprowadził się z domu. **Dorośle dziecko bez dorosłej samodzielności** to takie, z którym od dzieciństwa lub okresu dorastania są trudności związane z jego „innością” (z powodu temperamentu, zaburzeń zachowania). Są one intensywnie doznawane (fizycznie, emocjonalnie) przez rodziców i najbliższe otoczenie, i stopniowo osławane przez rodziców. W rodzicielskich retrospekcjach dominuje konieczność zarządzania licznymi kryzysami powodowanymi burzliwym dorastaniem i reakcją kontroli formalnej i nieformalnej. Jest to negocjowanie z sąsiadami rodzaju szkód i rekompensat, ustalanie planu działania ze szkołą i inne działania mające na celu opóźnianie naznaczania etykietą demoralizacji czy chronienie dziecka przed ingerencją instytucji. Jednocześnie jest to bycie świadkiem szybkiego rozwoju uzależnienia od alkoholu/i narkotyków.

ROS: Koledzy tacy jak on. Jakąś chemię wdychać, jakąś torebka z chemią, jakieś kleje nie kleje. Kradzieże po komórkach. No od komórek pewnie się zaczęło, a później działki jakieś. [...] Sąsiada akurat miałem policjanta ze śledczej. I jego komórkę też okradł. I on wiedział, że to mój syn z kolegą, z Makowskim, sąsiadem z bloku obok. I powiedział.

B: Panu powiedział a nie, że zgłosił komuś?

ROS: Tak. Mówi „Janek ja wiem, że twój syn z Makowskim opierdzielił komórki. Nie zgłosiłem nigdzie tego, ale ja wiem”. „Dziękuję” mówię „Piotrek. Nie miałem na to wpływu” [...].

Jako dorosłe dziecko mieszka z rodzicami (nigdy się nie wyprowadziło z domu), najczęściej z matką.

To tacy, którzy..., którzy [cmoknięcie] są zaraz tak jakby po skończeniu... dosyć taka znaczna, prawda? Po skończeniu 18 roku życia i tutaj..., yyy dalej ten problem występuje czy nasila się. I rodzice po prostu czują się bezsilni, bo z jednej strony dziecko osiągnęło tę pełnoletniość, ale bardzo często jest jeszcze [...] zależne finansowo, bo uczy się, jest na utrzymaniu rodziców... i tutaj wtedy zaczynają gdzieś... I yyy tutaj [cmoknięcie] ich oddziaływania się kończą, prawda? Bo już zdają sobie sprawę z tego, że, no nie mogą zwrócić się, nie wiem, do sądu rodzinnego i nakazać takiego yyy leczenia. A z drugiej strony, jeżeli chodzi... o to, że właśnie to dziecko jest jeszcze niesamodzielne to nieraz mają dylematy, prawda, no związane z tym, że, no... pozbawię go domu, wyrzucę z domu i, i jak on sobie poradzi? [PTU]

Relatywnie często ojciec jest nieobecny z powodu swojego uzależnienia lub poprzez rozwód/śmierć. Wobec tego najczęstszym podwariantem tej relacji jest: matka – dorosły syn nałogowo pijący alkohol. Bardzo często relacja ta opisywana jest przez terapeutów z użyciem kategorii: nadopiekuńcza, nadmiernie chroniąca, niepotrafiąca pogodzić się z autonomizacją syna.

GKRPA: [...] z doświadczenia teraz tej Komisji do Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, to często są to kobiety, które są wdowami czy rozwódkami i żyją właśnie z synem 30-paroletnim czy koło 30-stki, który przez swoje życie prawie nigdzie nie pracował. Taki teraz podaję, to jest prawie standard taki. Są na utrzymaniu matki, czasami gdzieś tam dorywczo sobie popracują [...] jak mówią o problemie tego alkoholu, to on istnieje od kilkunastu lat, to nie jest jakiś tam nowy problem. W trakcie tych rozmów, to często tak wynika, że właśnie też ta nadopiekuńczość jest taka. Nawet jest takie przyzwolenie. Nawet, są takie matki, które same kupują piwo i przynoszą.

PSF: Byle nie chodził gdzieś.

KF: Dlatego, że ci kupię i w domu niech zostanie.

PF: Tak, żeby on został albo żeby lepiej sobie po cichu wypił i tak dalej.

Uwagę zwraca to, że dorosłe dziecko bez dorosłej samodzielności, nawet okresowej – jest synem, nigdy córką (przynajmniej w zgromadzonym materiale empirycznym nie odnotowałam żadnego śladu naruszającego ten wzór). W obrębie tego wariantu relacji wyłoniłam dwa „podwarianty”.

Pierwszym jest relacja samotnego rodzica (matki lub ojca) i syna, który nigdy nie wyprowadził się z domu. Jest to mężczyzna, którego uzależnienie jest bardzo zaawansowane, a wyrządzone szkody bardzo szerokie (brak pracy i jakichkolwiek kompetencji pozwalających się samodzielnie utrzymać poza domem matki). Jego kondycja psychofizyczna jest dramatyczna, a ryzyko śmierci realne i potwierdzone przez lekarzy. Nigdy nie pracował lub pracował dorywczo. Bywa, że jednym względnie stałym zajęciem zarobkowym jest to, które wykonuje u boku i pod opieką ojca/matki. Jest zależny od rodziców, ewentualnie od instytucji wsparcia (np. zakładów karnych, noclegowni). W okresie dorastania i wczesnej dorosłości balansuje między zamieszkaniem u matki, ewentualnie babki, kolegów. Bywa, że ma doświadczenie wielu pobyków w instytucjach wychowawczych i resocjalizacyjnych, a więzienie jest dla niego najbezpieczniejszym domem. Posiada bardzo niskie kompetencje społeczne (np. nie potrafi sam załatwić ważnych spraw urzędowych). Jego demoralizacja jest zaawansowana, a nawet podkulturowa i więzienna. Żyje z kradzieży, okrada także rodziców, od których jest zależny. Bywa zdeterminowany (wynosi z domu na sprzedaż nawet żywność).

Najczęściej taka nadopiekuńcza matka, która coś by chciała i pomóżcie mi, ale ona tego synusia czy córusi nie opuści i ona go będzie wspierała i wspierała, i ja wiem, że moja rola polega na tym, że ja muszę powiedzieć, stop, zostaw go, on musi sam dalej iść, dalej, zrobić tak albo inaczej, ale ty nie możesz mu na tym etapie, nie jesteś mu w stanie pomóc, przyhamować tego na tym etapie. [PSF]

I konsekwencja tego jest taka, że potem przychodzą do poradni, synek ma 35 lat, nadal żyje z rodzicami, nadal rodzice nieselektywnie zaspokajają rozmaite jego potrzeby i kompletnie nie potrafią zareagować na tyle skutecznie, żeby go wypchnąć z rodziny. [PTUF]

W tej sylwetce mieści się również dorosłe dziecko, które w konsekwencji uzależnienia stało się bezdomne⁸⁵, oraz takie, które z ojcem doświadcza bezdomności, a także zaprzepaszcza szanse i rujnuje jego starania na rzecz ustabilizowania i polepszenia swojej sytuacji socjalnej (pod wpływem alkoholu dewastuje wynajętą mieszkanie).

Drugi podwariant obejmuje rodziców mieszkających pod jednym dachem z synem w średnim wieku, którego uzależnienie jest znaczne, ale tzw. wysoko funkcjonalne. Jest to „alkoholizm weekendowy”. Częściowo „dokłada się” do wydatków domowych – czasem nieregularnie.

RMS: Jedną pracę podejmował, przestał, bo on nikt nie będzie trzymał kogoś, kto pije, prawda? Z tym że on takie szczęście głupie ma, że jedną pracę stracił, za 2 dni gdzieś tam kogoś na ulicy spotkał, już miał pracę i to dobrą pracę, tak mu się trafiało. No ale też długo nie był.

B: Ale jakby cały czas przez te lata pracuje, tak? Bo nawet teraz, pani mówi, że teraz jest w pracy.

RMS: Cały czas pracuje. Teraz to jest jego najdłuższa praca, odkąd zaczął pracować. To jest jego piąta czy z kolei szósta praca, ale już 2 lata pracuje, tak że się jakoś trzyma tam. Nie pije w tygodniu, bo nie może, bo idzie do pracy. Teraz trzeba zmierzyć tym aparatem, czy ma alkohol, rano. Jak wchodzi, jest sprawdzany. To jest bardzo dobre. Tak że tydzień nie pije, ale przychodzi piątek, sobota, niedziela, trzy dni pije. Poniedziałek idzie do pracy, potem najgorzej jest dziesiątego, bo dziesiątego dostaje wypłatę, to pije do końca, dopóki nie wyda pieniędzy. A potem płacze, jaki ja głupi, jaki ja to. Znaczący się kupi sobie jakieś tam rzeczy, dawać nam daje pieniądze, bo byśmy na to nie pozwolili, żeby nie dawał na czynsz i trochę na jedzenie. Tam 500 złotych mi daje co miesiąc. To nie było tak, że tam kiedyś mi powiedział, nie dam ci, bo nie mam czy przepiłem. Zawsze najpierw daje, potem zaczyna pić. To jeden jego taki plus, że myśli o tym.

B: Ale nigdy się tak nie zdarzyło, żeby nie wywiązał się z tej umowy?

RMS: Nie, jeszcze się nie zdarzyło. Tak jakoś chyba raz przeciągał, ale to następnego dnia mi przyniósł. Nie, to zawsze. To ja już nawet już nic nie przypominam, bo jak mu się przypomina i się mówi, to on się bardzo denerwuje. On się drze wręcz, że on nic nie robi, że on daje mi pieniądze, on to wszystko i powinno być wszystko okej.

[...] taka spora grupa, nawet nie wiem, czy nie większa niż ta pierwsza⁸⁶, to będzie grupa, która dotyczy osób yyy [pauza] dorosłych. Mam tu na myśli już takich w wieku yyy takiej już mmm dorosłości, nie wiem, średniej, a nawet już późnej..., którzy albo mieszkali całe życie z rodzicami, prawda? I ten problem nasila się. I to są często osoby, które są samotne, nie założyły rodzin i po prostu yyy gdzieś tak yyy koegzystowały przy rodzicach. A problem alkoholowy powodował tylko to, że na przykład z czasem tracili pracę i byli w jakiś sposób zależni też od... od rodziców. [PTU]

⁸⁵ Odnoszę się tu do doświadczeń biograficznych matki rekonstruowanych w trakcie wywiadu przez terapeutkę.

⁸⁶ Terapeutka przywołuje swoje obserwacje z praktyki zawodowej i mówiąc o „pierwszej grupie”, ma na myśli „dzieci”, które relatywnie niedawno uzyskały metrykalną dorosłość i mieszkają z rodzicami. Z racji ich wieku wspólne mieszkanie nie jest jeszcze „rażące” i zastanawiające (są dopiero na początku swojej dorosłości).

Czasem ma się wrażenie, że mowa o zbuntowanym nastolatku, który „siedzi w swoim pokoju” i ma w nim brudno, ponieważ nie sprząta. Dopiero przypadkowa informacja o wieku „bohatera” wywiadu (np. „blisko pięćdziesiąt lat”, „dobrze po trzydziestce”) wrywa badacza z wrażenia opowieści o okresie dorastania. O ile w poprzednim „podwariancie” matki rzadko lub wcale już nie przygotowują posiłków synowi, o tyle nieco inaczej jest w przypadku „funkcjonalnego alkoholika”, który dokłada się do budżetu domowego.

ROS: [...] żona naszykowała jedzenie, tam, znaczny, bułki, coś, tego, a czy zje dzisiaj, to tego nie wiem. No ale to są problemy...

B: Ale żona mu zawsze szykuje? Znaczny, no czyli jego mama, tak?

ROS: Tak.

B: Codziennie nawet śniadanie mu szykuje, tak? Czyli on sobie sam nie...

ROS: Tak, a on jaśnie pan, ale nic nie potrafi zrobić.

Życie takiej rodziny polega na bieżącym minimalizowaniu szkód lub potencjalnych szkód będących udziałem „weekendowego alkoholika” oraz unikaniu eskalacji codziennej uciążliwości (np. brudu, agresji).

I są takie momenty, że kiedy w piątek przestaje już pracować... O dziwo, że pracuje, ale to za jakiś czas może... Jak to się mówi nieładnie, głupieje. [...] Jak jest w miarę dobrze, tam wypije jedno piwo do łóżka, idzie spać, to później poniedziałek, wtorek, środa i zaczyna się gehenna w piątek. Sobota to jest... niedziela też jest niedobrze, a mimo wszystko regeneruje szybko. [...] Już w niedzielę, już popołudniu, w miarę dobrze już by..., i już idzie do pracy, tak jak i w poniedziałek. [ROS]

Po dziesiątym⁸⁷ to jakby ktoś chciał zobaczyć, to pół pokoju jest butelek tych małych po wódce. Tak że on z pokoju nie wychodzi, tylko sam pije. I wyszedł, mówię, nic tylko poszedł znowu sobie kupić, bo niedziela. [RMS]

Jeszcze jedno spostrzeżenie nasunęło mi się po analizie wywiadów z rodzicami, które zakwalifikowałam do tej kategorii relacji, oraz z terapeutami, którzy rekonstruują swoje doświadczenia czy opisują obserwacje z pracy z takimi matkami i ich dziećmi. Kiedy czytałam te wywiady po raz pierwszy, przytapałam się na silnym wrażeniu, a właściwie przed oczami pojawiał mi się obraz matki, która za rękę przyprowadza swoje dziecko do lekarza. Moje wrażenie silnie podtrzymywane było przez fragmenty wywiadów, w których znajdowałam uwagi terapeutów, że sekretarki czy recepcjoniści, którzy prowadzą zapisy telefoniczne i nie ulegają presji matki, by wpisać nazwisko jej syna jako osoby, która przyjdzie do poradni, argumentują kategorycznie, że syn ma przyjść do poradni samodzielnie. „Pani syn jest dorosłym człowiekiem. Musi podjąć decyzję samodzielnie. Przyjść sam” [PTU].

Bumerang z kolei to dorosłe dziecko, które zyskało względną lub pełną samodzielność, założyło rodzinę i pomyślnie funkcjonowało przez jakiś czas w rolach zawodowych, zarobkowych itp., ale w rezultacie zaawansowanego uzależnienia i degradacji (finansowej, zawodowej, zerwania więzi z rodziną) wróciło do domu rodzinnego.

⁸⁷ Dzień wypłaty pensji.

[...] w tej grupie już takich dorosłych dzieci pijących grupa osób taka yyy, która powróciła do rodziców, bo na przykład y rozpadły im się własne rodziny, prawda? Są po rozwodzie, w związku też z tym, że problem przez dłuższy czas istniał, no to oni też finansowo tracili [...] jakąś tam stabilność i nieraz po prostu... yyy wracają z niczym i, i... i mieszkają z rodzicami. [PTU]

Określenie „bumerang” najlepiej opisuje sytuację materialną i psychospołeczną osoby i pisałam o tym zjawisku w rozdziale 1.1. pt. *Relacje między rodzicami i dorosłymi dziećmi*. Jest to więc dorosłe dziecko (w świetle zgromadzonego materiału – syn), z licznymi potencjałami rozwojowymi, które częściowo lub w całości zostały wykorzystane w jego życiu. Zwykle założył swoją rodzinę (rzadziej mieszkał sam) i osiągnął mocny lub względnie stabilny status, o którym da się powiedzieć, że stanowi warunki dla możliwości odczuwania rodzicielskiej dumy i radości (sukcesy zawodowe, materialne, szczęście rodzinne). Z powodu nałogowego picia – zintensyfikowania „młodzieńczych” skłonności lub rozpoczęcia ich już w trakcie dorosłości – traci zgromadzony do tej pory kapitał społeczny i dobra materialne. Bywa, że rodzice są tu bezradnymi świadkami stopniowej, acz wyraźnej i niedającej się powstrzymać, degradacji i ponoszonych strat. Powrót do domu rodzinnego nie znaczy jednak o znalezieniu się w sytuacji, kiedy się jest (kolejny raz) na starcie. Osoba jest nadmiernie obciążona bagażami zaawansowanego uzależnienia, złej kondycji psychicznej i zdrowotnej, długami itp. Bumerang na tle problemów alkoholowych utracił zdolność do samodzielnego życia, a powrót do domu rodziców jest dla niego deską ratunku i koniecznością, a nie alternatywą (chyba, że byłaby nią bezdomność).

Chybotliwa dorosłość dotyczy dzieci, które dowiodły, że potrafią być samodzielne i dobrze realizowały swoje zadania związane z dorosłością. Założyły rodziny lub wyprowadziły się od rodziców i prowadzą własne gospodarstwo domowe. Ich małżeństwa są jednak nieszczęśliwe lub zagrożone (w materiale wyłoniłam sytuacje, w których dorosłe dzieci cierpiały z powodu dużych kłopotów rodzinnych i małżeńskich, oraz te, które były „powodem” znaczących kryzysów swoich najbliższych). Jest to bardzo zróżnicowana grupa dorosłych dzieci pod względem sytuacji finansowej, zawodowej oraz kondycji zdrowotnej i psychicznej.

[...] w międzyczasie skończył studia, aaa [zastanowienie] a on nawet zrobił magisterkę [...] no jakoś tam się to wszystko tak, mmh jak to teraz ładnie nazywają, taki alkoholik wysoko funkcjonujący, tak, czyli facet miał jakieś tam stanowisko, może nie za wysokie, ale, ale jakieś miał, yyy coś sobą reprezentował, miał pracę, yyy żonę, dziecko, miał i ma, bo do tej pory ma. [RD]

Rodzice są angażowani w problemy na tle alkoholowym rodzin swoich dzieci pośrednio (np. delegowani przez innych członków rodziny) lub bezpośrednio (inicjowanie pomocy, udzielanie wsparcia na rzecz rozwiązywania kryzysów). Bywa też, że są nieproszonymi sojusznikami partnerek życiowych swoich synów lub „działają” w konspiracji przed nimi.

Czasem „problemowe dziecko” mieszka „za ścianą” lub w jednym domu, a rodzic wchodzi w rolę bezpośrednio lub dyskretnie (z dystansu) angażującego się w pomaganie córce/synowi i jego rodzinie. Jest także bezpośrednim świadkiem dramatów, jakie rozgrywają się z powodu jego problemów alkoholowych:

Wielokrotnie nie śpię w nocy, jak się kłóczę, awantury tam są, to ja wtedy nie śpię, martwię się przede wszystkim o córkę, było nie było, to jest moje dziecko. [RMC]

No i z powodu tego, że tam się źle dzieje, bieda wielka jest, dlatego ja jeszcze pracuję, mając 80 lat. [pauza] Jeszcze pracuję i ciągle im pomagam. [RMC]

Mieszka po drugiej stronie domu [...] [wnuczka] przychodzi do mnie spać, na moją stronę przychodzi, nie chce być u siebie w domu tylko u mnie i ja wtedy wiem, że jest bardzo źle, że on znowu pije. [RMS]

Przykładowo w tej grupie dorosłych dzieci są takie materialnie wspierane przez rodziców, a także te, których rodzice pełnią funkcję jedynie interweniujących kontrolerów wobec bezradności współmałżonków lub sojuszników działań mężów i żon. Są to też dorosłe dzieci, które z różnych przyczyn mieszkają same (najczęściej po rozstaniu ze swoimi partnerami/kami).

[...] bo z alkoholem to nieraz ją widziałam, pijaną, ale to, to, to stanie się, jak, jak jej się zwraca uwagę, to ona się staje agresywna wtedy. I do mnie, i do wszystkich, to nie to, że tylko do mnie i ona... nie powiem, że leci z rękami, bo nie, ale wykrzyzczeć, to co do krzyczy wtedy, bo ona sobie nie życzy takich, takich, żeby ją yyy wszyscy tylko szpiegowali, co ona robi, ona jest dorosła, ona wie, co robi, no to, no to jaka to jest dorosłość, jeżeli się jest dorosłym i mmm urodziło się dwójkę dzieci, no to trzeba się jakoś zająć, nie, a nie jedno jest u jednych rodziców, drugie u drugich, no to co za dorosłość, co ona wie. [RMC]

W obrębie tej „sylwetki” dorosłego dziecka i relacji z rodzicem zawieram taką, którą określe mianem „relacji nacechowanej wyczekiwaniem zła, które czyha”. Mowa o dorosłym dziecku, którego picie stanowi skrywaną tajemnicę rodzinną. Rodzic podtrzymuje tę tajemnicę i w obrębie sekretnych działań rodzinnych wspiera swoje dziecko w pokonywaniu nałogu (lub konsekwencji będących jego rezultatem). Użyta tutaj nazwa związana jest z tym, że w relacji tej dominującym doznaniem jest świadomość, że problem nałogowego picia, nawet jeśli jest nieobecny, to nie jest zażegnany ostatecznie, może powrócić. Jest to więc rodzic zaabsorbowany wyczekiwaniem potencjalnych kryzysów.

[...] uważam, że jest [pauza] jest poprawa jest znaczna, chociaż alkoholizm jest niewyleczalny, to jest, to jest, to jest choroba nieuleczalna, nie ma, śmiertelna, nieuleczalna i można [zawahanie] zaleczyć, jak to się, jak, jak wiele innych chorób, że zaleczone to zostało, ale niewyleczone, bo, bo to nie niewyleczalna choroba, no. [ROS]

Na razie jest cisza. No ale to się potrafi przyczaić. [RMS]

Ja czekam tylko, jak... jak SMS od synowej czy coś, to czy czasem znowuż się to nie zaczęło [...]. [RMS]

Dziecko bezdomne to najslabiej wyłoniona, acz bardzo wyrazista, sylwetka z materiału empirycznego. Relacje rodziców z tymi dorosłymi dziećmi z uzależnieniem od alkoholu są bardzo wątle w sensie fizycznym. Posiadanie dziecka ma raczej wymiar symboliczny.

Jest to sytuacja, w której rodzic całkowicie pożegnał się z wizją poprawy sytuacji życiowej swojego syna, który dawno już „osiągnął” dno i wcale się od niego nie odbił, ponieważ stało się ono stylem jego życia. Jest to także specyficzna relacja

z dzieckiem, które „zniknęło” i o którym wieści docierają do rodzica sporadycznie i przypadkowo. Sytuacja taka nasuwa skojarzenie rodziców osób z uzależnieniem od narkotyków, którzy borykają się często z nagłym „zniknięciem” swojego dziecka, porzuceniem domu (rodziny pochodzenia i prokreacji), bycia osobą, po której „ślad zaginął”. Sygnalizowałam ten wątek w rozdziale 1.2. Z pozyskanego materiału empirycznego wyłoniłam jednak nieco inne sylwetki „nieobecnych” dzieci. Są nimi osoby bezdomne, z którymi rodzice nie mają żadnego bezpośredniego kontaktu i wobec których nabrali dystansu powodowanego uznaniem, że nie są w stanie w żaden sposób pomóc swojemu dziecku zmienić jego życia, ponieważ zrobili wszystko i wyczerpali możliwości. Można więc mówić o świadomie zrywanych lub zerwanych już relacjach, np.:

PTU: Bo to były już bardzo [pauza] dzieci zaawansowane w chorobie [...] przyszło małżeństwo do mnie. Yyy to oni też później byli w stanie już po prostu sobie myśleć, jak to ich życie ma wyglądać.

B: Odpuszczali sobie wszystko?

PTU Jak to sobie poukładać. Czy odpuszczali? Myślę, do końca nie, tak, ale gdzieś tam jednak w myślach wiedzieli, że na przykład wpuszczanie go do domu, pomoc finansowa, włączanie się w te sprawy, to nie jest dobra pomoc, więc to sobie odpuszczali, tak. I na przykład bardziej się koncentrowali na, na, na drugim synu [...].

PTU: [matką] Zaczynała od szukania, bardzo usilnego szukania sposobów, jak mimo wszystko wyciągnąć syna. Chodziła na meliny i wyciągała go wręcz siłą stamtąd, śledziła go po osiedlach, dopytywała tych takich znajomych gdzieś tam spod sklepu, yyy gdzie on może być, tak, więc zaczynała od tego. Później poszła jeszcze, poza tym, że indywidualnie yyy była w terapii, no to przychodziła na grupy i tam na grupy też próbowała dopytywać tych innych pań, tak, jakie są sposoby na mężów, co można jeszcze robić. [...] Natomiast im dalej była w terapii, im dłużej, yyy tym więcej jednak nastawiała się na siebie i na to jak ona może [...] no udawało jej się wyciągać go raz, drugi, natomiast zawsze to się kończyło, że następnego dnia i tak on tam trafiał ostatecznie. [...] bardziej chyba na to tutaj stawiałyśmy, tak, na co mam wpływ realnie, a na co tego wpływu nie mam i w takim razie zostaje to gdzieś z boku. [...] Czyli takie rozstrzygnięcia raczej. Myślę, że to nie było nigdy mowy o odpuszczaniu, bo myślę, że trudno byłoby matce powiedzieć, odpuszczam, tak. To bardziej pozwalałam mu podjąć decyzję, bo na nią nie mam już wpływu. [...] jeśli on tak decyduje, a ona wyczerpała wszelkie środki, no bo jakby tamte sądowe nakazy, to było też wielokrotnie, tak, yyy to tak, to, że decyduję, że tutaj nie mam wpływu. Że daję mu oczywiście szansę, jeśli będzie chciał wrócić, i ona też mu to powiedziała. Tak, że to nie jest tak, że ona go skreśla w pełni, ale pod pewnymi warunkami może wrócić.

B: Co się stało, że on został bezdomny, dlaczego? To jest tak, że ona go wyrzuciła czy on po prostu sam? Jak, jak?

PTU: Tak, ostatecznie chyba to było tak, że ona podjęła decyzję, że, że on musi być yyy po prostu eksmitowany. Chyba to było wszystko załatwiane... tak formalnie. Bo on też, oczywiście, był agresywny już bardzo, tak, w stosunku do niej. No i nadużywał alkoholu chyba od jakiejś tam późnej podstawówki, więc ta choroba była bardzo zaawansowana. I on też, no już miał takie, myślę, że zmiany osobowościowe poważne. [pauza] Więc też myślę, że to, że w jakimś sensie on jej już zaczął zagrażać, też przyspieszyło tę decyzję.

W nazwie tej sylwetki użyłam przymiotnika sugerującego sytuację bycia bez stałego dachu nad głową, jednak „bezdomność” traktuję tu szerzej i symbolicznie. Do tej kategorii relacji zaliczyłam także bowiem sytuację, w której dorosłe dziecko (które nigdy się nie usamodzielniało), mimo że mieszkało pod dachem matki, nie miało od niej (już) żadnego wsparcia. Kobieta nabrała całkowitego dystansu wobec niego i jego problemów i jawnie kontestowała swoją obecność i jakiegokolwiek

zaangażowanie (nawet w sytuacji realnego zagrożenia zdrowia) w życiu dziecka. Nie zaliczyłam tu jednak takiego, które wraz ze swoim ojcem dzieliło bezdomność. W istocie bowiem było dzieckiem wciąż „zaopiekowanym” przez ojca. Dziecko bezdomne więc to takie, które jest samo ze swoim problemem. Najbliżsi wyczerpali już wszystkie możliwości pomocy i presji. Nie ma żadnego źródła potencjalnego oparcia, nawet jeśli w sensie fizycznym ma się kontakt z rodzicem (a nawet wspólnie z nim mieszka).

W dużej mierze sposób definiowania „tego, co się dzieje” z dzieckiem, czyli jego problemu alkoholowego, pokrywa się z określonymi wariantami relacji. I tak jeśli chodzi o dziecko bezdomne, to jest to człowiek, którego nałogowe picie jest bardzo szkodliwe, a choroba alkoholowa zaawansowana. Rodzice definiują jego problemy przez pryzmat „**straty dziecka**” i „**cienia człowieka**”, w którym trudno im odnaleźć swoje dziecko. Jest to osoba, która w konsekwencji uzależnienia alkoholowego straciła wszystko, dosięgła metaforycznego dna, ale nie jest w stanie się od niego odbić.

Najbardziej zróżnicowaną grupę dzieci, biorąc pod uwagę sposoby definiowania ich problemów, stanowią dorośli dzieci bez dorosłej samodzielności. Przekładając optykę nomenklatury w obrębie medycznego i psychologicznego dyskursu uzależnień, **są to osoby, które są funkcjonalnymi alkoholikami**, jak również te, które **nie potrafią w żaden sposób kontrolować** swojego picia. Rodzice są świadkami postępującej degeneracji różnych sfer zdrowia dziecka oraz stopniowego lub gwałtownego przebiegu niszczenia potencjałów, jakie posiada(ło). Bumerangi to dzieci, które borykają się z **zawansowaną chorobą alkoholową**. Dom rodziny pochodzenia i pomoc matki lub ojca stanowi dla nich przysłowiową deskę ratunku. Natomiast problemy alkoholowe dzieci chybotliwie dorosłych są definiowane przez rodziców z zastosowaniem bardzo szerokiej siatki znaczeń. Są wśród nich tacy, którzy „**piją od czasu do czasu**”, „**potrafią jeszcze kontrolować picie**”, „**piją tylko ukradkiem**” lub „**znajdują się na skraju przepaści**”. Momentem krytycznym dla wielu z nich jest rozstanie z żoną/mężem. Choć nie przesądza to automatycznie o zmianie „stylu” picia. Są tu też dzieci, **o których rodzice mówią „to nie jest zwyczajny alkoholizm”** i lokują przyczyny nadmiernego picia np. w chorobie psychicznej czy złym (przejściowo) wpływie towarzystwa. W tym ostatnim przypadku rodzice traktują uzależnienie od alkoholu jako mniejszy element szerszej choroby.

A moja córka... ma bardzo często depresje. Według mnie ona to jest ciężko chory człowiek. On pije codziennie, ale on ma chyba mocniejszy organizm, bo on się wykąpie i do roboty idzie. On pije w ten sposób. [pauza] A ona później, po takim pijaństwie, jak wpada w depresję, to zaczyna pić. Jak już sobie nie może poradzić, wie pani, ma depresję, to wtedy sięga po alkohol. [RMC]

Program reagowania

Program reagowania jest specyficznym uwięzieniem drogi, jaką przeszli rodzice od momentu zidentyfikowania problemu po „tu i teraz”. Nie mogą jednak napisać, że program reagowania jest ostatecznym rezultatem działań, jakie

podejmowali rodzice na rzecz pokonywania problemów ze szkodliwym pićciem ich dziecka. Stanowi pewien wzór działania, ale jednocześnie nie jest konstruktem zamkniętym. Dopuszczalne, a nawet planowane są jego modyfikacje zwłaszcza w sytuacji znaczących porażek w rozwiązywaniu problemów związanych ze szkodliwym pićciem syna/córki. Program reagowania jest specyficzną strategią działania wobec problemu picia. Zbudowany jest na gruncie określonych warunków i polega na zarządzaniu posiadanymi zasobami (materialnymi, związanymi z więziami ludzkimi, rodzinnymi, instytucjonalnymi).

Program reagowania jest czymś, co zostało wypracowane i okupione doświadczeniami metody „prób i błędów”. Jego względna stabilizacja poprzedzona jest ustrukturalizowanymi działaniami w obrębie pewnych warunków. W program reagowania wpisuje się bowiem zarządzanie różnymi definicjami problemu i sytuacji życiowej, w jakiej się znajduje rodzic, oraz szacowania zasobów i wykorzystywania ich w swoich działaniach. Działania podejmowane w obrębie programu reagowania są więc rezultatem rodzaju znaczeń, jakie rodzice nadają problemom oraz sposobu ich przeobrażeń (np. pod wpływem terapii, rozwoju uzależnienia, pozyskiwanych i traconych zasobów, sojuszy itp.). Dodatkowo, jako że program reagowania jest procesem, to oznacza, że ma swój początek, warunki rozwoju i rezultaty. Aby rozpocząć działania, należy zidentyfikować problem. Równolegle do działań opartych na intuicji zdobywana jest wiedza o problemie. Rodzic nabywa ją poprzez weryfikację rezultatów, odpowiednio poszerza i pogłębia. W program reagowania wpisać należy także nabywanie kompetencji weryfikacji różnych źródeł wiedzy oraz dostępu do niej. Zawiera się w nim także formułowanie celów, ich modyfikacja, podział na zadania do wykonania oraz metody osiągnięcia. W końcu to szacowanie uzyskanych rezultatów i modyfikowanie działań. Program reagowania to specyficzna profesjonalizacja w zakresie zarządzania posiadanymi zasobami, kompetencje w ich identyfikowaniu, szacowaniu własnych sił i możliwości. Tak opisany program reagowania nasuwa skojarzenie organizacji działań, które są skuteczne i prowadzą do zwycięskiego celu. Nic podobnego. Program reagowania to nie „poradzenie sobie”, ale „radzenie sobie”.

Właśnie to, co stanowi istotę programu reagowania, to specyficzne „**radzenie sobie**”. Kiedy Trębińska-Szumigraj⁸⁸ analizuje przebieg współzależnienia matek osób narkotyzujących się, zakłada, że „radzenie sobie” jest rodzajem strategii przyjmowanej w obliczu zmagania się z trudną sytuacją. Pisze o tym następująco:

Jest zespołem podejmowanych (lub zaniechanych), różnych, wielokierunkowych działań, prowadzących do osiągnięcia indywidualnego celu. Może być procesem, który zachodzi na wielu płaszczyznach równocześnie (emocjonalnej, intelektualnej, cielesnej) i bywa podejmowane planowo – refleksyjnie lub działaniem instynktownym – intuicyjnym. Może być także utożsamiany z wynikiem rozmaitych działań, traktowanym jak efekt poprzedniego procesu⁸⁹.

Program reagowania to rezultat pewnej drogi, jaką przechodzi rodzic, oraz przemian, jakich doznaje w jej przebiegu. Na jej początku dominują działania oparte na intuicyjnie tworzonych definicjach „tego, co się dzieje”. W miarę rozwoju

⁸⁸ E. Trębińska-Szumigraj, *Współzależnienie matek...*: 9–12.

⁸⁹ Tamże: 11.

rodzic się „profesjonalizuje”, to znaczy staje się świadomym ekspertem rozwiązywania problemów swojego dziecka (i własnych w związku z problemami swojego dziecka). Jego działania przestają być rozproszone, chaotyczne. Oszacował siły, zidentyfikował i zgromadził posiadane zasoby. Nie jest to jednak równoznaczne z „opanowaniem” problemu i poradzeniem sobie. Poszukiwanie rozwiązań nie oznacza, że rodzic jest w trakcie budowania programu reagowania. Każdy rodzic posiada już swój własny program reagowania – w zależności od warunków, różnych zasobów i sposobu definiowania tego, co ma i czego nie ma. Nawet niekonsekwentne, tj. pozbawione pewnego klucza, działania rodzica mogą być też elementem posiadanego programu reagowania.

Oczywiście odruchowo niemal nasuwa się seria pytań o „dobre” i „słabsze” programy reagowania, o ich skuteczność z perspektywy ich rodzicielskich biografii, a także ze względu na rozwój (ewentualnie zahamowanie) rozwoju uzależnienia dziecka i szkód, jakie ono wywołało. Nawet najmniejsze próby odpowiedzi na takie pytania przeczyłyby idei badań własnych. Chodzi w nich bowiem o wyłonienie rodzicielskich strategii działań, a nie ich wartościowanie i ocenę. Zresztą trudno byłoby przyjąć jakiś klucz tej oceny.

Analiza materiału empirycznego pozwoliła mi wyróżnić trzy dominujące wzory takich programów, na podstawie: instytucji (rozdział 2.3), zasobów rodzinnych (rozdział 2.4) oraz „własnymi siłami” (rozdział 2.5). W nazwach tych programów zawiera się sugestia dominującego zasobu, na którym się on opiera. Ostatni nasuwa skojarzenie „bycia w trakcie” formowania się, ponieważ działania wydają się przebiegać w osamotnieniu i bez oparcia się na konkretnych zasobach. Jest to jednak względnie stała struktura działania. Siłą tego programu opiera się na taktach interwencji kryzysowej i pewnych rodzicielskich kompetencjach „gaszenia pożarów”. Kiedy we wcześniejszych fragmentach książki (rozdział 2.1) sygnalizowałam problem badaczek polegający na tym, że niektórzy rodzice wyrażali zgodę na wywiad powodowani nadzieją, że pozyskają dzięki temu jakieś wsparcie, porady i wskazówki „co dalej?”, to właśnie dotyczyło to matek, których działania przyjmują postać strategii nazwanej przeze mnie *Siłami natury* (rozdział 2.5).

Oczywiście zaproponowanych strategii nie należy traktować jako odrębnych i nieprzenikających się sposobów działań. Są to jedynie takie działania rodziców, które układają się w pewien dość regularny wzór. Należy także mieć na uwadze, że w pewnych przypadkach jedna strategia może być elementem innej lub etapem poprzedzającym podjęcie działań charakterystycznych dla innej strategii. Przykładowo pogłębienie się destrukcyjnego picia oraz przeobrażenia w obrębie struktury rodziny, która stanowiła o zasobach programu, który nazwałam *Siłami rodziny*, może powodować konieczność redefiniowania problemu oraz przeszacowania sił i posiadanych warunków, a w rezultacie zmianę strategii na *Siłami instytucji*.

Pragnę także jeszcze raz podkreślić to, co podnosiłam już kilka razy. Wyłoniłone przeze mnie pewne wzory rodzicielskich działań nie są pełne i nie wyczerpują problematyki w tym zakresie. Ze względu na omawiane problemy natury metodologicznej, zwłaszcza związane ze szczególnie trudnym terenem badań, jakim okazało się być rodzicielstwo osób pijących szkodliwe, niektóre dostrzeżone wątki nie zostały dostatecznie pogłębione i rozwinięte. Dlatego zaproponowane przeze

mnie wyniki badań traktuję jako naszkicowanie pewnych możliwych kierunków poszukiwań.

W tym miejscu muszę podzielić się jeszcze jedną uwagą dotyczącą sposobu wyłaniania poszczególnych programów reagowania. Kiedy definiowałam poszczególne strategie rodziców, miałam na uwadze ustalenia Klingemann, które prezentowała podczas opisu swoich badań z udziałem osób, które zakwalifikowała do przypadków „samowyleczenia się alkoholizmu”. Oto fragment jej uzasadnienia, do którego się odniosę za chwilę:

Problemem metodologicznym są też badawcze definicje samowyleczenia. Dyskusja dotyczy liczby sesji terapeutycznych, które mają wpływ terapeutyczny (1–2 spotkania w grupie samopomocowej lub pierwsza, wstępna sesja w poradni alkoholowej) oraz takich form pomocy jak: krótkie interwencje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, interwencje osób duchownych, czy kampanie społeczne (np. na rzecz rzucenia palenia). Postawienie granicy między leczeniem a samowyleczeniem (*how little treatment is treatment*) jest kwestią arbitralnej decyzji badacza [...] na przykład, że przynależność do ruchu AA nie powinna być traktowane jako leczenie (1) grupy te stanowią naturalne zasoby społeczności lokalnej; (2) uczestnictwo w nich jest bardziej sposobem na życie niż leczeniem; (3) tego typu pomoc nie wymaga żadnych licencji ani nie wykorzystuje funduszy publicznych⁹⁰.

Dalej Klingemann przywołuje poglądy i doświadczenia różnych naukowców, którzy proponują skoncentrowanie uwagi badawczej na poszukiwaniu mechanizmów zmiany zachowania nałogowego w szerszym kontekście niż lecznictwo. Lokuje swój przedmiot badań w sąsiedztwie tego stanowiska i akcentuje odejście od dychotomii „leczony–samowyleczony” na rzecz poszukiwania różnych dróg wyzdrowienia oraz ujawniania nie tylko różnic, ale też i podobieństw między grupami badanych. Przykładowo odnosi się do niektórych badań, w myśl których walka z uzależnieniem własnymi siłami i przy pomocy lecznictwa odbywa się przy udziale podobnych mechanizmów i warunków stanowiących „siły napędowe” zdrowienia.

Kiedy więc opisuję określony program reagowania inny niż „siłami instytucji”, nie oznacza to, że w bieg jego działań nie byli zaangażowani przedstawiciele instytucji, a także że wszystkie interwencje przebiegały bez udziału agend publicznych. Oznacza to jednak, że główna oś działania nie idzie tradycyjną drogą wyznaczaną systemowymi sposobami rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach lecznictwa odwykowego czy zinstytucjonalizowanego ruchu abstynenckiego.

W obrębie każdego programu reagowania na różnym jego etapie konstytuowania się dają się zauważyć pewne powtarzalne, charakterystyczne działania, które można określić **intuicyjnymi technikami wywierania dobrego wpływu**. Mimo że używam w nazwie słowa „intuicyjne”, nie znaczy to, że są to działania podejmowane bez głębszej refleksji czy spontaniczne. Wręcz przeciwnie, są one przemyślane, przyjmują status „mniej skutecznych”, „bardziej skutecznych”, „już nieskutecznych” itp. Są specyficznym produktem wielu poszukiwań i praktyk: przemyśleń, dyskusji z osobami, którym rodzice nadają znaczenie sojuszników (np. policja, terapeutą, „współuzależnionymi” żonami), wiedzy poradnikowej, psychologicznej itp. Bywa, że terapeuci określają te techniki mianem „trików”, podczas gdy sami rodzice mówią raczej o „pomysłach”.

⁹⁰ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*: 196.

PTUP: Albo co można by zrobić, żeby jeszcze bardziej mu pomóc, tak, co ona może takiego zrobić. Tak trochę poszukują takich magicznych trików...

B: Rozumiem.

PTUP: ... żeby może terapeuta coś takiego podpowiedział, no.

A może by pani mi coś podpowiedziała? Jakiś pomysł jeszcze co zrobić, co zrobić, ażeby poszedł się leczyć. [RMS]

Wtedy wpadłam na taki pomysł, że schowałam mu te kluczyki i zaczęłam robić tak, aby myślał, że sam je zgubił. [RMS]

Ważnym elementem każdego programu reagowania jest wchodzenie w koalicje i poszukiwanie sojuszy. Poszczególne koalicje traktuję jako zasoby określonych strategii reagowania, dlatego będę jeszcze do nich wracać w kolejnych podrozdziałach.

W jakie koalicje wchodzi rodzice? Przede wszystkim są to **koalicje doradcze**. Doradczynią jest terapeutka, która mówi „krok po kroku”, jak działać, by wyrzucić presję na dziecko, aby zaczęło się leczyć. Doradcą jest też dzielnicy, który uświadamia możliwości rozwiązań na drodze prawnej. Są oczywiście doradcy nieformalni. Szczególną rolę odgrywają tu ci, którzy „radzą” prywatnie, natomiast pełnią zawodowe funkcje profesjonalistów (w materiale empirycznym wyłoniłam: lekarza, prawników, nauczycieli, psychologa, pielęgniarkę). Równie duże znaczenie mają doradcy, którzy kiedyś byli „alkoholikami”. Są oni często wyszukiwani przez rodziców w myśl reguły „znajomy mojego znajomego”. Dość chętnie angażują się w pomoc rodzicom i pełnią funkcję nie tylko doradczą, ale także podtrzymującą ich działania. Nadają sens działaniom rodziców swoim świadectwem. Doradczyniami są również przyjaciółki czy bliskie sąsiadki (u matek) i koledzy (u ojców). Dodam, że doradcom rodzice nadawali dwojakie znaczenie: byli oni poszukiwanymi i pomocnymi. Ci drudzy odgrywali istotną rolę w realizacji technik interwencji kryzysowej.

Dość wyraźnie wyłonił się sojuszem w materiale było wchodzenie w koalicję z Bogiem. Pomijając szukanie ukojenia w modlitwie oraz wierze na polepszenie sytuacji i uzdrowienie dziecka, to Bóg i opieka boska stanowiła symboliczny surogat w przypadku, gdy rodzic nie miał dostępu do swojego dziecka, nie miał nad nim kontroli. „Powierzenie dziecka opiece boskiej” było czasem jedynym realnym działaniem, jakie rodzic mógł podjąć. Rolę opieki boskiej i oddania swojego dziecka Bogu widać szczególnie w dramatycznych rekonstrukcjach realizowania planu terapeutycznego „osiągania dna” osoby uzależnionej. Podam przykład:

[...] powierzyłam tę sprawę Panu Bogu, myślę, że mi wiara też pomogła dużo... w tym. [pauza] Modliłam się cały czas o niego, żeby tam gdzieś tam Pan Bóg był przy nim i czuwał nad nim, i żeby [pauza] on wrócił i chciał się leczyć. [RMS]

Pewnym podziałem koalicji jest zadanie, jakie potencjalni sojusznicy mają pełnić. Są sojusze, które nastawione są na rozwiązywanie konkretnych problemów z dzieckiem, ale także i takie, które są zorientowane na wsparcie psychiczne rodzica, **odciążenie emocjonalne** poprzez potwierdzenie słuszności działań. Rodzice szukają i znajdują sojuszników na rzecz przezwyciężenia swoich trudności

związanych z osamotnieniem, dylematami moralnymi itp. W tej grupie koalicjantów znajdują się także ci, którzy zostali wyznaczeni przez rodziców do pełnienia **ról powierników tajemnic, zwłaszcza w sytuacji, gdy problemy alkoholowe dziecka są skrywaną tajemnicą rodzinną lub sekretem poliszynelem**. Bywa, że kurtyna, za którą skrywane są dramaty rodzinne, uchylana jest przed osobami, które w żaden sposób nie są związane z rodziną czy profesjonalistami (włączając w to duchownych). Z jakiegoś względu ich cechy zostały oznaczone przez rodziców jako użyteczne w sposobie radzenia sobie z trudnymi emocjami. Pełnią ważną funkcję przez to, że czasem są jedynymi osobami, przed którymi rodzic jest w stanie przyznać się i mówić wprost o swoim nieszczęściu.

[...] wie Pani..., bo tu na przykład naprzeciwko jest zakład pogrzebowy. Prowadzi bardzo fajny starszy pan, który się wyprowadził, już teraz jego syn, to on zawsze tak mówił do mnie, pani Barbaro, ja panią podziwiam, ja już dawno bym ich wyrzucił z tej posesji, [pauza] ja bym tego nie tolerował. A ja mu wtedy odpowiadałam, wie Pan, ja robię to wszystko ze względu na moją córkę. [RMC]

Jedne sojusze są trwałe, inne przejściowe, nastawione jedynie na realizację konkretnych zadań. Przykładem tych drugich jest np. nawiązanie sojuszu z pracodawcą, by nie wypłacał zaliczek synowi, lub angażowanie sąsiadów do przechowywania u nich cennych rzeczy, aby dziecko nie wyniosło z domu. Trwałymi sojuszami są te, które ze swojej istoty są „celowe” (np. grupa terapeutyczna, grupa wsparcia) lub oparte na zobowiązaniach emocjonalnych (przyjaciele, członkowie rodziny).

Oczywiście rodzice tworzą koalicje również ze współmałżonkami swoich dzieci oraz z wnuczkami, zwłaszcza jeśli program reagowania oparty jest na siłach tkwiących w rodzinie.

2.3. Siłami instytucji

Zdejmowanie kurtyny

W niniejszym rozdziale opiszę sytuację rodziców, którzy wszelkie działania podejmowane na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych dziecka dokonywali z udziałem instytucji oraz według instrukcji specjalistów. Oparcie programu reagowania na instytucji rozpoczyna zgłoszeniem się do instytucji z zapytaniem „co się dzieje i co mam robić?” lub wejściem w koalicję ze specjalistą, który zidentyfikował problem w rodzinie.

Dwie grupy rodziców zgłaszają się o pomoc do instytucji lub otwarcie przyznają w kontakcie z przedstawicielami różnych służb społecznych, które interweniuje w życie rodziny, że mają problem i decydują się o wsparcie swoich działań specjalistyczną ekspertyzą i metodyką postępowania. Po pierwsze, z materiału

wyłania się wyraźna grupa rodziców z doświadczeniem ingerencji w ich życie rodzinne wielu różnych agend. Interwencje te są już oswojone, obecność instytucji i korzystanie z jej pomocy wpisane bywa bowiem bywa w cały bieg życia danej rodziny. Jedne problemy są rozwiązywane, ale pojawiają się inne. W odniesieniu do uzależnienia alkoholowego oznacza to przykładowo, że najpierw był problem z pijącym ojcem, potem mężem, czasem sobą, a na koniec z dzieckiem, a nawet wnuczką. Tendencję taką dostrzegłam w wywiadach biograficznych rodziców, a także widzą ją wyraźnie specjaliści, określając to zjawisko np. mianem „łańcuszka rodzinnego” [PSF] czy „pokoleniowego łańcuszka” [PTUP]. W każdym razie instytucja dla wielu rodziców jest znanym sojusznikiem. Co więcej bywa, że takimi też są pracownicy, o czym świadczy chociażby sposób mówienia o niektórych pracownikach socjalnych, terapeutach czy reprezentantach organizacji pozarządowych: „pani Ania”, „pani Beatka”. To wszystko sprzyja pewnej łatwości zwracania się do instytucji z problemem:

RMS: [...] załatwiałam mu tak jakby... terapię, bo miałam kontakt, też przez tak jakby... [pauza] Już wcześniej znałam tych ludzi, też z [nazwa fundacji], z takiej fundacji [nazwa], [pauza] u nas, bo to żeśmy wcześniej tam chodzili po jakąś tam pomoc, też jakąś żywność...

B: Tak, tak, tak.

RMS: ... coś takiego, no i tam znałam tą panią kierowniczkę, [pauza] tej fundacji, no i tak jak powiedziałam, że mam taki problem z Patrykiem i tak jakby dzięki niej, [pauza] dzięki też ludziom od nas z kościoła, rozmową, tak jakby wysłałam tego Patryka mojego na terapię [pauza] do chrześcijańskiego ośrodka [...].

Dostrzeżonej przeze mnie tendencji nie analizuję z perspektywy uzależnienia się od korzystania z pomocy instytucji, ale pewnego rodzaju zaufania i traktowania agend publicznych jako uprawionych i wyspecjalizowanych przestrzeni pomocowych, dysponujących ekspertyzami i metodykami postępowania na rzecz pomocy w rozwiązywaniu problemów rodzinnych. Jest to też specyficzna, wypracowana uprzednimi doświadczeniami biograficznymi (własnymi i całej rodziny) kompetencja oddawania spraw rodzinnych w ręce instytucji i angażowania instytucji w sprawy rodzinne. Przykładem jest specyficzne chronienie swojego macierzyństwa w autorytecie instytucji (do wątku tego wrócę jeszcze za chwilę):

[...] w sądzie czekaliśmy ponad godzinę na rozwód. Sędzina się mnie zapytała czy ja się zastanowiłam mając troje dzieci. Mówię „tak wysoki sądzie tylko bym chciała kuratora dla dzieci, bo to są chłopcy”. [RMS]

On... psychiatrycznie go leczyłam. No niestety, bo z nim nie dawałyśmy radę. On robił to co on uważał. No niestety od młodego miał swoje „ale”. „Oj co tam mama mówisz do mnie”. [RMS]

Kiedy analizowałam wywiady z niektórymi rodzicami, zwłaszcza matkami, czasem miałam wrażenie przemieszczania się pomiędzy poszczególnymi instytucjami wraz z rekonstruowanymi problemami, które rozwiązują.

RMS: No wtedy, [pauza], [...] wszyscy mieli problemy, może... po prostu... na tym się skupię, znaczy... wyszło... wtedy, w tamtym, w tamtym czasie właśnie, co maluchy chodziły do przedszkola, a starsi do szkoły, no to właśnie z wszystkimi zaczęłam po lekarzach jeździć...

B: Tak.

RMS: ... i okazało się, że wszystko mają problemy [wdech] emocjonalne, padaczkę, jakieś tam, chyba Jacek miał podejrzenie autyzmu, [...] bo im wszystkim EEG po kolei robiłam i do neurologa pojechałam na badania, do psychiatry [...] jakieś tam wiadomo yy, też terapie... tak że jeździłam z nimi po tych lekarzach przez ileś lat [z naciskiem], [pauza] wszyscy mieli orzeczenie [uśmiech] [...] był taki moment, że wszyscy mieli orzeczenie o niepełnosprawności.

Drugą grupę stanowią rodzice, którzy byli debiutantami w korzystaniu z pomocy instancjonalnej. Zwykle zgłaszają się do instytucji lub otwarcie mówią o problemie dopiero wtedy, gdy ich dziecko dostaje formalną diagnozę choroby i staje się regularnym pacjentem oddziałów, które ratują życie lub przerywają szczególnie niebezpieczne stany permanentnego picia.

Do kontaktu alkoholika ze służbą zdrowia (i korzystania ze świadczeń różnych placówek) dochodzi zazwyczaj w następujących sytuacjach: a) pogorszenie aktualnego stanu somatycznego: ostre zatrucie, powikłania somatyczne związane z nałogiem, obrażenia doznane w stanie nietrzeźwości, b) wystąpienia powikłań w stanie psychicznym: ostre zaburzenia psychiatryczne (np. majaczenie drżenne, ostra halucynozja), przewlekłe psychozy (zespoły urojeniowe, przewlekła halucynozja itp.), c) leczenia nałogu (leczenia odwykowego) obejmującego: okres detoksykacji, właściwą terapię⁹¹.

Bywa więc, że działania przy udziale wsparcia instytucji podejmowane są w stanie bardzo zaawansowanej choroby i niekoniecznie na rzecz pokonywania nałogu, tylko ograniczania szkód, np.

Ja pamiętam taką matkę, która wystąpiła z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie syna i przymusowe leczenie i... nie dożył decyzji sądu, bo się zapił, no. [LTU]

Jestem pracownikiem socjalnym [...] Wiele osób pije, pije i to jest takie normlane w rodziny, na ulicy, w dzielnicy. I nikt z tym nic nie robi. I nagle się ktoś zrywa... a bo padaczka, psychoza i wtedy jest dopiero staranie rodziny i najlepiej, aby pracownik socjalny załatwił przymusowy odwyk [...] a po co? Po to, żeby podleczyć, podratować zdrowie i żeby wyszedł i wrócił do picia. Jest to tak już wrosnięte w człowieka i ulicę, że niekomu nie przyjdzie do głowy, że ten ktoś mógłby nie pić. Pił całe życie. Nałóg i codzienny alkohol jest u niego czymś oczywistym. [NK]

Zresztą problem ten sygnalizują specjaliści, którzy ubolewają, że rodzice czynią z nich swoich sojuszników właściwie wtedy, gdy problem jest już tak złożony, że szkody bywają nieodwracalne.

Dla rodziców, dla których korzystanie z pomocy instytucji lub jej ingerencja jest pewnym elementem tradycji międzypokoleniowej oraz doświadczeniem oswojonym, upublicznienie problemu poprzez zgłoszenie go lub przyznanie się do niego nie stanowi szczególnego przełomu. Natomiast dla rodziców-debiutantów, którzy decydują się na oparcie swojego programu reagowania na „alkoholizm” dziecka w pomocy instytucji, samo zgłoszenie się stanowi wyraźne doświadczenie. Jest specyficznym punktem zwrotnym, ponieważ postanowili znacząco uchylić kurtyny na swoje skrywane tajemnice rodzinne lub całkowicie ją zdjąć. Przekroczenie tego punktu oznacza zmianę tożsamości z bycia rodzicem na bycie matka/ojcem alkoholika. W odniesieniu do nich metafora „zdejmwania kurtyny” użyteczna jest tu trójnasób: po pierwsze do opisu decyzji o upublicznieniu swojego problemu

⁹¹ M. Staniaszek, Aktualny model lecznictwa...: 69.

ze szkodliwym piciem szkodliwego dziecka, po drugie do zmiany sposobu definiowania „tego, co się dzieje” oraz do ostatecznego pożegnania się z obrazem „udanego” dziecka. Zgłoszenie się do instytucji to **upublicznienie stygmatu**. Co więcej, to uznanie, że jest stygmat zasadny, ponieważ dochodzi do specyficznego potwierdzenia odczuwanego piętna (*felt stigma*)⁹², dostarczenia (sobie) dowodu porażki w skrywaniu go i radzenia sobie z nim.

Przystąpienie do korzystania pomocy z instytucji traktowane jest jako krok desperacki w sytuacji, gdy już wszystko inne zawiodło, „ostatnia deska ratunku”. Jest to także uznanie, że kryzys rodzinny przyjął postać ekstremalną i trzeba szukać pomocy specjalistycznej.

[...] kontakt z tymi rodzinami, ludźmi z problemem alkoholowym bardzo często gdzieś następuje, kiedy w rodzinie coś pęka. Dochodzi do jakiegoś tam miejsca, pułapu, granicy, gdzie często gdzieś rodzina maskuje też pewne rzeczy, które się dzieją wewnątrz tej rodziny. [PF]

[...] oni się budzą w takim punkcie krytycznym jakimś, nie, yyy natomiast dużo rzeczy się działo przed, czyli takiego nawet zwykłego przyzwalania a nawet uczenia, bym powiedziała, nie, takiego picia. [PTUP]

Bywa, że to bezpośrednim powodem zgłoszenia się do instytucji z prośbą o pomoc nie jest nałogowe picie, tylko szkody nim powodowane:

[...] to jeżeli na przykład występują sytuacje, yyy jakies... i inne problemy związane z problemem alkoholowym, czyli na przykład przemoc. No to wtedy może taka osoba zgłosić niebieską kartę czy podając tutaj działania związane całą z tą yyy procedurą, prawda, stosowania przemocy, gdzie też przy okazji przy... przy badaniu rodziny, yyy jakimś nadzorowaniem przez specjalistów, no ten problem jest też bardzo często ujawniony i w jakichś tam zaleceń, wytycznych dla poprawy funkcjonowania rodziny zaleca się, żeby też osoba na przykład podjęła terapię. [KF]

Problematyczne nie jest tu samo zgłoszenie się do specjalisty ze swoją niemocą (np. do lekarza psychiatrii), ale jej powód. Rodzic zgłasza się do instytucji zwykle o pomoc dla dziecka („co można zrobić z moim dzieckiem, by mu pomóc?”, „co ja mogę jeszcze zrobić?”), bywa jednak, że cierpienie z powodu chronicznego stresu i natężenia problemów kieruje jego kroki do specjalisty z prośbą o pomoc dla siebie. W tym przypadku „rzeczywisty” powód dolegliwości bywa skrywany.

[...] picie jest chroniczną chorobą, w związku z tym jest też chroniczne [z naciskiem] narażenie rodzica na przewlekły stres, ponieważ rodzice kochają dzieci, tak? Jest to skutek narażenia na przewlekły stres. Wiele innych sytuacji naraża na przewlekły stres, tak jak już wspomniałem, niepełnosprawność intelektualna, autyzm, [...] niektóre osoby nie mogą się pogodzić z orientacją dziecka, to też jest przewlekły stres, tak? [...] nie mogą się pogodzić z utratą pracy, z utratą majątku. To jest jedna z częstszych przyczyn zgłaszania się w ogóle do lekarza psychiatrii ambulatoryjnie. [...] ono [spotkanie lekarza z rodzicem – przyp. aut.] się nie różni niczym od spotkania z każdym innym pacjentem, może z tą różnicą, że czasami problem uzależnionego dziecka trzeba wyciągać, z tego powodu, że bardzo często rodzice się wstydzą. Ale tak to ja nie widzę różnicy pomiędzy zespołem adaptacyjnym, występującym u rodziców osób pijących, od innych przyczyn zespołu adaptacyjnego. [LTU]

⁹² A. Jacoby, J. K. Austin, Social stigma for adults and children with epilepsy, *Epilepsia*, 48, 2007: 6–9.

W tym miejscu zaznaczę, że rzadko w wywiadach ze specjalistami widać zrozumienie dla tego wstydu i lęku przed ostatecznym upublicznieniem problemów rodzinnych. „[...] zwłaszcza na początku, bo one się też obwiniają, tak, że nie, nie, gdzieś tam społecznie mogą być naznaczone jako złe matki, prawda. Że jednak ona popełniła jakiś błąd” [PTU]. Oczywiście wszyscy wiążą opór związany ze zgłoszeniem się do instytucji ze wstydem, jednak głównie definiują ten problem przez pryzmat „niskiej świadomości rodziców” [PSF] czy chęci chronienia swojego dziecka przed interwencją instytucji i minimalizowania jego problemów. Jeśli uznają, że zasadniczym problemem są wstyd i niska świadomość rodziców, rozpoczyna się praca nad otwartością poprzez zmianę definicji – z „problemu rodzinnego”, „sprawy prywatnej rodziny”, „dewiacji” na „uzależnienie”, „chorobę”, „stan zagrażający życiu”. Jest to specyficzna praca nad tożsamością rodzica – jego przyznaniem się do tego, że dziecko nie jest tym, które sprawia problemy swoim zachowaniem, ale jest chore. „[Terapeutka powiedziała – przyp. aut.], że to jest choroba jak każda inna” [RMS].

Bywa, że rodzice przyjmują ten sposób definiowania, ponieważ pozwala on im uporać się z wyrzutami sumienia czy poczuciem porażki rodzicielskiej. Bywa jednak, że taka definicja nie pomaga rodzicom na pokonanie wstydu i pozbycie się piętna. „Nowe” piętno nie staje się lżejsze od „starego” i dlatego rezygnują z budowania programu reagowania, opierając się na instytucji. Nie godzą się także na dodatkową etykietę (np. kobiety współuzależnionej).

Tłumaczyła mi [...] ja to wszystko wiem. Wiem. No i co z tego? Nie jest mi z tym lżej. [RMS]

No i to są, z tego co wiem, takie bardziej [westchnienie] stałe osoby, które przychodzą, tak że nie, właśnie nie, nie przyszły tylko na te dwa spotkania, tylko yyy [pauza], no przychodzą dłuższy czas. [PTU]

Z czym zwracają się do instytucji rodzice i co od niej dostają?

Instytucję traktują jako miejsce, w którym dowiedzą się, co się dzieje z ich dzieckiem, którego nałogowe picie przyjmuje postać bardzo szkodliwą. Przycho-
dzą więc po **wiedzę**, która pomoże im zrozumieć problemy dziecka oraz podjąć skuteczną pomoc. Zrozumienie istoty problemu oraz przyczyn swojej nieskuteczności rodzicielskiej. Z wywiadów z przedstawicielami instytucji specjalizujących się z rozwiązywaniu problemów alkoholowych wydobywa się postać takie rodzi-
ca, który posiada zadziwiająco niewielką świadomość problemu. Sposoby definiowania „tego, co się dzieje”, są zadziwiające. Jest to więc dziecko, które pije „złośliwie” i „na przekór”, pije „przesadnie”, pije „tylko piwo”, nie umie opanować picia, gdy czas iść do pracy, pije „gorzej niż ojciec” czy dziecko, które popija, gdy ma depresję. Dotychczasowe działania zaradcze nie przyniosły skutku, dlatego instytucja traktowana jest jako **miejsce (często kolejnej) szansy na zdobycie wiedzy o technikach zahamowania problemu alkoholowego** („tak trochę poszukują takich magicznych trików” [PTUP]), **ratowania życia dziecka**, które nie chce się leczyć („choroba jest już bardzo zaawansowana” [PTUP]) lub **oddania problemu „do naprawy”** („żeby go trochę podleczyć, żeby przestał pić tak szkodliwie” [RMS]).

Szczególnie skutecznym działaniem w małych środowiskach jest zgłaszanie się z **prośbą o reakcję i interwencję** wobec ich dziecka i zdyscyplinowanie go

lub zmuszenie do zmiany zachowania do lokalnych komisji. „Zdjęcie kurtyny” jest tu efektywnym działaniem samym w sobie. W małych miejscowościach problemy rodzinne są powszechnie znane, więc nie ma tu mowy o wydobyciu jakiejś tajemnicy na światło dzienne. Rzecz w **nazwaniu problemu**, a zgłoszenie oznacza przyzwolenie dla interwencji instytucji publicznych.

Dosyć pręźnie w małych aglomeracjach i naszej, działają Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i czasami samo to zgłoszenie na [zawahanie], to w innej Komisji i wezwanie, gdzie wiadomo, że tam w gminnej komisji siedzi proboszcz, policjant, ktoś ze szkoły, z Gminy, to jakby samo stanięcie przed taką y komisją też jakby w tak małym środowisku, gdzie się wszyscy znają, powoduje, że osoba podejmuje próbę leczenia. [...] A kiedy się już wyda, jakby zostanie to nazwane, no to już [zastanowienie] jakby jest takie społeczne, tak, tak, naznaczenie, i zazwyczaj zaczynają coś z tym robić. [PGKRPA]

Statystycznym rodzicem osoby problemowo pijącej alkohol zwracającym się o pomoc do instytucji lecznictwa odwykowego lub poradni zdrowia psychicznego jest matka. Są to kobiety, które są osamotnione w swoim macierzyństwie i mają bardzo niewielkie zasoby wsparcia społecznego (lub problemy z ich zidentyfikowaniem). Często ojciec jest nieobecny, ponieważ nie interesuje go angażowanie instytucji w życie rodziny lub deleguje żonę po rozwiązanie problemów: „[...] siedzi w domu, nie interesuje go to [...] obwinia żonę, że skoro ona była złą matką, to teraz niech szuka pomocy” [PTUP]. Bywa, że jest nieobecny, ponieważ sam ma problem alkoholowy: „Wcześniej przychodziła z powodu alkoholizmu swojego męża [...] teraz ma taki sam problem z synem” [PTUP].

Nie tylko definiowanie problemów nadużywania alkoholu różni się od tego, jakie znajdują w instytucji terapii i lecznictwa odwykowego. W instytucji dowiadują się, że ich intuicyjne działania były tymi, które naznaczone zostały „wadliwą adaptacją”, „podtrzymywaniem problemu” oraz współzależnieniem. „Długo nie mógł zrozumieć [...] »no, jak to?« Kupiłem mu jedno piwo. Tyle niech sobie pije. Przecież nie będę z tego robił afery” [PTUP].

Specyficzne podejścia, jakie są udziałem rodziców, którzy zwrócili się o pomoc do instytucji, określiłabym następująco:

Podejście 1: Coś się kończy, a coś się zaczyna

Co się kończy? Kończy się bycie rodzicem dziecka, którego zachowanie stwarza problemy, które dezorganizuje życie swoje i najbliższych. Kończy się traktowanie jego picia jako zjawiska dewiacji, konsekwencji bycia „czarną owcą w rodzinie” lub kontynuacji rodzinnej tradycji. Rozpoczyna się bycie rodzicem dziecka, które jest chore, które ma diagnozę uzależnienia.

Praca nad zachowaniami alkoholowymi dziecka podjęta przy udziale instytucji lecznictwa odwykowego i poradni zdrowia psychicznego powoduje, że problem dziecka zostaje umedychniony. Zachowanie syna czy córki przestaje być rezultatem słabej woli, złośliwości czy przekory. Staje się chorobą, którą należy leczyć.

Kończy się zaufanie do posiadanych kompetencji rodzicielskich i wiara w sprawczą moc intuicji matczynej. Zaczyna się praca nad zdobywaniem nowych technik oddziaływania. Działania rodzicielskie zostają włączone w program medycznej i psychologicznej „naprawy” dziecka.

Kończy się rodzinne tabu i osamotnienie matki. Zaczyna się „współpraca”. Rodzic staje się sojusznikiem instytucji. Zdjęcie kurtyny to również przyznanie się do straty „udanego dziecka i „udanej rodziny”.

PTUP: Więc myślę, że takie pożegnanie z tym obrazem dziecka, [pauza] jakim chcieliby go widzieć, jest chyba najtrudniejsze. Więc samo przechodzenie tego żalu po stracie też troszkę trwa w ramach terapii.

B: Pracujesz z tym żalem, tak? Czy, że to jest po prostu taki też etap, przez który później przechodzą rodzice?

PTUP: Tak, yyy, ten żal po stracie, że tak powiem, tego obrazu, ale myślę, że też w ogóle żal po stracie zdrowia dziecka, prawda. Uświadomienie sobie, że ono jest chore. [...] Więc pewnie trudno jest szukać tych innych rozwiązań i troszkę, no przejść, yyy nie wiem, ten proces żaloby, prawda, po dziecku. Tak jak sobie wyobrażał rodzic na... Bo jednak rodzic siłą rzeczy zawsze ma jakieś plany, często może nie do końca uświadomione, ale jednak ma.

Podejście 2. Po potwierdzenie

Bywa, że rodzic przychodzi do poradni z **gotową ekspertyzą**, własnoręcznie sporządzoną „diagnozą”, a nawet konkretnym opisem działań i oczekiwaniem, że instytucja odegra zaplanowane przez niego role w projekcie ratowania dziecka. Rodzice szukali informacji o nałogowym piciu na własną rękę – czytając literaturę, poradniki, konsultując się z osobami z podobnym problemem. Bywa, że w specjalistycznych instytucjach szukają tylko potwierdzenia swojego pomysłu lub pomocy w uszczegółowieniu zbudowanego programu reagowania. Rodzice tacy często rozpoczynają kontakt z instytucją od sprawdzenia terapeuty/ pracownika socjalnego czy są odpowiednimi partnerami do ich działań:

[...] przychodzą też tacy eksperci, którzy wszystko już wiedzą [pauza] o uzależnieniu wyczytali [...] i szukają potwierdzenia, tak. No teraz Google jest [...]. Tak, tak i często właśnie dopytują, już konkretne bardzo pytania zadają, prawda, że ja przeczytałem to i to, w tym artykule było to i to, co pani na to. Albo na... No spotykam się z tym, że rodzice na przykład pytają, a tę książkę, to pani czytała? Bo tak, to, to jak pracować, jak pani nie czytała. [PTU]

[...] to chyba jest najtrudniejsze, [pauza] bo on przychodzi z jakimś gotowym rozwiązaniem, prawda, potrzebuje tylko zazwyczaj pomocy, jak to przeprowadzić w rzeczywistości, a jednak się okazuje, że to nie jest dobre rozwiązanie. [...] próbuje jakoś tam sprawdzać czy na tym się znam, czy... albo rzuca jakąś nazwę teorii. [PTU]

Bywa, że przychodzą z autodiagnozą i proszą o pomoc dla siebie. Nie ma to jednak związku ze zmianą swojego zachowania w relacjach z pijącym dzieckiem, ale definiują swoje problemy przez pryzmat zmęczenia lub jest to rodzaj zwrócenia uwagi terapeuty, „pomysł” na nawiązanie bliższej relacji.

[...] zobaczenie czegoś u siebie, no bywa, że ta konfrontacja, no jest, jest niewiele to, niewiele osób to zniesie, nie? [...] natomiast bardziej siebie diagnozują, nie. Czyli na przykład, a ja to jestem dobry, albo ja to jestem, to ja to, to, to, albo tam jakieś... I bardziej z takimi łatkami przychodzą, nie? Albo ja to mam problem z tymi ten, albo się tam jakoś [westchnienie] już diagnostycznie tak stricte, nie, czyli na przykład ja to mam depresję, albo ja to mam nerwicę, jakby potem przyjąć jakiś tam [zastanowienie] jeszcze kolejne [zastanowienie] hasła o nich, nie? [PTUP]

Nieco inne światło na ten problem rzuca wywiad ekspercki. Na podstawie swoich doświadczeń Staniaszek dzieli rodziców na „młodszych” i „starszych”. Podział taki ma sens między innymi dlatego, że zwłaszcza ci młodszy posługują się sprawnie Internetem i zdobywają wiedzę na temat alkoholu i uzależnienia. Psychoedukacja w tym zakresie bywa zbędna. Przychodzą bowiem z konkretną wiedzą i lokują się na pozycji nie tyle ekspertów, ile partnerów. Staniaszek pozytywnie ocenia tę tendencję. Zresztą podobne zjawisko opisane jest także w piśmiennictwie naukowym. Przykładowo Orford i jego zespół⁹³ formułują wyraźne wnioski, że członkowie rodzin z problemem alkoholowym traktowani są szablonowo, to znaczy ich potrzeby są homogenizowane, a wiedza niedoceniana. Bywa więc, że osoby kierowane są do udziału w grupie wsparcia, gdzie pierwszym krokiem jest psychoedukacja, czyli założenie, że członkowie rodzin mają chaotyczną lub niepełną wiedzę (w dobie Internetu i dostępu do specjalistycznej literatury, która jest napisana przystępnym językiem i niczym nie odbiega od treści przekazywanych przez specjalistę podczas spotkań).

Bywa, że godzą się na etykietę pacjenta i traktują ją jako bycie współpacjentem (np. towarzyszenie dziecku w rozmowach z psychologiem, dążenie do wspólnego udziału w terapiach), a nie np. pacjentem z diagnozą współuzależnienia. Są w tej grupie tacy, którzy próbują wymóc na terapeutach informacje o przebiegu terapii, „podsuwać wskazówki” (np. czym można „postraszyć”) dalszej pracy, a przede wszystkim czynić z terapeutów sojuszników presji leczenia się.

Wydzwaniania do lekarza... pytanie czy syn przyszedł y co mówił [...]. [PTUP]

[...] ingeruje w leczenie, dopytuje, dzwoni, yyy manipuluje też terapeutą, yyy mówi źle o dziecku, mówi różne rzeczy, tak, yyy, jakby próbuje przekabacić terapeutę, nie? Albo właśnie yyy manipuluje za pomocą pieniędzy, czyli na przykład jest to dorosły człowiek, a ona, [zawahanie] na przykład matka, płaci za terapię, nie? I ona tutaj jakby wymaga tego, że więcej albo czegoś szczególnego w zamian. [PTUP]

Dodam, że próby ingerowania w przebieg leczenia i terapii dziecka szczególnie są widoczne w przypadku relacji matka–dziecko, które niedawno osiągnęło pełnoletniość.

[...] w tej relacji dziecko pijące dorosłe a rodzic to myślę sobie o sytuacji takiej, gdzie rodzice... Y, szczególnie jeżeli to jest yyy [cmoknięcie] pełnoletnie dziecko, ale młode chcą ingerować w znaczeniu takim, że chcą kontrolować [pauza] pilnować, czy on był, czy chodzi. Bardzo często to... Bo wiedzą, że jest ochrona danych... że takiej informacji nie uzyskują to nieraz tak podstępnie próbują, a to proszę nas umawiać razem, yyy, ja do tego terapeutę, on do tego, razem będziemy jeździć, prawda? Więc w takim znaczeniu mam yyy... wrażenie, że chcą kontrolować być tutaj yyy... [zawahanie] na bieżąco czy..., czy ta osoba jest w kontakcie, czy..., czy też nie. Zdarza się czasami, że też to ingerowanie może polegać na tym, bo takie gdzieś tam mmm mi się pojawiają przypadki [pauza] w głowie, że yyy na przykład wiedzieli o jakiejś takiej sytuacji trudnej dodatkowo, czy..., czy finansowej, czy [pauza] jakiejś takiej osobistej tej osoby yyy..., tego dziecka i na przykład mówili nam, co można jeszcze powiedzieć, prawda? No że na przykład – jeżeli nie przestanie – to będzie miał tutaj i tutaj problemy. Albo nieraz tak było, że od rodziców z wywiadu wiedzieliśmy, że były jakieś problemy zdrowotne...

⁹³ J. Orford i in., The 5-Step family intervention in primary care: I. Strengths and limitations according to family members, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(1), 2007: 29–47.

yyy jakieś takie zalecenia lekarskie, żeby nie pił. Więc yyy... Osoba nam tego nie ujawniała, wiedzieliśmy to od rodziców, więc rodzice tak próbowali, a proszę tak może postraszyć, prawda? Nie mówić, że ja mówiłem [rozbawienie] o tym, że ma takie problemy, ale postraszyć w znaczeniu takim, że może mieć to konsekwencje zdrowotne. [PTUP]

Podejście 3. Po receptę

Są też rodzice, którzy przyszli do instytucji z konkretnymi oczekiwaniami. Postrzegają terapeutów jako osoby, które znają skuteczne sposoby rozwiązywania problemów alkoholowych. Proszą o metodykę postępowania, „cudowny lek” – szybki i skuteczny. Czasem pytają o nie wprost, czasem podglądają te techniki u innych, np. gromadzą je podczas udziału w grupach wsparcia. Traktują grupy terapeutyczne i spotkania z innymi „pacjentami” jako przestrzeń gromadzenia różnych sposobów reagowania, od technik interwencji („gaszenia pożarów”) po wyrafinowane i rozbudowane sposoby wpływu na swoje dziecko.

Z wywiadów z terapeutami wyłania się głównie postać matki, która aktywnie uczestniczy w spotkaniach z żonami alkoholików. W ich trakcie nastawiona jest na gromadzenie doświadczeń, wskazówek, więc w zakresie stosowania i wymyślania różnych „trików” nie różni się w zasadzie od partnerek życiowych z diagnozą współzależnienia. „Tak trochę poszukują takich magicznych trików [...], jakieś tam chowanie alkoholu, prawda, czy gotowanie rosołu, żeby szybciej doszedł do siebie” [PTU].

Techniki stosowane przez matki są więc takie same jak te, którymi posługują się żony, z tą może różnicą, że bywają intensywniejsze. Dysponują bowiem czasem, ponieważ są na emeryturze (mogą więc poświęcić więcej czasu na śledzenie, kontrolowanie, sprawdzanie itp.). Istnieje jednak pewna odmienność obserwowana przez terapeutów. Trudno byłoby ją wyłonić z materiału pochodzącego od rodziców, ponieważ nie dałoby się porównać przypadków z żonami (nie były one respondentkami). Działania matek dorosłych alkoholików nasuwają skojarzenie czynności opiekuńczo-wychowawczych wobec dzieci w ogóle. Są to: przychodzenie z dzieckiem do lekarza, intencjonalne organizowanie czasu wolnego, szukanie zastępczych opiekunów i alternatywnego towarzystwa.

Yyy, no próbują go jakoś, na przykład organizować mu czas, żeby nie miał okazji się napić. Tak troszkę na siłę, bo, bo jeśli się nie będzie nudził, no to może nie będzie chciał się napić, yyy, próbują trochę na siłę znaleźć jakichś znajomych. Czy właśnie sprowadzać na przykład jakichś znajomych do niego, żeby trochę też się nim zaopiekowali. To, to z tym się spotykałam, to może takie bardziej specyficzne dla rodziców rzeczywiście byłoby. [PTUP]

Terapeuci dostrzegają pewną tendencję do „prowadzenia dziecka za rękę” przez matkę bez względu na wiek dziecka. Rzeczywiście także w wywiadach z rodzicami dostrzec można to zjawisko, gdy np. matka rekonstruowała sposoby zachęcania syna do podjęcia leczenia – zapisała go do lekarza, zaprowadziła, poszła z nim itp. Wyraźne dostrzeganie tego zjawiska daje się potwierdzać następujący fragment wypowiedzi terapeutki:

[...] jak dzwonią na przykład mmm rodzice do sekretariatu w celu umówienia wizyty dorosłemu dziecku, [westchnienie] to dziewczyny w sekretariacie też zaznaczają, że to jest dorosła osoba, która

może sama zadzwonić i umówić sobie wizytę. Więc już jakby od sekretariatu staramy się wyznaczać to, żeby ta osoba nie była wyręczona, tylko żeby wzięła tą odpowiedzialność za siebie, zadzwoniła, umówiła wizytę... [PTU]

W tej grupie rodziców znajdują również i takich, którzy zwracają się po pomoc do instytucji i trwają przy jej boku do pewnego momentu, tj. do chwili, gdy osiągną swój rzeczywisty cel:

Zwykle... Nawet jeżeli to było... były konsultacje, to one się kończyły w momencie bardzo często, gdy ten dorosły... gdy to dorosłe dziecko na przykład przestawało pić i pojechało na terapię. Więc tak jakby do momentu ewentualnie rozwiązywania problemu. [PTU]

[rodzice] bardziej są nastawieni na chęć pomocy dziecku niż sobie [...] przez dłuższy okres mojej pracy to [pauza] na pewno byłyby pojedyncze przypadki, y, jeżeli miałabym wskazać y [pauza] rodzica, który był w terapii. [PTU]

to, co zauważam, co jest bardzo dużym problemem, to że rodzina w ogóle nie łączy tego, że to jest system, że to jest zależne, że to ma działać w całości, tylko że ta osoba [...] jest wysyłane jako taka satelita i ty się ulecz, a z nami jest wszystko w porządku. [FITU]

Podejście 4. Powrót do terapeuty (sprzed lat)

Jak już wspomniałam – bywa, że kobiety wracają do specjalisty po latach z tym samym problemem, są jednak mądrzejsze o wiedzę na temat istoty problemu. Zmienia się też źródło problemu: nie jest to już mąż ani ojciec czy dziadek. Jest syn. Bywa, że wracają do tego samego terapeuty, który je wspierał przed laty.

Są dwa podstawowe czynniki różnicujące tę grupę zgłaszających się po pomoc do instytucji rodziców od „debiutantów”. Po pierwsze, są to osoby, które „umieją” korzystać z pomocy, znają zadania, jakie mają do wykonania (swoją rolę do odegrania), i terapeuci nie muszą się już przebijać przez skorupę „ślepej” matczynej miłości, która nie potrafi zrezygnować z chronienia dziecka mimo szkody, jaką ta miłość wyrządza. Operują wiedzą, którą posiadały w trakcie własnej terapii lub uprzednich kontaktów z instytucją.

W związku z tym, że ja też długi czas pracowałam, bo kilkanaście lat y w jednym miejscu to miałam takie przypadki, że później właśnie, [zastanowienie] po kilku latach pani przychodziła i mówi, teraz to już nie chodzi mi o męża, tylko chodzi właśnie o dziecko. [PTU]

[...] z takimi rodzicami na pewno się gdzieś szybciej pracuje. [PTU]

Można uznać, że teoretycznie podczas wcześniejszej terapii czy pomocy instytucji powinna nabyć kompetencje rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem w rodzinie. Można uznać, że tak jest, ponieważ dostrzegalna jest pewna tendencja: kobiety te zgłaszają się po pomoc dla syna⁹⁴ na relatywnie wczesnym etapie rozwoju jego uzależnienia.

⁹⁴ W pozyskanym w toku badań materiale nie wyłoniłam sytuacji, w której dzieckiem byłaby córka.

Tak jak sobie myślę o tych paru przypadkach, to oni dosyć... [zawahanie] bardziej są skłonni do działań, bo już ten temat im był troszeczkę przepracowany z partnerem, prawda? I wiedzą, że rzeczywiście..., że jeżeli się nie zacznie działać, to niestety, problem narasta. Więc z nimi o tyle jest yyy łatwiej pracować, że oni już pod względem takim jakimś przebiegu choroby alkoholowej, edukacji już jakąś podstawową wiedzę mają, prawda? I wiedzą, że rzeczywiście... no problem się pogłębia, narasta i... I jeżeli się nie podejmie odpowiednich działań, to będzie tylko i wyłącznie gorzej. Tak naprawdę wtedy już też ci rodzice nie mają takiego argumentu, żeby nie działać. [PTU]

Ci rodzice, którzy decydują się na zdjęcie kurtyny (podczas analizy materiału empirycznego roboczo nazywałam ich mianem: „rodziców instytucjonalnych”), definiują (podobnie jak specjaliści) problem alkoholowy jako taki, który zawsze i nieuchronnie przebiera fazę chroniczną i prowadzi do całkowitej degradacji wszystkich sfer życia. Zwłaszcza w wywiadach matek – „trzeźwych alkoholiczek” albo tych, które wcześniej korzystały z terapii jako współzależnione, pojawia się wątek: „kategorycznego dmuchania na zimne”, „duszenia zła w zarodku” „konieczność szybkiego działania” itp.

[...] więc już wiedzą, że muszą działać szybciej. [...] z takimi rodzicami, którzy gdzieś ten problem mieli w rodzinie pochodzenia [pauza] yyy albo ten problem w ogóle jest już znany, bo... bo rzeczywiście wtedy ten przykład, prawda? Że to się tak można powiedzieć niewinnie zaczyna, że to się rozkręca nieraz ten problem alkoholowy latami zanim przyberze fazę chroniczną. No to... No to jest... jest łatwiej. [PTU]

Kolejnym problemem w obrębie „zdejmwania kurtyny” i zgłaszania się po pomoc do instytucji jest specyficzny konflikt interesów. Chodzi o rodziców, dla których odsłonięcie kurtyny przybiera inne znaczenie niż wejście w sojusz, by pozyskać wiedzę i metodykę działania. Zgłaszają się po wsparcie i oczekują go, ale stawiają sobie dość jasny cel. Jest nim obniżanie napięć wynikających z ambiwalencji w obrębie roli rodzica poprzez kolaborowanie z dzieckiem przeciw instytucji.

Cicha kolaboracja z dzieckiem-alkoholikiem to sytuacja, w której z różnych powodów dochodzi do pewnego paradoksu: rodzic zgłasza się o pomoc do instytucji, a jednocześnie lokuje się w opozycji w stosunku do jej działań. Bywa, że oddaje sprawy w ręce instytucji, a następnie tworzy warunki, które utrudniają interwencje tych agend.

Powodów takiej sytuacji można szukać w mechanizmach odpowiadających za to wszystko, co się dzieje między sprawcą i ofiarą przemocy lub zwyczajnym strachu przed agresją ze strony dziecka. „Boi się odwetu ze strony swojego agresywnego syna” [RMS]. Jest to również związane ze specyficzną **ochroną swojego macierzyństwa**. Matki znajdują się w potrzasku wiary w konieczność profesjonalnej pomocy swojemu dziecku za pomocą drastycznych środków i ochrony go przed nimi jednocześnie. Przykładów takiej cichej kolaboracji, u podstaw której leży ochrona swojego macierzyństwa, można szukać w dostosowywaniu się do zaleceń terapeuty wyłącznie pod warunkiem, że dziecko nie osiągnie „prawdziwego dna”. Ambivalencja w obrębie roli matki polega tu na niemożności rezygnacji z dążeń charakterystycznych dla bieguna „rodzicielska ochrona dziecka przed cierpieniem”, a „pozyskaniem samodzielności dziecka rozumianej jako ponoszenie konsekwencji swojego zachowania i wyborów”. Te dwa konkurencyjne bieguny powodują, że matki nadają swoim działaniom następujące znaczenie: jest

to albo kolaborowanie ze swoim dzieckiem przeciw instytucji, albo z instytucją przeciwko swojemu dziecku.

Wczoraj zadzwoniła do mnie mama mojego dozorowanego i tak: „muszę naskarżyć na Przemka”. Ja mówię, „tak? A co się stało?”. „Znowuż zaczął popijać”. Ja mówię, to „znowuż zaczął, to znaczy kiedy?”. „W tamtym roku w maju się napił”. Ja mówię, „a przez rok czasu pani nic nie mówiła?”. „No bo ja mu nie chciałam zaszkodzić”. [KF]

Bo ona mówi, „ja mu dzisiaj nie pozwoliłam jechać z żoną na te zakupy, miał zostać w domu, ale on pojechał, nie posłuchał mnie, no to zadzwoniłam do pani”. I to jest takie, że kryją, kryją, nawet, jak to jest dorosły człowiek i jest taki moment, gdzie przelewa się ta czara już i wtedy gdzieś wylewają też z siebie, ale też oczekują, że to ktoś ma zrobić, niech pani przyjdzie go postraszyć. [KF]

Strzeżenie macierzyństwa to także ochranianie swojej lojalności wobec dziecka. Jest to pewnego rodzaju przekaz dostarczany dziecku: „ja tego nie chciałam, ale dzielnicowy mnie do tego zmusił” czy „nie chcę, ale to terapeuta kazał mi cię wyrzucić z domu”. W tego rodzaju działania wpisuje się także rodzicielskie oczekiwanie, żeby specjalista wyręczył matkę w pewnych działaniach, które są zorientowane przeciwko ochranianiu dziecka: [matka do kuratorki] „to niech pani go postraszy”, „to niech pani go zgłosi” [FK]. Zdarza się, że kobiety oczekują, że ich interwencja w instytucji nie rzuci cienia na relacje z dzieckiem i że to specjalista będzie tym „złym”, to znaczy sprawi, że matka nie będzie musiała zdradzać swojego dziecka. Bywa więc, że kobiety kierują się nadzieją, że instytucja wesprze lojalność matki. Wiele energii wkładają w na upewnianie się, czy specjalista nie zdradzi matki, że nie przekaże jej dziecku, że to ona je „oszukała”, doniosła poprzez zgłoszenie się po pomoc do instytucji. „[...] i ta matka, ona często zgłasza, ale chce być anonimowa, to znaczy, że to nie ona zgłosiła” [GKRPA].

W wypowiedziach wszystkich specjalistów (terapeutów, kuratorów, pracowników socjalnych, policjantów) zaznacza się rodzic „alkoholika”, który nadaje instytucji znaczenie miejsca, które jest **odpowiedzialne za zdjęcie odpowiedzialności** z rodziny, która „zrobiła wszystko, co mogła”, „dała z siebie wszystko”.

[...] gdzieś ci najbliżsi członkowie rodziny zgłasza problem, ale potem jakby wychodzą ze współdziałania do tego problemu, zostawiając to jakby na barkach instytucji, bo ja zgłosiłam i teraz, żeby instytucja dalej się tym zajęła, dalej to popchnęła. Mało jest osób takich, które są na tyle zdeterminowane, aby iść krok z instytucją i tworzyć to stado, które próbuje pomóc osobie z problemem alkoholowym. [FP]

Odnalazłam kilka znaczeń, jakie rodzice nadają instytucji w zakresie tego zdejmowania ciężaru odpowiedzialności, a właściwie matki, bo to jej postać wyłoniła się z materiału empirycznego w sytuacji, gdy syn używa alkoholu bardzo szkodliwie (dla siebie i otoczenia).

Oddawanie sprawy instytucji to symboliczne zwolnienie (się) się rodziców z obowiązku (dalszego) pomagania dziecku z powodu wielu porażek. Takie znaczenie najslabiej zaznaczyło się w wywiadach pochodzących od terapeutów. Można było je „wyczytać” w wypowiedziach pracowników socjalnych i kuratorów, a także samych rodziców. Jest to całkowite przeniesienie odpowiedzialności na barki specjalisty

[...] na zasadzie „niech pani coś zrobi, bo my już nie mamy siły”. [FK]

[...] państwo, instytucje rządowe, państwowe się zaangażują, to zdejmą odpowiedzialność. [LTU]

i/lub zaprzestanie bezpośredniego angażowania się w pomoc dziecku, wyraźne oddzielenie linią autonomii i granic odpowiedzialności za życie – własne i dorosłego dziecka. Jest to specyficzne „postawienie się”, przeciwstawienie i wyzwolenie z destrukcji, jaką nałóg dziecka wprowadził w życie rodzica.

[...] to ja na policję [...] dzielnicowy przychodził i sprawdzał mnie, bo ja powiedziałam, bo mówię, bo syn wysoki był, córka też, ja mówię, nie macie prawa mnie ani ruszyć, ani... uderzyć ani [...] mama, przepraszam cię, więcej nie, nie będę, dzwoń na pogotowie, ja mówię, ja dzwonić nie będę, bo ty jesteś pełnoletni, wziął telefon, sam zadzwonił, przyjechało pogotowie i go zabrało. [RMS]

Zwłaszcza w wywiadach ze specjalistami odnalazłam pewien dualizm w podejściu do angażowania się instytucji w rozwiązywanie problemów alkoholowych, gdy rodzina przejawia aktywność lub posiada zasoby. Z jednej strony więc terapeuci ubolewają, że muszą prowadzić trudną pracę nad rozbijaniem ślepej miłości matczynej, która nie pozwala wyrzucić dziecka, nie wpuścić go do domu, rozprawić się z mitami o wezwaniu policji, pracować nad demontażem niemal egzystencjalnych nakazów „karmienia swojego dziecka” zawsze, gdy jest głodne. Dyskusja specjalistów (np. wywiad fokusowy) przepełniona jest przykładami rodziców niekonsekwentnych, wyręczających swoje dzieci, niestwarzających warunków do przejęcia przez nie odpowiedzialności itp. Jak bardzo silne jest napięcie ambiwalencji roli rodzica dziecka problemowo pijącego alkohol świadczy chociażby to, że kiedy wywiad, którego fragment zacytowałam wyżej, stanowił przedmiot mojej analizy wraz z zespołem, stosunek matki wobec problemów syna, w istocie pokazujący jej specyficzną wyzwolenie się spod jego wpływu i zakładany przecież w istocie „stan idealny” tradycyjnego modelu postępowania z osobami z uzależnieniem (matka, która konsekwentnie oczekuje, że syn poniesie konsekwencje swoich działań) wywołał kontrowersje. „Obrazek” matki, która nie wzywa pogotowia do swojego dziecka, które się źle czuje, tak mocno godzi w stereotypowy wizerunek matki (dziecka w każdym wieku), że rekonstruowane przez narratorkę doświadczenie wysyłało spontaniczne, negatywne reakcje i oceny niektórych badaczek (zwłaszcza badaczek-matek).

Z drugiej – jednocześnie – daje się więc odczuć wyraźną dezaprobatę, kiedy rodzice po wielu porażkach działań intuicyjnych zwracają się do instytucji z oczekiwaniem, że „przejmie ich problemy” (i dziecko). Z perspektywy rodziców – zrobili wszystko. Do końca bronili swojego rodzicielstwa, w które wpisana jest odpowiedzialność za dziecko (bez względu na jego wiek).

Są pewne matki, odporne na „sprofesjonalizowanie się”. Po wyczerpaniu „matczyńskich” sposobów i wobec widma porażki – oddają sprawy w ręce instytucji – tych, które powołane są do rozwiązywania problemów społecznych i zdrowotnych:

Chcą tylko spokoju, nie wysiłku. Nie chcą starań, aktywności, walki, chcą spokoju. Chcą oddać w ręce instytucji państwowej, żeby się instytucja państwowa zajęła. I mają do tego święte prawo. [E]

Natomiast **przekazywanie spraw instytucji** oznacza próby tworzenia warunków do pozyskania dodatkowej pomocy organizacyjnej w celu zintensyfikowania swoich dotychczasowych działań, wzbogacenia je o nowe możliwości. Skierowanie swoich kroków do instytucji w tym przypadku związane jest bardziej z postrzeganiem ryzykiem utraty możliwości wpływania na decyzje „alkoholika”, poczuciem drastycznego kurczenia się metod wpływania na dziecko.

Później poszła jeszcze, poza tym, że indywidualnie yyy była w terapii, no to przychodziła na grupy i tam na grupy też próbowała dopytywać tych innych pań, tak, jakie są sposoby na mężów, co można jeszcze robić. [PTUP]

Zwracanie się do instytucji po pomoc przyjąć może też znaczenie delegowania problemu w czyjeś ręce. W tym przypadku jest to rezultat uznania swojej porażki, ale upatrywanie w specjalistycznych komisjach „antyalkoholowych” czy miejscach leczenia odwykowego przestrzeni dla kontynuowania rodzicielskich działań:

[...] jeśli są skrajnie zmęczone [matki – uzup. autorki], to chcą, żeby jakaś instytucja rozwiązała ten problem. [E]

W istocie jest to także działanie zorientowane na podtrzymanie kontroli poprzez zewnętrzną instytucję przymusu, władzę, której rodzice z racji pełnoletniości syna/córki już nad nim nie mają. Rodzice mają nadzieję,

[...] że presja państwa, jakiejś odgórną władzę, spowoduje, żeby go dziecko będzie musiało przymusowo się zmienić, przymusowo leczyć. [E]

Widać to najwyraźniej w oczekiwaniach rodziców, którzy wyczerpali już nieformalne sposoby oddziaływania i do instytucji idą po to, by pomogła im umieścić dziecko na leczeniu, najlepiej przymusowo. Wobec nieskuteczności autorytetu rodziny i presji nieformalnej oczekują, że uruchomione zostaną następne, ostateczne zasoby – instytucja państwa/władzy nad obywatelem.

[...] no to po co to całe leczenie, jak nie można przymusić alkoholika tak... by dla jego dobra się... bo powinien leczyć? [RMS]

Słabiej w materiale empirycznym wyłonione zostały rodzicielskie biografie „zinstytucjonalizowanego rodzica”, który w instytucji leczenia odwykowego i poradniach zdrowia psychicznego **szuka pomocy dla siebie, nie dziecka**. Były to przywoływane przez terapeutów matki, których całe biografie są „alkoholowe” (uzależnienie ojca, męża, a następnie syna). Co ciekawe, w materiale ujawniła się również matka, która poszukiwała i uzyskała wsparcie w grupach samopomocowych i terapeutycznych, ale innych niż specjalistyczne i bezpośrednio adresowane do rodzin z problemem uzależnienia. Kobieta znalazła „wyjaśnienia” swoich doświadczeń oraz wykonała pracę biograficzną w związku z trajektorią cierpienia powodowaną silnym uzależnieniem jej syna (i jego śmiercią) w obrębie grupy Amazonki.

zupełnie innym zagadnieniem jest sytuacja, w której kobiety przychodzą do instytucji po pomoc dla dziecka, pod wpływem namowy terapeuty godzą się na

terapię. Czasem szukają w niej dodatkowych wskazówek do pracy nad „zmianą” pijącego syna i ograniczeniem szkód, jakie wyrządza jego picie. W rezultacie wielomiesięcznej terapii dokonuje się kolejna przemiana ich tożsamości: z matki-alkoholika na matkę, której dziecko nałogowo pije alkohol, a ona zrobiła wszystko, co było w jej mocy, by mu pomóc:

[...] już nie czuje się winna, y i te, [zastanowienie] nie wiem, działania, które względem swojego dziecka podejmowała, y, no generalnie zaczęła się koncentrować na sobie, tak, zaczęła zaspokajać swoje potrzeby, zaczęła siebie realizować, nie wiem, spełniać swoje marzenia, wyjeżdżać. No tak że [zastanowienie] nie zamyka się też w domu, tylko wychodzi do, do ludzi, spotyka się ze znajomymi, no tak zaczęła żyć swoim życiem. [PTU]

Budowanie programu reagowania na podstawie ekspertyzy

Informacje o rodzicach, którzy podejmują pracę nad rozwiązywaniem problemów alkoholowych swojego dziecka na podstawie pomocy instytucjonalnej, w pierwszej kolejności pochodzą z wywiadów z terapeutami. Doświadczenia terapeutów bowiem w pracy z rodzicami osób, które problemowo piją alkohol, obejmują właśnie tych, którzy korzystają z oferty instytucji, „nie znikają” po pierwszej wizycie. Budowanie programu na podstawie ekspertyzy specjalistycznej – czyli bezpośredniego wsparcia ze strony przedstawicieli różnych instytucji i służb społecznych – prześledziłam także w wywiadach z pracownikami socjalnymi oraz częściami w wywiadzie fokusowym.

Do poradni zdrowia psychicznego czy ośrodków terapii zgłaszają się rodzice z problemem picia swojego dziecka, natomiast jeśli chodzi o służby społeczne (pracownik socjalny, kurator), to jest raczej odwrotnie. To specjaliści „idą” do rodziny z problemem szkodliwego picia i znajdują tam problemy będące jego konsekwencją. Bywa też, że problemy te są sygnalizowane przez rodziców „przy okazji”, ponieważ przedmiotem wsparcia służb społecznych jest wielość problemów jednocześnie.

Z analizy wywiadów z rodzicami wyłania się bardzo wyraźna grupa tych, których określiłabym mianem beneficjentów instytucjonalnego systemu wsparcia rodziny. Nie tylko w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, ale i innej natury. Są to rodzice, którzy posiadają specyficzne kompetencje korzystania z usług instytucji i wykorzystują możliwości tkwiące w systemowej pomocy rodzinie. Taki wniosek nasuwa na myśl sygnalizowanie zwłaszcza przez pracowników socjalnych czy przedstawicieli niektórych służb pomocy społecznej postaw roszczeniowych i traktowanie instytucji jako miejsca osiągnięcia materialnych korzyści. Czasem tego rodzaju „kompetencje” określane bywają mianem „wzorcowego klienta pomocy społecznej” lub „uzależnienia od pomocy społecznej” przekazywanego z pokolenia na pokolenia⁹⁵. Nie chciałabym jednak skupiać się na

⁹⁵ A. Durasiewicz, Problemy społeczne radomskich rodzin będących pod opieką MOPS'u, [w:] R. Stojcka-Zuber, A. Róg (red.), *Rodziny problemowe i możliwości ich wspomagania*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu, Tarnobrzeg 2007: 19–24.

takim zagadnieniu, a wręcz przeciwnie. Z materiału empirycznego wyłoniła mi się wyraźna pula rodziców, którzy są użytkownikami – czy może właściwsze byłoby stwierdzenie – docelowymi adresatami funkcji założonych różnych instytucji państwowych w pozytywnym znaczeniu.

Uwagę skupiłam na instytucjach, które stanowią oparcie dla działań na rzecz uzależnionego dziecka. Rodzic dostaje w nich ekspertyzę, na którą składają się **sposób zdefiniowania jego problemu oraz zadania do wykonania**. W obrębie instytucji dokonywana jest **praca nad jego profesjonalizowaniem**, która przede wszystkim oznacza **nabycie kompetencji działania zadaniowego i na podstawie instrukcji specjalistów**.

RMS: [...] ja cały czas byłam w kontakcie z panią, właśnie, bo ona tam yyy, taa z tej [nazwa], no to ona jest... od uzależnień...

B: Tak.

RMS: ... pani Anna Kowalska, nie wiem, czy pani zna ją. [pauza] Ona jest od uzależnień i ja z nią konsultowałam się tak jakby, [chrząknięcie] a potem też rozmawiałam z panią yy tutaj od nas... z panią Alą, [pauza] jak ona ma na nazwisko, nie pamiętam... No ale... Ona w poradni też... ona jest z [nazwa miasta].

B: tak.

RMS: Yy przyjeżdża tutaj do nas... terapię prowadzi. Tak że ja do niej chodziłam n konsultacje tak jakby i ona... mówiłam jaka jest sytuacja i ona..., jedna i druga mi, w sumie tutaj najwięcej mi y pani Ala pomogła później [z naciskiem] już, jak już Marcin yyy [zastanowienie] tak jakby [pauza] uciekł z jednej terapii...

B: tak, tak.

RMS: ... przerwał drugą terapię i już po prostu [pauza], wtedy już nie wiedziałam co ja mam robić, tak i wiedziałam, że musi trafić na terapię koniecznie, tak. I tak jakby ja regularnie chodziłam na spotkania z nią i ona tak jakby yy [pauza] mnie kierowała, krok po kroku, co ja mam robić, tak, mówiła, że, że właśnie, że... [pauza] Powiedziała, przede wszystkim wytłumaczyła jak to działa, tak, [pukanie w stół] to uzależnienie i wszystko, [pauza] po prostu rozumiałam tak jakby dogłębnie, że yyy dlaczego on się tak zachowuje... inaczej, dlaczego [zastanowienie] jest taki, a nie inny w tym wszystkim, wytłumaczyła mi [pauza] i po prostu żeśmy realizowały, że tak powiem, plan taki, krok po kroku, tak. [pauza] W sensie, żeby on trafił na tą terapię. Najpierw łagodniejsze były środki, że tak powiem, perswazja, tłumaczenie i tak dalej, ale jeżeli to nie działało, no to po prostu już musiałam sięgnąć do takich drastycznych i już.

Praca nad profesjonalizowaniem rodzica polega w pierwszym rzędzie na zdyscyplinowaniu jego miłości oraz ujarzmieniu emocjonalnych rozterek i wątpliwości, które stoją na drodze wykonywania zadań na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych dziecka:

[...] no to właśnie też dostałam taką radę, nawet się zapytałam, czy to właśnie, [pauza] czy to ja, ja go po prostu muszę wyrzucić z domu, żeby tak się stało, no i jeżeli nie ma [z naciskiem] innego wyjścia, to po prostu, to tak trzeba zrobić. I tak doszło do tego, że ja go wyrzuciłam z domu [...]. [RMS]

Różnica pomiędzy specjalistą, który jest przedstawicielem służby zdrowia czy poradni leczenia odwykowego, a pracownikiem socjalnym/kuratorem sądowym jest taka, że ci drudzy pracują w terenie i bezpośrednim kontakcie ze środowiskiem życia rodziny. Ich ekspertyzy budowane są głównie na podstawie „tego, co widzą” i czego doświadcniają. Personel medyczny i terapeutyczny wystawia ekspertyzę na podstawie danych pochodzących od rodzica, czyli na podstawie tego,

„co słyszy i jak interpretuje” oraz pewnego szablonu, w optyce którego problemy zgłaszających się rodziców są szacowane. Szablony te żargonowo określane są mianem np. współzależnienia czy zaburzeń adaptacyjnych.

„Sprofesjonalizowanym” rodzicem jest taki, który uprzednio miał już kontakt z instytucją z powodu swojego uzależnienia lub kogoś bliskiego, innego niż dziecko. Jest on właściwym sojusznikiem instytucji, stoi na straży metodyki jej postępowania i ma zaufanie do jej działań:

RMS: Poza tym ona, y ta synowa, stwierdziła, że się [westchnienie] zgłosiła do poradni y uzależnień, ale patrząc na te jej metody działania, no to sobie myślę, że [westchnienie] albo w internecie przeczytała o różnych sposobach i któryś tam jej przypasował... [pauza] i już nie drażyła tematu dalej i nie korz..., na pewno nie korzystała z pomocy...

B: Takiej fachowej.

RMS: ... fachowców, yyy, czy psychologa nawet jakiegoś, y który miał pojęcie o tym, bo to, no te metody, które ona stosowała, to były wręcz [zastanowienie] odwrotnie działające. Więc gdyby [westchnienie] była na współzależnieniu i [z naciskiem] powiedziała na przykład o tym, że zastosowała coś takiego, a jest tak i tak, to ktoś by jej [zawahanie] wskazał, że nie tędy droga, tak?

W tej grupie rodziców-profesjonalistów, którzy opierają swój program reagowania na instytucji, znajdują się ci, którzy co prawda nie zwrócili się bezpośrednio o pomoc do instytucji w sprawie ich pijącego szkodliwie alkohol dziecka, ale odwołują się do wiedzy, jaką posiadli w trakcie swojej terapii i doświadczeń związanych z relacjami z instytucjami pomocy, np.:

Już miał umówione spotkanie... bo ja zadzwoniłam do pani Ani i ona mi załatwiła takiego terapeutę, mówi „niech się pani na mnie powoła” [...] dla mojego syna. [RMS]

I wtedy właśnie już panią Lzę poprosiłam o pomoc y tak y no [zawahanie] już zdecydowanie, bo mówię, no nie dam sobie rady, a widzę, że się dzieje nie tak. I też była właściwie interwencja domowa, bo też takową przeprowadzali, [pauza], no i on tam musiał się zobligować [westchnienie] do leczenia. No ale to też nie za długo to potrwało, [pauza] y więc ja y też y postawiłam sprawę na ostrzu noża, że albo wyprowadza się z domu mmm i już, bo nie będzie mi umierał na rękach, no albo idzie na terapię. [RMS]

Rodzice są profesjonalistami, ponieważ sami są „trzeźwymi alkoholikami” po terapiach, czasem pracownikami organizacji lecznictwa odwykowego. Posiadają wiedzę z własnego leczenia oraz doświadczeń zmagania się z chorobą. Próbują więc przenosić ją na sposoby oddziaływania na uzależnione dziecko swoje kompetencje oraz zaufanie do instytucji, która im pomogła:

Córka też się martwi, mówi, ja też jej za dużo nie mogę pomóc, bo sama [westchnienie] tam wynajmuje mieszkanie, tam [westchnienie] partner ma jakieś kłopoty też [zawahanie] z alkoholem. Też jej tłumaczył [zawahanie], no ten partner jej, że [westchnienie] a tylko tam piwo czy dwa dziennie. Ja mówię, to ty mu powiedz, że to też już jest [pauza] alkoholizm, ja mówię, to tego... No to też kiedyś się córka zapytała, „co ty taki teraz mądry jesteś”. Ja mówię, „słuchaj, Ala, [zawahanie] głupi nigdy w życiu nie byłem [...] ale nigdy nie myślałem o problemach alkoholowych tak jak teraz myślę”. Poza tym dla mnie to jest duże doświadczenie [westchnienie] praca tego wolontariusza na detoksie, to ja czasami [...] tam z innymi [westchnienie] jak rozmawiam, to [westchnienie] dla mnie to jest lepsze jak [pauza] terapia, no jak chodzenie na [westchnienie] terapię. Bo ja tam chodziłem na tą pogłębioną i tam... [westchnienie] [cmoknięcie] Ja mówię: „to jest dla mnie lepsze jak terapia”, mówię, „ja widzę sam siebie sprzed paru lat, swoje zachowania”. [westchnienie] I mnie dużo daje też [cmoknięcie] te rozmowy z tymi ludźmi. [ROS]

[...] telefonicznie rozmawiałem, on powiedział, że on nie potrzebuje, on, [zawahanie] on nie pije [zawahanie] dużo, czasami piwo i [zawahanie] ten. Ja mówię, „piwo to też jest alkohol i [westchnienie] nawet nie wiesz, kiedy się uzależnisz”. Ja mówię, no „piwo dziennie, codziennie pite, to już jest alkoholizm, to już jest”, mówię... [westchnienie] A on mówi, „no ty nie bądź taki mądry, ty też piłeś”. Ja mówię, „tak, teraz ja jestem mądry, masz rację, przedtem nie byłem. Ale spróbuj to ograniczyć, spróbuj porozmawiać [westchnienie] z psychologiem” [...] Ja mówiłem ci, że można przyjść, można porozmawiać, są spotkania u nas [westchnienie] na M [ulica] tam co wtorek, jest yyy pani psycholog prowadząca K. i trzeba porozmawiać. [ROS]

Pomoc rodzicowi w instytucjach leczenia odwykowego rozpoczyna się od narzucenia mu etykiety pacjenta. Zgodnie funkcjami założonymi placówki specjalistyczne świadczą bowiem pomoc psychologiczną/medyczną/terapeutyczną, a nie poradnictwo (które nie ma przecież swojego symbolu w podręcznikach diagnostycznych). Rola pracownika socjalnego jest inna. Podobnie jak terapeuta uwagę skupia na podnoszeniu świadomości istoty problemów i psychoedukacji. Natomiast jako że ma bezpośrednie i osobiste relacje z rodziną pracuje w jej środowisku i „z nią”. Bywa, że praca ta obejmuje stopniowe rozbijanie wielopokoleniowych uprzedzeń, nawyków i tzw. kultury rodzinnej. Bywa także, że rodzic trafia do poradni leczenia odwykowego namówiony przez pracownika socjalnego. W takiej sytuacji jest to także praca, która poprzedza etap wsparcia terapeutycznego poprzez przygotowanie gruntu, pracę nad gotowością i otwartością. „[...] Kwestia właśnie braku wykształcenia, braku samoświadomości, braku refleksyjności, strachu przed słowem ‘psychiatra’, przed leczeniem, strasznych zaniedbań środowiskowych, wieloletnich” [PS].

W odróżnieniu od terapeuty pracownik socjalny jest **widocznym sojusznikiem** matki. Bywa, że jest jej opiekunem, nie tylko wyznaczania zadania do wykonania („że weźmie go za łeb i pójdą do PUP”), ale je koordynuje, czasem przejmuje lub asystuje („pokazuje, jak wypełnić ten wniosek”). Przestaje być ona osamotniona – w sensie fizycznym i społecznym. Bardzo ciekawy opis takiego znaczenia sojuszu odnalazłam w jednym z wywiadów:

[...] sobie taką osobę biorę pod swoje skrzydła i kieruję na przykład, że, a, tutaj na taką indywidualną, a tutaj na grupową, albo na przykład idę po prostu na miting otwarty, na który przychodzą i alkoholicy, i osoby współzależnione. Bo jeżeli ten alkoholik widzi, że ja idę pod pachę po prostu dziarsko z tą matką, no to po prostu albo robi się mu wstyd, albo jest zazdrosny po prostu o to wyjście [rozbawienie], trudno jest mi stwierdzić, jakie pobudki nimi kierują, ale może być tak, że po prostu następnym razem pójdzie z nami po prostu, posiedzi, posłucha. A co się zasieje, co później wykiełkuje, no bywa różnie. [PS]

Wracając do pracy nad dyscyplinowaniem miłości matczynej i profesjonalizowaniem jej działań, to zaczyna się ona od rozprawiania się z mitami, np. że odpowiedzialność leży po stronie rodzica. Jest to więc praca (w) instytucji nad **zdej-mowaniem ciężaru winy**, a w rezultacie wyrzutów sumienia, radzeniem sobie ze stratą swojej romantycznej wizji macierzyństwa/ojcostwa. Odpowiedzialności rodzicielskiej nadawane jest miano „złej”, podtrzymującej uzależnienie, uniemożliwiającej autonomię dziecka. „[...] A to chyba najbardziej, że ta odpowiedzialność leży po stronie rodzica, że dziecko zeszło na złą drogę” [PTU].

Dyscyplinowanie rodzicielskiej miłości to również demontowanie mitu, że „brudy rodzinne należy prać w domu”. Jest to praca nad **radzeniem sobie z upublicznianiem** swojej rodzicielskiej bezradności, budowaniem **kompetencji wykorzystywania zasobów tkwiących w systemie**, w formalnej kontroli reakcji społecznej. W zakres takiej pracy wchodzi na przykład rozprawianie się z silnym przekonaniem, że „nasyłanie policji na własne dziecko jest niedopuszczalne” [PTU]. Trudności, z jakimi spotykają się terapeuci w procesie dyscyplinowania rodzicielskiej miłości, to przede wszystkim przebijanie się przez skorupę bezwarunkowej, ślepej miłości wobec dziecka. Praca nad profesjonalizowaniem opieki rodzicielskiej to w końcu **dawanie zadań**, które w istocie zmiierzają do organizowania warunków „osiągania dna” przez dziecko w sytuacji, gdy wszystko inne zawodzi. Specjaliści zadają „zadania” do wykonania, które mają być profesjonalnymi sposobami reagowania w sytuacjach kryzysowych. Te zadania niejako porywają się z pewnymi etapami, przez jakie przechodzi matka w procesie tego profesjonalizowania się, np. nieugotowanie dziecku obiadu (odmówienie dziecku posiłku), niewypuszczenie do domu, gdy jest pijany, wezwanie policji, gdy jest agresywny, ostateczna wyprowadzka dziecka, jego eksmitowanie.

[...] nie pomagać, nie sprzątać za tą osobę, nie wiem, nie, [zastanowienie] nie robić jej zakupów, nie gotować, no nie wyręczać jej w różnych rzeczach, tak, czy, czy właśnie nie ratować y w różnych kłopotach, które ta osoba ma. [PTU]

PTUP: [...] że w ogóle sam pomysł, że mogłaby nie ugotować tego obiadu i mu nie podać, to już jest przerażające. Nawet już w teorii.

B: Aha.

PTUP: A wykonanie tego to już w ogóle jest poza zasięgiem na początku. Więc to jest, yyy, jak już mi relacjonują, że tego dokonały, no to bardziej to jest jednak w, ich sukces.

B: Rozumiem.

PTUP: Tak, bo one już [pauza] podjęły decyzję, że to jest coś dobrego, skoro to zrobiły, prawda. Więc wszelka złość i wszelkie takie negatywne emocje są raczej, kiedy rozmawiamy w tym, że mają to zrobić ewentualnie.

Można więc powiedzieć, że matka dostaje instrukcje i wsparcie w przestaniu bycia matką, jaką zna dziecko, „dla jego dobra”. Jest to specyficzny trening znieczulenia, ćwiczenia w racjonalności, podtrzymywanie jej determinacji itp.

Ale też zazwyczaj jak już zrobią to raz, no to drugi, trzeci jest o wiele łatwiej. [PTU]

[...] ja go z domu wyrzuciłam. Napisałam mu ten list miłosny, te jego rzeczy i koniec, tutaj nie ma, ja tu chcę syna trzeźwego. No to już tu wtedy tak się też tego trochę bałam, [westchnienie] ale ta pani Beata [instruktorka uzależnień z ośrodka interwencji kryzysowej] go znała i tak powiedziała, że to będzie na niego dobry sposób. Pani wie, że w ciągu tygodnia sobie bloki znalazł, wynajął sobie bloki. No nawet tu niedaleko stąd. [westchnienie] Wynajął sobie, [pauza], no i dobrze, do mnie, znaczy się mnie też tak szantażował, że on przeze mnie pracę straci, że będę tego żałowała, co ja robię, tak, tak, chodził do mnie, ale ja już wcale tego nie brałam pod uwagę, tylko sobie swoje robiłam, dużo się nie [zawahanie] nie wdawałam z nim w dyskusję, taka byłam już trochę mądrzejsza jak wcześniej. [RMS]

Bywa jednak, że terapeuci natrafiają na wyraźny opór w realizacji zadań, jakie stawiają. Przekroczenie pewnego progu reagowania jest dla matek niemożliwe. W takiej sytuacji terapeuta pomaga jej budować program reagowania na

podstawie tworzenia bezpiecznych przestrzeni i interwencji w ramach dopuszczalnych przez daną osobę technik, np.

Mam taką pacjentkę, yyy, gdzie syn właśnie stosował y przemoc wobec tej matki, miał założoną Niebieską Kartę, był kurator, mmm ale generalnie właśnie to pacjentka nie chciała nic więcej y zrobić, [zastanowienie] jakby jej poczucie winy też względem tego dziecka na to nie pozwalało, yyy to, to, co robiła, to chociażby yyy zabezpieczyła swój pokój, tak, że zrobiła zamek w drzwiach, żeby nie wpuszczać yyy swojego dziecka tam do siebie, że w razie czego, żeby miała też taki bezpieczny kąt yyy w swoim domu, w którym będzie mogła się skryć, tak. [PTUJ]

Zwłaszcza kiedy analizuje się wywiad fokusowy, uwagę zwraca wielość zadań i rzeczywistych funkcji, jakie spełniają poszczególne instytucje w walce z „alkoholizmem”, a tym samym „zadań”, jakie mają w ofercie do wykonania przez rodziców lub w zakresie wspierania ich w realizacji.

Pracownik socjalny jawi się jako osoba, która znajduje się na pierwszej linii ognia. Dociera do rodziny, która przeżywa już bardzo silny kryzys, a właściwie jest w sytuacji dramatycznej. Jego „klient” jest wieloprotblemowy, a każdy z protblemów nasilony sam w sobie. Pracownicy socjalni mają świadomość nowych trendów w pracy z osobami z uzależnieniem, a mimo to intuicyjnie i wiedzeni praktycznymi protblemami, z jakimi się mierzą, szukają pewnych rozwiązań nawet w tych metodach, które są kwestionowane, a co najmniej są „nie na topie” ze względu na podawanie w wątpliwość ich działania (opartego na przymusie). Znajdują się więc w pewnym potrzasku – bycia profesjonalistami (teoretykami) i bycia skutecznymi reprezentantami systemu (praktykami). Stają również przed dylematami rzecznicstwa – „alkoholika” vs rodziny z protblemem „alkoholika”:

PSF: [...] staroświeckim, czyli na takim myśleniu, że nasze działania, jako osób, które w tym systemie pomocowym funkcjonują, powinny zmierzać do tego, żeby te osoby mobilizować i raczej przekazywać do innych instytucji – albo, jeżeli już dostrzegamy, jakieś takie nawet gradacje następują, bardziej drastyczne formy związane z tym nadużywaniem alkoholu i z alkoholizmem, z elementami przemocy, to z takimi tendencjami do tego, żeby jednak przymuszać. Czyli jakby takie myślenie cały czas funkcjonuje i nawet, jak udało się zachęcić dosyć dużą grupę, właściwie połowę, pracowników, z tego akurat Punktu Pracy Socjalnej, który w dzisiejszej konferencji uczestniczy. I pewien punkt jest taki, że większość z tych osób się zaciekawiło tym tematem przymusowego leczenia, ale nie z takim myśleniem, że to już jest taki archaizm, który odchodzi, że właśnie powinniśmy nastawić się na to, że powinniśmy od tego odchodzić, ale raczej z tym, że a może dowiemy się czegoś ciekawego i będziemy mogli to realizować. Raczej w tę stronę.

PTUF: Czyli bardziej przymuszać, tak?

PSF: Tak, z takim sposobem myślenia.

Założyłam (nieśluszenie), że jego metody pracy są z rodzicami z protblemem alkoholowym ich dzieci całkowicie podporządkowane dominujące nurtowi rozwiązywania protblemów związanych z alkoholizmem (jako chorobą). Pisałam o tym wcześniej, w części poświęconej medykalizacji. Dominujący dyskurs „postępowania” z osobami nałogowo pijącymi powoduje, że słabo lub wcale nie rozwija się równolegle żaden inny. Wszystkie (możliwe) rozwiązania zostają wchłonięte przez procesy medykalizacji (i w ich obrębie – „psychoterapeutyzacji” ludzkich protblemów). Kiedy więc w wywiadzie czytałam:

powstrzymać ją na przykład przed wyrzuceniem po raz kolejny w bramę tego synalka nieszczęsnego. Yyy czy ta matka jest na przykład współpracująca i ona mówi, tak, ona chce, ona wie, że coś jest nie tak i ona by chciała pójść sobie z kimś pogadać po prostu profesjonalnym, tak? Ja mówię, że ja jestem tutaj od takiego wsparcia emocjonalnego, ja nie jestem psychologiem ani psychiatrą. Ta moja wiedza, yyy, mam nadzieję, że jest duża, ale ona nie jest y odpowiednia do prowadzenia takiej terapii przy biurku. Czy tam [pauza] rozmowa przy biurku, gdzie jest kilka innych osób, to w ogóle nie jest miejsce na przeprowadzanie takich, [pauza] takich rozmów,

zaczęłam porównywać przypadki, szukając potwierdzenia dla lokowania się pracownika socjalnego w roli niespełnionego terapeuty.

Uważna analiza materiału empirycznego zmieniła jednak moje wstępne założenie. Z wywiadów z rodzicami i pracownikami socjalnymi wyłoniła się postać sojusznika rodzica, którego głównym walorem i zasobem z punktu widzenia wsparcia rodziców jest jego praca z rodziną w terenie. Zaryzykowałabym nawet stwierdzenie, że medyczne definiowanie problemu alkoholowego jest jedynie nieznacznym elementem strategii pracy pracownika socjalnego. Alkoholizm jako choroba nie jest kwestionowana, jednakże na pierwszy plan wysuwa się definiowanie go jako zjawiska dewiacji, problemu moralnego rodziny czy szerszej środowiska.

Tak jak terapeuci, pracownicy socjalni będą podejmować działania na rzecz profesjonalizowania działań matek, ale innymi metodami (co związane jest oczywiście z innymi funkcjami społecznymi i formami pracy). W kontekście pracy z rodzicami osób szkodliwie pijących wyłoniłam kilka „metod” pracy. Oznaczam je cudzysłowem, ponieważ są to często samodzielnie wypracowane sposoby postępowania, bywa, że oparte na „niewiedzy” klienta co do przysługujących mu praw.

Troszeczkę manipuluję tą ich niewiedzą, no ale jeżeli to ma przynieść mi pozytywny efekt, to ja wcale żadnych wyrzutów sumienia w związku z tym nie mam. [...] ja ich straszę, że przyjdzie rachunek ze szpitala, jak on gdzieś wyląduje w bramie, a tak naprawdę jako pracownik socjalny przyjdę, zrobię potwierdzenie do świadczeń zdrowotnych na 90 dni, będą i tak ubezpieczeni. [PS]

I tak w odróżnieniu od terapeutów pracownik socjalny posiada narzędzia, które mogą sprzyjać wspieraniu matek zgłaszających się o pomoc w **dyscyplinowaniu** osób nałogowo pijących poprzez obligowanie ich do udziału w terapii:

[...] no jakby tutaj mam tą władzę [zawahanie] motywatorem dla nich są pieniądze. Więc ja mówię, „panie Iksiński, pan idzie się na Kilińskiego, tam przy izbie wytrzeźwień”. „No wiem gdzie, no wiem gdzie”. „No i tam się pan zapisuje, wybiera sobie pan terapeuta, pan się zapisuje i z kwitkiem, że pan się zapisał przychodzi do mnie. Następnie przynosi pan kwitek, że pan był na tej terapii”. [PS]

Praca nad definicją problemu w rodzinie polega na uświadamianiu różnych mechanizmów uzależnienia. Bywa, że jest to „praca nad pracą”, czyli podążaniem przez pracownika za oczekiwaniami i potrzebami klienta i pomaganiem mu w formułowaniu użytecznej, adekwatnej definicji: „Ja oczywiście nie mówię, że do psychologa, do [westchnienie] psychiatry, tylko że do doradcy życiowego, że tak się to nazywa, więc próbuję przekonać, pokazać, że to jest całkowicie normalne” [PS]. „Adekwatność” wynika ze znajomości kultury danego środowiska, dominujących w nim stereotypów i prawidłowości. Przykładowo pracownik socjalny wie, że na „pewnej” ulicy oswojony jest ruch AA. Na spotkania AA chodzą „prawdziwi alkoholicy”. Dlatego też nie będzie naciskał na osoby, by zapisały się np. na terapię do

poradni zdrowia psychicznego, ponieważ „[...] terapia indywidualna, tam to chodzą głupi, psychiczni, a na grupę, to chodzą alkoholicy. To lepiej być alkoholikiem niż psychicznym” [PSF].

Pracownik socjalny pracuje z rodzicami, których dzieci piją problemowo „małymi krokami”. Jest to **praca nad kruszeniem wielopokoleniowych wzorców (nie)reagowania**, specyficzne stopniowanie sposobów definiowania problemów, przekazywanie wiedzy, która „chowana jest do szuflady” i odkładana „na później”. **„Chowanie wiedzy do szuflady”** (sformułowanie użyte przez jedną go z pracowników socjalnych) jest wpisane w tę metodę, ponieważ mieści w sobie zasadę stopniowości. Bywa jednak, że gdy ta wiedza leży za długo w tej szufladzie, to problemy kończą się dramatem:

Więc na początku, fajnie, fajnie, fajnie, później schowają to do szuflady, bo, a, nagadała sobie, ale wszystko się w sumie ułożyło, przecież on nie pije od miesiąca i jest fantastycznie. No tylko żeby potem się nie okazało, tak jak ostatnio, że 3 miesiące mojej pracy i schowanie do szuflady, okazało się, że, no chłopaka znaleźli w bramie i już nie żyje. Mimo że i już zasiałam, już coś kiełkowało, y już zaczęliśmy pracę od podstaw, było wyrastanie małych celów i faktycznie te małe cele działały. Ale gdzieś ktoś coś schował do szuflady, nie pociągnął tego, no i chłopaka już nie ma. Więc może się zadziać również tak, że po prostu się [pauza] nie zdąży niestety. [PS]

Kurator sądowy z kolei stanowi pewnego rodzaju narzędzie systemu dyscyplinowania i ostatecznego rozwiązania problemu.

[...] „to niech pani go postraszy”, „to niech pani go zgłosi”, „to niech pani pogada z nim”. I to jest też właśnie tak, jak tutaj [imię terapeuty-uczestnika wywiadu] powiedział, że za dotknięciem różdżki, na zasadzie „niech pani coś zrobi, bo my już nie mamy siły”. [FK]

W końcu jest to **praca nad przerwaniem syzyfowości pracy nad zmianą dziecka**; praca nad zaniechaniem powtarzania tych samych działań, które nie zadziałały, likwidowaniem szkód, nawet jeśli się multiplikują, uświadamianiem, że gaszenie małego pożaru w przypadku uzależnionego dziecka powoduje wzniesienie dwa razy większego:

No to pojechał później do drugiego, go zawiozłam, do K. [duże miasto] sama go zawiozłam [pauza] i [westchnienie] dzisiaj go zawiozłam, już taki mi kamień z serca spadł, jadę do tej pani Beatki, mówię, że już nareszcie go zawiozłam, bo sam podjął decyzję, sobie znalazł, [westchnienie] że ojej, już taki kamień z serca. Przyjechałam do domu, na drugi dzień, ja jestem rano, drzwi się otwierają, a on wchodzi. Na drugi dzień. Normalnie jakbym zobaczyła, „mamusiu, tylko się nie denerwuj, nie denerwuj się, ja ci wszystko powiem [...]”. „Jak przyjechałeś bez pieniędzy, kłamał mnie”, bo kontrol go łapała później za te bilety i z tego Słupska przyjechał też na gapę, to miał później te, te, [zawahanie], no te kary, nie? I to jeszcze jakie, bo to wszystko jak się zaraz nie zapłaci, to ja już nic nie płaciłam. [RMS]

Obsadzanie w rolach

Dostrzegłam trzy wymiary obsadzania rodzica w rolach przez instytucje (specjalistów). Po pierwsze jest to element pracy nad jego profesjonalizowaniem. Po drugie instytucje wykorzystują rodzicielską bliskość do „celów” własnych. Po

trzecie natomiast jest to podążanie za potrzebami rodzica, który z różnych powodów stawia opór przed całkowitym sprofesjonalizowaniem, a wewnętrzne napięcia rodzicielskiej roli (zwłaszcza matki) nie pozwalają miłości na pełne „przejrzenie” na oczy. W tym ostatnim przypadku obsadzanie w określonych rolach ma na celu specyficzne kontrolowanie zła, zmniejszanie strat emocjonalnych, zdrowotnych i materialnych, jakie są udziałem bezwarunkowej macierzyńskiej miłości.

Dyscyplinowanie miłości poprzez powodowanie, że przestaje być ona ślepa na obietnice i manipulacje „alkoholika” i powoduje, że rodzic sprawdza się w roli **egzekutora**. Jest czujny i podaje deklaracje dziecka w wątpliwość:

Nie brał ich [narkotyków], bo ja chodziłam na różne takie spotkania, bo to trzech chłopców... narkotyki były prawda. Więc chodziłam na takie spotkania, żeby się dowiedzieć, prawda. Jaka reakcja jest żrenic [...]. Ja mówię „Marek coś mi ona tutaj nie pasuje”. Ja mówię do niej: „słuchaj” mówię „kobietko, ty chyba mi ćpasz”. „Ale skąd pani Aniu nie ćpam”. „Żrenice masz” mówię. Mariusz mówi: „nie kłam mojej mamie. Moja mama już wszystko przeszła. Ona ma rentgen w oczach”. Mówię, „bo jak chcesz, to ja mogę zrobić tobie badania. Idziemy na komendę i szybko ci zrobią”. I ona w tym momencie przyznała się. [RMS]

„Instytucja” wyposaża rodzica w fachową wiedzę, która pozwala się nie tylko sprawnie poruszać po systemie instytucji, które pełnią funkcje kontroli formalnej (dyscyplinującej dziecko w razie potrzeby, chroniącej rodzica w razie konieczności), ale także bycia **ratownikiem medycznym** swojego dziecka. W wywiadach z rodzicami pojawiał się wątek szczególnego stresu, jakiemu podlegają w sytuacji padaczki poalkoholowej, utraty przytomności przez ich upojone alkoholem dziecko itp. Poniżej rekonstruuję profesjonalizowanie matki przez pracownika socjalnego w tym zakresie:

[...] one są w szoku, że to tak można normalnie. No jak to co, „no kładziemy go na podłozie, trzyma pani główkę, żeby się nie poobijał, dzwonimy sobie, proszę bardzo, na pogotowie, wzywamy, zabierają na pogotowie. I krótko, a nie takie pos... podtrzymywanie, jątzeranie”. [PS]

Szczególnym rodzajem ról do obsadzenia są takie, w obrębie których obliuguje się rodzica (poprzez specyficzną manipulację, odwoływanie się do jego społecznych powinności) do bycia **informatorem** formalnej kontroli społecznej, a nawet **surogatem** (osobą, która poniesie konsekwencje wadliwych wyborów swojego dziecka). W materiale empirycznym pojawiała się postać komornika, który ściąga z matki dług syna, dzielnicowego, który dopytuje ojca o „alibi” syna, policjanta, który wymusza na ojcu zeznania na niekorzyść dziecka itp.

Komorników ma, komornicy przychodzą. Teraz się dowiedziałam właśnie, że musi chodzić na... na dozór policyjny, bo mnie spotyka dzielnicowy i mówi, pani Nowakowa, co z Andrzejkiem? Tu, bo... [RMS]

W obrębie wymienionego przeze mnie trzeciego wymiaru obsadzania ról punktem wyjścia jest uznanie, że wiele matek z różnych względów nie sprawdza się w porzucaniu roli osoby ochraniającej za wszelką cenę dziecko, zarządzającej autonomią dziecka, które nie radzi sobie w życiu.

[...] one muszą wiecznie sprawować opiekę i one muszą czuć się, tak, ważne [westchnienie] i spełnione w tym, że one po prostu są [pauza] ich po prostu własną Matką Boską [zawahanie] bro-warniczą. [PS]

Nie znaczy to, że taka „diagnoza” danej matki powoduje, że specjalista ją porzuca. Specjalista lokuje ją w roli osoby, która wymaga szczególnej uwagi i wsparcia, ponieważ **balansuje na granicy ryzyka**. Sygnalizowałam już wcześniej – bywa, że układany jest z nią plan reagowania minimalnego nastawiony np. na ochronę jej bezpieczeństwa, zapewnienie własnej przestrzeni do życia, niezawłaszczonej przez uzależnione dziecko.

Bywa, że rodzicom stawiane są wymagania osoby, która wspomagać będzie utrzymywanie abstynencji dziecka „po terapii” – będzie środowiskowym alkohatem i informatorem o stanie (nie)trzeźwości przedstawiciela instytucji, który z różnych powodów kontroluje problem. Będzie osobą, która zorganizuje swoje życie wokół trzeźwienia alkoholika, rodzicem, który „daje przykład” swojemu dziecku i razem z nim ponosi koszty jego nałogu/abstynencji.

[...] na przykład rodzice nie są alkoholikami, ale sobie wyjdą gdzieś tam, jakieś piwo czy wino czy jakiś inny alkohol i sobie spożywają, więc nie mówię już, że w jakichś wielkich ilościach, ale nie motywują w ogóle w żaden sposób do zaprzestania, czy żeby ta osoba nie wkroczyła z powrotem na tą drogę spożywania i potem nadużywania tego alkoholu. Poza tym inne jakby jeszcze te postępowania, zachowania tej rodziny powodują, że ta osoba wraca do tego nałogu dosyć szybko, więc to leczenie, to powinno być właśnie i tej osoby uzależnionej, ale rodziny. [KF]

Rodzice obsadzani są przez specjalistów w rolach **asystentów systemu**, tj. osób, które będą mobilizowały i obligowały dorosłe dzieci – klientów pomocy społecznej, do chociaż minimalnej aktywności. Rodzice wykorzystywani są więc do działań np. pracownika socjalnego na rzecz wyjaśnienia problemów formalnych, starań zwiększających podjęcie pracy czy specyficznej „widoczności” człowieka w instytucji czy w systemie w ogóle: „[...] to go za łeb wezmą po porostu i do PUP, żeby się zarejestrował, y żeby był chociaż ubezpieczony” [PS].

Oczywiście, nie wyczerpałam wielości ról, w jakich obsadzani są rodzice przez specjalistów. Zasygnalizowałam jedynie te, które najsilniej ujawniły się w pozyskanym przeze mnie materiale empirycznym.

Na zakończenie odniosę się do roli, w której rodzice osób zgłaszających się po pomoc do instytucji leczenia odwykowego obsadzani są najczęściej i najsilniej – **roli pacjenta**.

Oczywiście zdaję sobie sprawę z tego, że kiedy rodzic przekracza progi instytucji, która „rozlicza się” z liczby osób, które korzystają z jej usług, musi stać się konkretnym „przypadkiem” zarejestrowanym i odnotowanym w aktach. Użytkownicy instytucji leczenia odwykowego automatycznie nabywają status pacjenta. Kiedy jednak spojrzeć na tę sytuację przez inną optykę niż sprawy organizacyjno-formalne, to uderza siła „działania” tej roli na rzeczywistość pomagania i korzystania z pomocy.

Zacznę od tego, że terapeuci ani razu nie wyszli ze swojej „roli” i nie padła z ich ust żadna inna nazwa niż „pacjent” (zamiennie stosowane określenie z rodzicem – matką, ojcem). Tylko w przypadku jednej z terapeutek, która od

lat prowadzi prywatną praktykę terapeutyczną, pojawia się słowo „klient”, które zdecydowanie wyparło z wywiadu z nią słowo „pacjent”. Prawdopodobnie związane jest to z pewnym nawykiem środowiska psychologicznego i terapeutycznego w ogóle. Jednak kiedy spojrzy się na to z innej strony, zza murów instytucji czy drzwi gabinetów, można dostrzec, że rodzicom odbiera się status sojuszników i partnerów interakcji „pomocowej”. Wręcz przeciwnie, nabywają status osoby chorej, z zaburzeniem. Samo przekroczenie progów instytucji odwykowej czy poradni zdrowia psychicznego jawi się jako specyficzne podpisanie cyrografu na „bycie pacjentem”.

O „byciu pacjentem” jako zjawisku i konstrukcie społecznym pisałam w części poświęconej zjawiskom medykalizacji i roli języka w kształtowaniu rzeczywistości społecznej. Gdyby więc rzucić perspektywę języka jako narzędzia kształtowania rzeczywistości społecznej rodziców dzieci z problemowym pićm oraz medykalizacji jako dominującej perspektywy definiowania tego, co się dzieje z rodzicielstwem, to nadawanie etykiety pacjenta rodzicowi może uruchamiać pewną refleksję. Otóż przypięcie etykiety pacjenta można rozpatrywać jako legitymizację społecznego piętna rodziny alkoholowej, stygmatu rodzica, który zawiódł jako matka/ojciec. Nadanie statusu pacjenta bezpośrednio podważa kompetencje rodzicielskie. Rodzicielstwo podlega leczeniu.

Zanim przekroczyło się progi instytucji, było się osobą, której jest trudno w życiu, która ma problem z dzieckiem. Osoba uchyla rąbek kurtyny, za którą skrywa problemy rodzinne poprzez wyżalenie się sąsiadce, rozmowę z księdzem, lekarzem pierwszego kontaktu. itp. Wielość ról, w jakie dobrowolnie wchodzi rodzic (osoby radzącej się sąsiadki, żalającej się przyjaciółce, złorzeczącej „alkoholikom” pod sklepem, którzy mają „zły wpływ” na jej dziecko itp.), powoduje, że jest osobą zatroskaną, szukającą zrozumienia i wsparcia. Natomiast rodzic-pacjent to taki, który kwestionuje pomocność zasobów innych niż „profesjonalne”. Cały ciężar swojego rodzicielstwa opiera na instytucji. Nie dostrzega lub kwestionuje, a na pewno pomniejsza wartość i nie rozwija zasobów pozainstytucjonalnych.

B: A jak się wykorzystuje na przykład takie nieformalne wsparcie typu koleżanki, sąsiedzi... ma sens y do nich się zwracać o pomoc jakąś? [...] jaką rolę odgrywają tu sąsiedzi czy pani przyjaciele?

RMS: Wie pani, tak jak... tak jak w chorobie alkoholowej, proszę panią, [pauza] y nie ma recepty [pauza], natomiast sąsiedzi, no to wie pani, pójdzie pani do, do sąsiadki, czy do kogoś, kto tam przez to przeszedł i powie, ja zrobiłam tak i tak. [pauza] No ale u pani na przykład, czy tam u mnie nie zda to egzaminu, nie?

B: Nie zda, mhm.

RMS: A może przynieść odwrotny skutek. Więc [zastanowienie] [cmoknięcie], no odradzałabym, nie, nie, odradzałabym takie wsparcia, takie typu sąsiedzko-przyjacielskie, raczej szukałabym pomocy u specjalistów. Czyli nie trzymać się zdrowego rozsądku i tych rad, tylko raczej jak gdyby specjalistyczne jakieś... nie na siebie to wszystko brać, tak? Bo specjalista... wie pani, no pokaże drogę, tak, mmm [zastanowienie] powie, jakie [zawahanie] są sposoby, nie powie, masz tak zrobić. A sąsiad, czy, czy ktoś, kto przez to przeszedł, powie, ty zrób tak, bo, bo u mnie to się udało. [...] No mówię, nie, nie, nie, nie, myślę, że to takie sąsiedzkie nie bardzo, bo to [westchnienie], mówię, nie ma recepty na to, tak? A ludzie uważają, że on jak przez to przeszedł, to on już jest mądry i u niego to będzie... najlepsza metoda.

Kończąc rozważania o tej wyraźnej roli, w jaką włączany jest i w jaką wchodzi rodzic „alkoholika”, można powiedzieć o pewnym paradoksie: rodzice idą do instytucji po poradę, informację, a wychodzą z niej z diagnozą osoby z zaburzeniem. Wobec takiej sytuacji czy dziwić może opór wielu rodziców przed zwracaniem się do instytucji po pomoc oraz delegowanie do niej tylko osób, które „mają problem”, ponieważ nałogowo piją alkohol? Czy dziwić może rodzicielstwo, zwłaszcza starszych osób, które opiera się procesom profesjonalizacji i medykalizacji i nowym (a właściwie dodatkowym) etykietom?

Na skrzyżowaniu oczekiwań

Kategoria „na skrzyżowaniu oczekiwań” najsilniej związana jest z mertonowską ambiwalencją⁹⁶ rozumianą jako niekompatybilne oczekiwania normatywne w obrębie pojedynczej roli (czy statusu) społecznego (oczekiwań dotyczących postaw, przekonań i zachowań). Krzyżowanie się oczekiwań to kategoria, jaką wyłoniłam, analizując działania rodziców, zwłaszcza matek, które realizują program reagowania na podstawie ekspertyzy. Mowa o dwóch takich „skrzyżowaniach”. Pierwsze związane jest z tym wszystkim, co się dzieje **między przeciwległymi definicjami roli matki**: „prawdziwa” matka vs macocha. Drugie natomiast dotyczy **wykluczających się oczekiwań formułowanych przez instytucje**, co ma znaczenie wzmacniające dylematy roli związane z pierwszym „skrzyżowaniem”.

Pytanie o to, kim jest „prawdziwa matka”, nie wymaga odpowiedzi. Wystarczy wspomnienie sentencji Józefa Ignacego Kraszewskiego, by mieć pełną definicję takiej roli: „Jest jedna miłość, która nie liczy na wzajemność, nie szczędzi ofiar, płacze a przebacza, odepchnięta wraca – to miłość macierzyńska”. Przejmujący fragment specyficznego pożegnania się z macierzyństwem, które jest ochraniające, „dające radę” siłami miłości do dziecka, i kryzys, powodowany pierwszym zetknięciem się matki z metodyką instytucji oraz uświadomienie sobie swojej niemocy wobec uzależnienia syna, pochodzi z wywiadu z matką, której dziecko ma postawioną diagnozę uzależnienia od narkotyków (na marginesie – następną diagnozą było uzależnienie od alkoholu). Matka wyrusza w drogę do specjalisty po potwierdzenie nadpobudliwości u swojego syna:

No tam mi wyznaczyła datę, żeby przyjechać [pauza] przyjechać. I właśnie wtedy jak jedziemy drugi raz, ja jeszcze tak czekałam, że on z tej szkoły nie przychodzi, zaczęłam się denerwować, bo mówię, korki, spóźnimy się, [westchnienie] jechaliśmy za Łowicz, ja się denerwuję, na niego krzyczę i mówię, „zobacz, prosiłam cię, żebyś przyszedł, nie przyszedł, spóźnimy się”. A on mówi tak, „mama, zatrzymaj się, ja chcę z tobą porozmawiać”. No to wtedy miał 17 chyba lat. [cmoknięcie] I [westchnienie], i mówi do mnie, [pauza] „niepotrzebnie”, mówi, [zawahanie] „do tej psycholożki”, on nazwał, „mama, niepotrzebnie jedziemy do tej psycholożki, ja ci powiem całą prawdę”. „Jaką?” A on mówi, „ja biorę narkotyki”. [pauza] [westchnienie] A ja wtedy, no serce mi stanęło, no bo to ja nawet nie miałam pojęcia, jakie są te narkotyki, co to jest. Ja się pytam „jakie?”, a on mi powiedział, że amfetamina [pauza], amfetamina. Ja później dopiero się pytałam, bo wtedy też jeszcze, teraz mamy internet, a wtedy to ani internetu, nie, nie, i pytałam się, „co to ta amfetamina, co to?” [westchnienie]. I nawet ta pani Ewa,

⁹⁶ R. M. Merton, *Sociological ambivalence...*: 6–7.

która tu prowadziła później tę terapię, nawet nie wiedziałam, że w Łowiczu coś takiego jest, dlatego do tej Łodzi tamta mnie skierowała, ta pani może też nie wiedziała. I co, i mimo wszystko ja pojechałam jeszcze do tej Łodzi, żeby z nim... [pauza] Ale jak mi to powiedziała, ja byłam chora wtedy, ja 3 dni byłam chora, ja w ogóle nie wiedziałam, jak to działa, no tak muszę się przyznać, no taka byłam prosta, tępa, że, no nie nic nie wiedziałam, tylko, no sobie wyobrażałam, to coś straszego, [westchnienie], no bo z tego, co tam trochę w telewizji słyszałam. [westchnienie] I pojechaliliśmy, [pauza] [cmoknięcie], no i ta pani do mnie mówi, że on jednak musi... [pauza] yyy, no chyba do ośrodka go trzeba skierować. A ja sobie myślę, nie, moje dziecko, ja wszystko zostawiam, tak przypilnuję, będę pilnowała, [pauza] żeby do tej szkoły chodził, bo on do tej szkoły..., tam nie miał zaległości, bo jakby miał..., sobie zresztą z nauką to dawał radę. I [westchnienie] i przypilnuję go i do żadnego ośrodka... Gdzie moje dziecko do ośrodka, myślałam, że to świat się zawali, jak on pójdzie do ośrodka. [westchnienie] No i jakoś tak przyjechaliliśmy i to, ale [westchnienie] nie, nie, on mnie kłamał, on jeszcze tego samego dnia jak wróciliśmy to tam mnie okłamał, że do kolegi, a później tam wywiad zrobiłam, że już wtedy sobie tam wzięli, nie? [westchnienie] I próbowałam go tak trochę pilnować, ale cuda robiłam, Boże, kłamki powymawiałam i z okna, zamykałam go, no tak myślałam, że takim sposobem, że go nie wypuszczę, do tej szkoły go zaprowadziłam, to nie, nie, nie dawało rady. I poszedł, [westchnienie] poszedł właśnie na tę terapię do [pauza] do Zielonej Góry, to jest taki młodzieżowy ośrodek. [cmoknięcie] A miał być tam na rok, Yh, no bo ja mówię, szkoła, no niby tam mówili, że szkoła, tam też może się uczyć, no coś tam. Tutaj później ta pani mi poszła na rękę, no tam te semestry zaliczał. [westchnienie] No i tam był, [pauza] tam miał być rok, ale nie wytrzymał tego roku. Jeździłam co miesiąc tam były właśnie..., to mi dopiero tam dużo dały rozmowy, bo ta dyrektor prowadziła taką terapię dla rodziców, no później mieliśmy to spotkanie popołudniu, do południa było to spotkanie i dopiero tam nabierałam wiedzy, jak to działa, co to jest, dlaczego to jest. [westchnienie] I [zastanowienie] i dobrze, dużo mi to dawało. [RMS]

W program reagowania oparty na instytucji wpisuje się przede wszystkim profesjonalizacja matki. Oznacza to, że dla „dobra dziecka” ma ona wyjść z romantycznej roli matki, która odsuwa niebezpieczeństwa z drogi i niezmiennie wybacza utracjuszom. Czy „prawdziwa matka” wysyła dzieci do lasu „na zgubę”? Czy zostawia je w lesie, mimo ich protestów i płaczu, by pozyskały samodzielność i nauczyły się konfrontować z przeciwnościami losu oraz „wzięły sprawy w swoje ręce”? Profesjonalna matka musi wcielić się w postać baśniowej „macochy” z Jasia i Małgosi, która, ratując dom, wysyła dzieci do lasu.

Kiedy profesjonalna matka „dla dobra dziecka” wyrzuca je z domu, jest to najbardziej krytyczny moment jej rodzicielskiej biografii. Rekonstruowałam przejmujący fragment wywiadu, w którym kobieta opisuje swoje przeżycia towarzyszące temu działaniu w rozdziale 2.2 w punkcie pt. *Obliczanie strat* i dlatego nie będę szczegółowo po raz drugi opisywać przebiegu takiej sytuacji.

Bywa, że matki chronią swoje macierzyństwo poprzez przekazanie dziecka pod opiekę Boga. Matka znajduje w Bogu ukojnie dla dramatycznej sytuacji, w jakiej się znalazła. Bóg wybacza; bywa jednak, że traci dziecko bezpowrotnie. Pozostawione w lesie bez opieki nie potrafi samodzielnie o siebie zadbać bez wsparcia matki. Gubi się, a matka pozostaje w roli tej, która straciła dziecko, mało tego – pozwoliła, by przypadło w tym lesie. W tym kontekście oczekiwanie przez specjalistów czy nawet obligowanie kobiety do pozostawiania swojego dziecka w lesie bez pomocy jawi się jako stawianie wymagań ponad ludzkie możliwości. Podobnie, choć oczywiście w mniej dramatycznym przebiegu, sytuacja ma się do „zamykania lodówki” przed głodnym dzieckiem. Egzystencjalny wymiar takiego działania również sygnalizowałam w opisie rodzicielskich strat. W tym miejscu zaznaczam, że są to specyficzne koszty sprofesjonalizowania matki, z którymi musi się ona liczyć i które są wliczone w ryzyko oparcia programu reagowania

na instytucji. Są bardzo realistyczne i to dlatego kobiety stawiają ogromny opór w sytuacji, w której dostają takie zadania od terapeutów: zamknąć lodówkę, zaryglować drzwi, wyrzucić, eksmitować.

Nic więc dziwnego, że matki negocjują te zadania do wykonania – np. je dawkując. Oznacza to sytuację, w której wprowadzane przez nie ograniczenia oznaczają stopniowanie dolegliwości bądź wdrażane są połowiczne obostrzenia warunków. Towarzyszy temu specyficzna praca nad konsekwencją, ponieważ jest to nakaz, jaki w pierwszym rzędzie jest internalizowany podczas pracy z terapeutami czy innymi specjalistami. **Dawkowanie** jest działaniem przemyślanym i nie jest intuicyjnym porzucaniem pewnych zachowań opiekuńczych czy ochraniających, ale rodzajem działania na miarę sił i możliwości. Dawkowaniem nie będzie na przykład sytuacja, w której matka przestaje prac ubrania synowi, a następnie wraca do tej czynności zmuszona brudem, który przeszkadza jej w codziennym kontakcie z nim. Dawkowaniem będzie więc np. zaprzestanie przygotowywania posiłków i pozbawianiem swobodnego dostępu do „domowej” żywności. Wydawać by się mogło, że jest to zabieg nietrudny i niewymagający szczególnych poświęceń. A jednak dawkowanie polegające na zaprzestaniu karmienia swojego dziecka, które jest głodne, nie jest łatwym działaniem. Poprzedzone jest specyficzną walką z matczynym nakazem roli, w który wpisana jest troska o to, by dziecko nie odczuwało głodu, z symboliczną i kulturową postacią „matki-żywicielki”.

Dawkowanie wiąże się nie tylko z wybiórczym (aczkolwiek konsekwentnym) ograniczaniem wsparcia. To także działanie nastawione na organizowanie warunków osiągnięcia dna, przerywania pasma pozorowanych sukcesów „mimo alkoholizmu” przy jednoczesnej ochronie części degradowanego wizerunku dziecka. Doskonale ilustruje tę sytuację działanie matki, która „donosi” na swoje dziecko i bezpośrednio przyczynia się do doświadczenia bolesnych i wyraźnych szkód powodowanych nałogowym pićciem, a jednocześnie inwestuje wiele energii w to, by jej syn wyszedł z zaserwowanej przez nią opresji honorowo:

Boże, ten jego przełożony, no też, no jakąś tam, ma tam... w tym wojsku są te stopnie, dobra, mówię, „powiedz jemu, niech rano go wezmą na alkomat. Ja już dłużej tego nie mogę wytrzymać, on tam mieszka w tych blokach [westchnienie], ja byłam wieczorem o ósmej, jest libacja, śpiewanie, na wesoło wszystko, on idzie rano do pracy na 6, jaki on będzie? Niech go wezmą na alkomat”. [pauza] No i dobrze, on powiedział, że „dobrze, czy ja to, czy ja nie żałuję..., czy ja to dobrze robiłam”. „Słuchaj, no ale co tu jest do stracenia, no co tu jest do stracenia, niech go wezmą, niech postawią go przed takim faktem dokonany, bo wyjdzie mu na pewno” [westchnienie] Y „to [pauza] [cmoknięcie] yyy to albo na leczenie, albo niech idzie na terapię, a jak nie, to do widzenia z pracy”. No i tak było, rano tylko czekałam, jeszcze wtedy u tego syna tego [zawahanie] mądrego, niech będzie, [westchnienie] yyy pilnowałam dziecko, no i tak drżałam. I jest telefon, i z wojska, żebym przyjechała po synusia. Tam go wzięli na bok, [westchnienie] może by go dyscyplinarnie, no ale ze względu na tego syna też, nie, tak, że to było tak powiedziane [zawahanie] od mamusi. No i wzięli go tam na bok, wyszło mu na alkomacie. Ale mało to, że jeszcze alkohol, to jeszcze miał amfetaminę, bo on chyba sobie tą amfetaminą, [zawahanie], no że wykapał się i już żywy, bystry i przyszedł żołnierz tak. [rozbawienie] No i zadzwonili do mnie, żeby go tam zabrać od zaplecza, żeby tu nie przez te, yyy, nie przez te portiernię. Boże, ja nie wiem, co robić, zadzwoniłam do tego [terapeuty], „słuchaj no... I żeby go zawieźć, że się zgodził na terapię”. [westchnienie] No to ja do tego syna mądrego [rozbawienie], niech będzie, yyy, mówię, „słuchaj, no taka sprawa, musisz, musisz z tym”, no tak mi też chodziło o tę synową, co ona powie, nie? „ale dobra, musisz, ja jadę do dzieci, a ty w tej chwili, ty jedziesz, bo to nie pasuje mama z synusiem wojskowym, tak, tylko ty go bierzesz i jedziesz na [lokalna nazwa oddziału odwykowego] z nim”. [RMS]

Dawkowanie to także odraczanie podejmowania nieodwracalnych decyzji, trudnych działań. Kiedy się czyta niektóre wywiady z terapeutami, nasuwa się nawet takie skojarzenie, że istnieją sytuacje, kiedy to rodzice muszą osiągnąć metaforycznego dna, by wprowadzić realizowany czasem długimi latami plan w życie:

[...] taki przykład, kiedy już jest orzeczona eksmisja [pauza] i ci rodzice od roku zwlekają [pauza], żeby, żeby ją wprowadzić w życie i kolejny rok ten człowiek pije, prawda, kolejny rok, pytanie, co by było, bo, bo nie wiemy, co by było, możliwe, żeby on, wie pani, no wyszedł na ulicę, nie wiem, umarł, no, no nie wiem, co by było, nie, natomiast, natomiast yyy [zawahanie] oni zwlekają. [...] pogodzenie się z tym, że trzeba własne dziecko wyrzucić, no dziecko, które się pielęgnowało całe lata i tak dalej, znieść to, co powiedzą sąsiedzi, rodzina i tak dalej. [PTU]

Bywa, że dawkowanie zakłada pewne odstępstwo od konsekwencji w działaniu. Można wtedy mówić o pewnym **warunkowym zawieszeniu konsekwencji**. W materiale empirycznym odnotowałam „ugięcie się” matek w sytuacjach szczególnie ważnych spotkań rodzinnych czy świąt, np. wigilii. Marek Staniaszek przywołuje przejmującą historię matki, której dorosły syn borykał się z uzależnieniem i która wyrzuciła go z domu w ramach zadania „organizowanie warunków na rzecz osiągnięcia dna”:

[...] W wigilię przyszedł syn, który nie mieszkał w domu. Mieszkał na ulicach Warszawy. Przyszedł i chciał, żeby go wpuściła na wspólną kolację wigilijną. Jak nie wpuścić dziecka na wigilię? Kobieta miała dylemat, bo poprzednio, gdy go wpuszczała, to on pomimo obietnic stałe okradał ją, wynosił wszystko. Ale to był szczególny dzień. Jak można nie spożyć wspólnej wieczerzy wigilijnej? I ona przygotowała tę wieczerzę. Połowę mu dała, ale do mieszkania go nie wpuściła. I on na tej klatce schodowej pod drzwiami spożywał tę kolację wigilijną, a ona samotnie – u siebie. [E]

„Dawkują” proces osiągnięcia dna przez dziecko również kobiety, które mając za sojuszników pracowników socjalnych, formalizują status ich w urzędach – miejscach, do których potencjalnie może się ono zwrócić o pomoc dziecka – zanim je wyrzucą z domu.

[...] jak im się mówi, to go wymeldować, to go wymeldują. To złożą wniosek taki, siaki, to napiszą ze mną do komisji rozwiązywania alkoholów, to go za łeb wezmą po prostu i do PUP, żeby się zarejestrował, y żeby był chociaż ubezpieczony. [PS]

Do działania nazwanego przeze mnie dawkowaniem zaliczyłam jeszcze inną sytuację związaną z organizacją warunków na rzecz „osiągnięcia dna” przez dziecko. Bywa, że rodzic wchodzi w sojusz z policją i doprowadza do tego, że dorosłe dziecko, które oprócz tego, że patologicznie pije alkohol, to uczestniczy w kradzieżach czy w inny sposób wchodzi w konflikt z prawem i trafia do aresztu. W ten sposób „osiągnęło dna” co prawda, ale jest odbywa się to w warunkach kontrolowanych przez jakąś instytucję. Podobną taktykę matek „narkomanów” wyłoniła Trębińska-Szumigray, która dodatkowo nadała jej znaczenie strategii ominięcia prawno-formalnych przeszkód związanych z tym, że nie można syna zmusić do leczenia. Przytoczę fragment rekonstruowanego przez badaczkę wywiadu, który doskonale ilustruje wielość celów, jakie osiąga matka takiego dawkowania

w przebiegu organizowania warunków na rzecz „osiągnięcia dna”: „[...] poszłam na policję i zgłosiłam kradzież [...]. Ty jesteś chory [...] pójdziesz do ośrodka. On mówi, że nie pojedzie. Ja mówię z takim stoickim spokojem: »nie szkodzi, policja cię zawiezie«⁹⁷.

Muszę w tym miejscu na marginesie zaznaczyć, że bywa, że „oddanie syna” na policję, w ręce wymiaru sprawiedliwości, bywa rozpatrywane przez niektórych specjalistów jako jedyny ratunek dla życia osoby z diagnozą bardzo zaawansowanego uzależnienia od alkoholu. Sens takiego działania „ratowniczego” doskonale oddaje następujący fragment wywiadu:

[...] Ona mi mówi: „Zdecydowałam się, żeby nim wstrząsnąć, żeby nim wstrząsnąć”. To jest bardzo trudna sytuacja, tak jak cała kwestia, co się ma dziać z dzieckiem dorosłym będącym w nałogu. Jedną z ostateczności jest izolacja więzienna dla ratowania życia. Trudno jest terapeutę, lekarzowi mówić: „To lepiej niech on trafi do więzienia”. Nabieram jednak coraz więcej przekonania, że to jest czasami jedyna możliwość przedłużenia życia. To jest, jak mówiłem, bardzo trudne i kontrowersyjne, ale też to jest potwierdzone przez pacjentów. „Ja bym nigdy nie przestał brać, nigdy bym nie przestał pić, gdybym się nie znalazł w więzieniu”. Tu już nie chodzi o możliwość terapii więziennej. Ale to jest dla nich otrzeźwienie życia. Bo pójście do ośrodka jest często traktowane jako tymczasowe – „w każdej chwili mogę z niego wyjść” i wychodzę po kilku dniach lub tygodniach. Te wszystkie mechanizmy psychologiczne i uwarunkowania środowiskowe zostają. Czas więzienny pozwala na izolację od narkotyku, alkoholu, nałogowego środowiska. To jest także regeneracja organizmu, połączeń neuronowych w mózgu, odbudowywanie różnych przekazników. [E]

Kolejnym rodzajem negocjowania wymogu zorganizowania dziecku warunków, w którym „osiągnięcie dna”, jest **pozorowanie** wykonania zadania. Rodzice nie skończyli jeszcze pracy nad sprofesjonalizowaniem swoich działań. Pozostają na skrzyżowaniu oczekiwań własnej roli i zadań, jakie im daje do wykonania terapeuta, a które wymierzone są bezpośrednio w normy kulturowe roli rodzica. Nie wiedzą, w jakim kierunku mają zmierzać ich działania, ponieważ emocje mówią im jedno, a rozum co innego. Pozorowanie to objaw silnych napięć, jakie się dokonują wewnątrz roli, zwłaszcza matki – kochającej i wymagającej, ochraniającej i dającej warunki dla autonomii. Ochranianie nie działa i dlatego rodzice przyparciu do ściany w związku z dramatycznymi wydarzeniami powodowanymi szkodliwym pićciem ich dziecka upatrują w instytucji jedyne źródło wsparcia w walce z nałogiem syna czy córki. Mimo niewykonania zadań wracają do terapeuty po kolejne instrukcje (lub już do niego nie wracają). Jest to taka sytuacja ścierania się w obrębie roli matki emocji i rozumu. Wydaje mi się, że całkiem dobrze to ilustruje to poniższy fragment wywiadu:

PTU: [...] tacy, którzy, nie wiem, trochę dla świętego spokoju mówią, że tak zrobią, prawda. Gdzie akurat, jak zdarza mi się dawać jakieś zadania, no to zawsze pytam, na ile mają zgodę na to, żeby to zrobić, prawda.

B: Aha.

PTU: I to jest taki... Mogą wtedy powiedzieć, że „nie”, ale rzeczywiście najczęściej... mówią „tak” i po prostu tego nie robią później.

B: A potem rozmawiacie o tym?

PTU: Tak, jak wróci taki pacjent, to tak, bo często też może nie wrócić i... Tak, no zdarza się, że tak „yhm” przytakują dla świętego spokoju, to tak. I to widać często, prawda.

⁹⁷ E. Trębińska-Szumigraj, *Współzależnienie matek...*: 149.

Bywa, że zgoda matek na realizację zadań stawianych przez terapeutę wynika z szacowania strat. Ona zrobi wszystko, co do niej należy – nie wpuści syna do domu. Wie jednak, że nie stanie się mu krzywda, bo nie wystawia go za drzwi „na pastwę losu” (np. nie jest jedynym zasobem wsparcia, jakie posiada dziecko). Jest to więc rodzaj pozorowanego wypełniania zaleceń, praca nad „byciem w porządku” wobec sojusznika-terapeuty przy jednoczesnym chronieniu przed nim swojego macierzyństwa:

[...] mają poczucie, że mogą yyy być konsekwentni w stosunku do swoich dzieci, bo te dzieci na przykład mają pracę, tylko z nimi mieszkają, więc wiedzą, że w razie czego jak oni odmówią im mieszkania... nie wpuszczą to on sobie poradzi, prawda? To jest taki yy typ rodzica też, z którym mmm szybciej można pewne działania omówić takie możliwe, jeżeli chodzi o postępowanie, prawda, z taką osobą pijącą. [PTU]

Powyżej opisane problemy związane z profesjonalizowaniem działań matki, w przebiegu którego musi ona wyjść z roli „dobrej matki” i wejść w postać „macochy”, nie kończą się na podjęciu decyzji. Wręcz przeciwnie. Jest to rodzaj straty nieodwracalnej (pisałam o niej w części poświęconej rodzajom strat). Przykładowo trudność tę widać w rekonstruowanej przez jedną z matek rozmowie z synem, który po okresie „banicji” wraca do domu i wyraża zgodę na podjęcie terapii. Cel jej dramatycznych działań został osiągnięty, ale nie dostaje ona przecież nagrody. Wręcz przeciwnie syn czyni matce wyrzuty i podaje w wątpliwość jej „prawdziwe” macierzyństwo: „Jak mogłaś mnie wyrzucić?” [RMS]. W pytaniu tym odnaleźć można bettelheimowskie⁹⁸ interpretacje wydarzeń, jakie rozgrywają się w finale wspomnianej już przeze mnie baśni o Jasiu i Małgosi. Kiedy „zwycięskie” rodzeństwo wraca do domu bogatsze o kompetencje samodzielności i złote talary, nikt nie pyta o macochę. Rzucają się w objęcia obojętnego wcześniej, nieobecnego ojca. Baśń kończy się szczęśliwie. Zła macocha już nie żyje. Podobnie jest w sytuacji wyrzucenia syna z domu – nie znajduje ona uznania w oczach swojego dziecka, któremu ratuje być może w ten sposób życie. Wręcz przeciwnie, syn odwołuje się do kulturowego nakazu roli matki, która „kocha dziecko mimo wszystko” i chroni je przed cierpieniem. Definiuje jej zachowanie w kategorii porzucenia swojego dziecka. Nawet jeśli wyrzuty, jakie jej czyni, są rodzajem szantażu emocjonalnego, to trafiają w bardzo czuły punkt. Dokonuje sądu na macierzyństwie swojej matki i kieruje oskarżenia na tory, których kobiety boją się najbardziej – posądzenia o bycie złą matką (jak macocha). Odwoływania się do podobnych, kulturowych zobowiązań roli ojca i kwestionowania jego lojalności wobec dziecka nie odnalazłam w materiale empirycznym.

To dlatego właśnie bywa, że matki poszukują rozgrzeszenia u swoich „porzucanych” dzieci i upewniają się, że je dostają:

I ta jego emocjonalność od dziecka, że był taki, że już był taki, że to według mnie, to rzeczywiście było to ADHD. I on też jest tego świadomy, też z nim rozmawiam, że „ty już się taki urodziłeś”. [wstchnienie] Y, no on mówi, „mama, przecież ja ciebie nie obwiniam o nic, no nie?” [RMS]

⁹⁸ B. Bettelheim, *Cudowne i pozytywne...*

Porzucenie swojego dziecka stanowi rysę na macierzyństwie. Każda historia matki jest przejmująca. Dramat wzmacniany jest słowami „udać, że się nie widzi własnego dziecka”, „wyrzuciłam”, „zostawiłam”, „porzuciłam” i nie są to tylko symboliczne zwroty. W poniższym fragmencie zaznaczyłam te fragmenty wypowiedzi, które stanowiły próby znalezienia zrozumienia u badaczki. Mimo niewątpliwej pracy, jaką wykonała nad tym doświadczeniem (które z perspektywy czasu miało miejsce wiele lat temu), rekonstruuje je bardzo emocjonalnie, wzrusza się. Dynamikę emocji towarzyszących tej części wywiadu potęgowało to, że narratorka wyraźnie szukała także (mowa ciała, spojrzenia) zrozumienia dla swoich decyzji, kontrolowała odzew badaczki, podążała za jej reakcją. Jej macierzyństwo (wciąż) szukało rozgrzeszenia:

[...] my jedziemy później, [...] z mężem [do ośrodka terapii w odwiedzinie], ja się tak psychicznie przygotowałam, że go nie brać i jedziemy, a on idzie sobie taką dróżką z tym plecakiem. **I teraz pani powie, minąć swoje dziecko, zostawić bez grosza**, on tam złotówki nie miał, i jechać. Ja nie mogłam, ja nie mogłam, ja mówię, [westchnienie], no to [westchnienie] ja się zatrzymam przy nim, mimo że oni nie kazali w ogóle się do niego odezwać. Zatrzymałam się, on płakał, ja płakałam. „I mówię, no co ty teraz masz zrobić?” „Nie wiem, co mam zrobić, nie wiem, co mam zrobić”. [...] „Ale ja cię, słuchaj, ja cię nie wezmę, mówię, ja cię nie wezmę”. **Miejsce w samochodzie z tyłu, pani powie, jakie to było straszne.** [westchnienie] I nie wzięłam go, nie wzięłam, ja tylko mówię, „słuchaj Marcin, ty [westchnienie] nie możesz do domu wrócić, ja cię nie przyjmę, nie masz szans”, [...]. To było dla mnie coś okropnego, **ja się co parę kilometrów zatrzymywałam, bo nie mogłam jechać, nie?** No jak ja dziecko zostawiłam gdzieś tam na drodze, moje dziecko, takie dobre, które mi tyle pomagało? Yyy on był taki bardzo uczuciowy jest, on na dzień to do mnie, [westchnienie] [cmoknięcie] „mamusiu, kochasz mnie, kochasz mnie?” I tak do tej pory, nie? I takie dziecko zostawiłam, **mówię, ja sama, świat mi się zawalił,** [wzruszenie] **czy ja dobrze zrobiłam, że się posłuchałam, czy nie.** [wzruszenie] [westchnienie] I dobra, przyjechałam, nie mogłam spać, nie mogłam nic. [RMS]

To dlatego też w niektórych wywiadach z matkami rekonstruowane są działania na rzecz poszukiwania i odnajdywania przez nie przestrzeni, w obrębie których mogą zyskać **potwierdzenie ich dobrego macierzyństwa**. Przestrzeń taką gwarantują im terapie, w których dochodzi nawet do specyficznego „rozgrzeszenia” macierzyństwa kobiet, które mają „nieudane dzieci”. Specyficzny spokój rodzicielski pozyskują w grupach wsparcia koleżeńskiego zorientowane na rozwiązywanie innych problemów emocjonalnych (np. u Amazołek). Ukojenie swoich rodzicielskich dylematów znajdują również u księdza, częściej u Boga. Rodzice mogą stanąć przed Bogiem jako ci, którzy zrobili wszystko co w ich mocy. Bóg wszystko widzi i rozumie. Jest świadkiem starań i cierpień, jakie rodzice znosili. Nie wymaga wyjaśnień i usprawiedliwień. Dodam, że rodzice nieinstytucjonalni znajdują takie słowa potwierdzenia swojego dobrego macierzyństwa w ustach postronnych, nieangażujących się obserwatorów, tzw. terapeutów życia codziennego, np. sprzedawcy, fryzjerki:

Pani Barbaro, ja panią podziwiam [...]. [RMC]

Bywa, że rodzice konsultują ważność zadań, jakie dostają od terapeutów, szukając potwierdzenia lub negacji u innych specjalistów. Czasem podważają jego wartość, a czasem szacują swoje siły na rzecz jego wykonania. I tu zaczyna się

problem drugiego rodzaju trudności związanych z byciem w potrzasku oczekiwań, na ich przecięciu się, co określam mianem **dylematów na skrzyżowaniu oczekiwań (różnych) instytucji**. Dylematy te są udziałem różnych profesjonalistów, ale szczególnym „beneficjentem” ich jest rodzic. Najbardziej wyrazistym zadaniem, z jakim rodzic musi się mierzyć, będąc na skrzyżowaniu różnych oczekiwań, jest sygnalizowany wiele razy problem „wyrzucenia z domu” traktowany zwłaszcza przez terapeutów czy doradców wyznających filozofię ruchu AA jako motyw do zmiany, sposób na wywarcie presji do podjęcia się leczenia. Z perspektywy terapeuty może to być skuteczna metoda, z pozycji pracownika socjalnego ryzykowna i generująca kolejne problemy:

[matki są] gotowe wziąć za fraki i prawie że wyrzucić na ulicę. No ja staram się tego unikać, bo jakby większość z nich, jakby to jest taki rejon i taka część Łodzi słynna, że generalnie każdy z nich już i tak leżał w tym rynsztoku i w tej ulicy po prostu, więc to absolutnie nic mi nie zmieni. [PS]

Ponadto sprawa nie jest taka prosta z punktu widzenia prawa:

Dzielnicowy pouczył mnie, że mój syn jako taki jest tu zameldowany i ma prawo przebywać w tym mieszkaniu. [RMS]

Rodzice są poza tym słabsi od fizycznie od dorosłego dziecka. A jeszcze pojawia się dodatkowy problem, jeśli syn jest tam zameldowany, to ma prawo tam mieszkać. A przecież picie alkoholu nie jest zabronione. [E]

W odróżnieniu od terapeuty pracownik socjalny dostarcza zupełnie innego wsparcia. Przede wszystkim pracuje w terenie. Jest widoczny, nie jest dla dziecka-alkoholika oraz samego rodzica abstrakcyjnym specjalistą, który instruuje, siedząc za biurkiem i daje zadania nierealne do wykonania.

To się tylko tak łatwo mówi, żeby go nie wpuszczać do domu. [...] Kopnie mocniej drzwi i wleci z nimi do środka. Zaczniemy do tego [...] to, co mi powiedziała [terapeutka – przyp. aut.], to było od początku dla mnie nierealistyczne. [RMS]

Ostatni rodzaj skrzyżowania oczekiwań, jaki chcę zasygnalizować, dotyczy wchodzenia w jawną opozycję wobec specjalisty, który całkowicie ignoruje tzw. instynkt macierzyński. Jest to także ochrona dziecka przed przedmiotowym traktowaniem, wejściem w rolę rzecznika swojego dziecka, które jest zniewolone przez instytucję, która bagatelizuje jego potrzeby. Matka wchodzi w rolę **eksperta swojego dziecka**, osoby, która zna je najlepiej i dostrzega to, czego nie dostrzegają profesjonaliści, dla których jej dziecko jest jedynie „przypadkiem” chorobowym, wobec którego stosuje się określone procedury⁹⁹. Buntuje się przeciwko instytucji, a nawet wchodzi na jawną drogę konfliktu. Najlepiej rzecznictwo takie ilustruje poniższy fragment wywiadu z matką, która rekonstruuje swoje doświadczenia z instytucją wadliwie reagującą w jej ocenie na zaburzenia psychiczne syna:

⁹⁹ Byłam osobiście świadkiem rozmowy pewnej matki z psychiatrą, która zarzucała mu złe dawowanie leków. Używała wtedy terminu: „przelekowanie” i podjęła działania na rzecz zmiany „lekarza prowadzącego”.

Więc stał koło niego taki bysior. Ja mówię: „Pan nie stoi koło niego, ja bardzo pana proszę. Bo, że pan mu da zastrzyk, to pan mu pogarsza, bo on. Wie pan, jak nerwowy człowiek, on wam tu wszystko porozwala, pan odejdzcie proszę”. No i akurat poszłam, był wychowawca i mówię: „ja dziecko swoje znam. To jest dziecko”, mówię „w krytycznych warunkach się chował i w nim jest agresja, czy wy nie rozumiecie co to znaczy agresja. Tym bardziej będziecie go dołować, tym bardziej on będzie wam na złość robił, do niego trzeba umieć podejść”. I wychowawca kazał mu hmmm. Jak to wie pani, jak to. No oni mają swoje funkcje, tak. Ja go uderzyłam w twarz, wychowawca się spojrział. Ja mówię: „co ty robisz, co ty robisz. On spojrział. Normalnie druga osoba”. Ten wychowawca mówi: „moment, jak pani zareagowała na niego?”. Ja mówię: „tak się reaguje na niego. Ja go urodziłam, ja się męczyłam tyle lat. Więc ja do niego, on mnie złapał. Ja się poryczałam, on się poryczał. „Mamo co oni ze mną robią”. Więc ja do lekarza. Natychmiast lekarza „proszę, tak. A oni mu takie leki dawali, że mózg mu pękał. On walił o ścianę”. Mówi on: „mamo, ja nie wiem, co ja robię”. Ja do niego powiedziałam: „jeśli mówię moje dziecko stąd wyjdzie, ale pamiętajcie jedno, że ja wszystkich żyty wypruje, niech mu coś będzie z głową, będziecie wy odpowiadac”. [RMS]

Kończąc rozdział o rodzicach, którzy w sile instytucji upatrują szanse na ratowanie swojego dziecka przed szkodliwym pić alkoholu, wróć kolejny raz do metaforycznego „osiągania dna”, które w dominującym dyskursie postępowania z alkoholikiem jest wciąż popularnym stanowiskiem. Oczywiście jej znaczenie w pracy z rodzicami, zwłaszcza matkami, jest osłabiane ze względu na koszty emocjonalne, jakie z sobą niesie najbliższe otoczenie „alkoholika” oraz realne zagrożenie dla jego życia.

Nie mówię czegoś takiego, że wyrzuc go z domu. Tak, na grupach czasem pojawiają się takie hasła od innych rodziców czy, czy osób współuzależnionych, natomiast ode mnie nie słyszysz nic takiego. Bardziej mówię o czymś takim, że taka osoba uzależniona nie dostrzega tych strat, nie widzi tego tak jak rodzic, tak, i że on rzeczywiście musi doświadczyć pewnie ze swojej strony wystarczająco dużo strat, żeby podjąć decyzję, że to mu się już dalej nie opłaca. [PTUP]

Pomijając koszty, o których mowa powyżej, praca z rodzicami na rzecz obligowania ich do organizowania warunków „osiągania dna” jest pewnym paradoksem. Kiedy bowiem matka przychodzi do terapeuty po pomoc, często w jej przekonaniu dziecko jest już na dnie, a ona prosi o radę, jak go z tego dna wyciągnąć.

Takiemu podejściu przeciwstawiany jest inny model pracy z rodzicami. Terapia oparta na nadziei, nie tylko na stawianiu zadań, ale na budowaniu optymistycznej wizji przyszłości – na tym, czego potrzebują matki. Nie potrzeba im bowiem zadań, by ostatecznie stracić dziecko (które nie wiadomo – czy wróci do „macochy”, która wydała je na pastwę losu, czy się odbije od dna). Potrzebują nadziei, że uda im się chociaż częściowo odzyskać dziecko, które „ginie” w oczach.

Więc dlatego cały czas mamy nadzieję i dążymy do tego, że wspierające środowisko będzie miało wpływ na wyleczenie. [E]

[...] Bo oni potrzebują więcej czasu na współczucie, żeby zrozumieć ich cierpienie, żeby zrozumieć ich punkt widzenia i zareagować w inny sposób niż powiedzieć: „Nie zajmuj się tym, zajmuj się sobą”. W jaki sposób możesz się zajmować, jakie wnioski wysnuwasz z dotychczasowych swoich działań i efektów w stosunku do tego bliskiego, który ma takie problemy. A poza tym, co będzie, jak zbudujemy nadzieję, także no pracujemy nad tym, żeby mu jak najlepiej otoczenie sprzyjało. Bo nie możemy bliskiej osoby zmienić, ale możemy nie podtrzymywać jej w picciu, możemy zachęcać ją do refleksji i pomagać w podejmowaniu dobrych decyzji. Więc jeżeli w ten sposób rozmawiamy, no to podtrzymujemy, a nawet rozwijamy nadzieję, że może się uda. Ja mam wiele lat doświadczenia, lat,

w których nic nie działało, a teraz próbuję czegoś innego i może się uda. I trochę tak to sprytnie jest, że my o tym rozmawiamy. To jest trudna sytuacja, bo naprawdę to nie działa w ten sposób, jak byśmy chcieli – że matka uczy się, co robić, żeby jej dziecko nie piło, bo to nie leży w jej gestii, żeby ono nie piło. A celem terapii jest wpływ na coś, co jest w jej rękach i dotyczy jej samej. [E]

Odnosząc się do przekazów zawartych w powyższych fragmentach, mogę powiedzieć, że o ile w wywiadach ze zinstytucjonalizowanymi rodzicami (i specjalistami) dominowały bardzo pesymistyczne problemy i wizja postępujących strat nie do odzyskania, o tyle w innym klimacie utrzymane są narracje, które stanowią rodzicielskie rekonstrukcje programu reagowania opartego na sile rodziny.

2.4. Siłami rodziny

Przychodzi matka do lekarza... i już do niego nie wraca

Kiedy jeden z uczestników badań, pracownik socjalny, analizuje problemy związane z niechęcią rodziców do zwracania się do instytucji leczenia odwykowego po pomoc, na pierwszy plan wysuwa niską świadomość istoty problemu alkoholowego, brak kultury korzystania z terapeutycznych form wsparcia i lęk przed byciem zakwalifikowanym jako rodzina z problemem „choroby psychicznej”. Oczywiście odnosi on swoje spostrzeżenia do pewnego środowiska, które sam określił jako „najtrudniejsze dzielnice w Łodzi” [PS]. Kiedy głębiej wniknęłam w uwarunkowania otwartości rodziców na korzystanie z instytucjonalnych form pomocy, uznałam, że właściwie powody oporu rodziców – nawet tych, którzy mają wysoki status społeczno-zawodowy i są osobami wykształconymi, są uniwersalne i takie same, na jakie wskazał pracownik socjalny. Różnica polega raczej na sposobie nazywania tych problemów, które decydują o oporze.

Rodziców, którzy stawiają opór przed zinstytucjonalizowaniem problemów rodzinnych i ich oficjalnym upublicznieniem, najslabiej wyłoniłam w materiale empirycznym. Już nawet pobieżna lektura ich wywiadów nie pozostawiała wątpliwości, że są to przypadki rodziców znacząco różniące się od tych, których określiłam mianem „zinstytucjonalizowanych”. Co rozumiecie, słabo (niemal wcale) zaznaczają się oni na kartach wywiadu ze specjalistami, zwłaszcza terapeutami (nie są ich „pacjentami”), stąd ich doświadczeń nie dało się zrekonstruować z innych materiałów niż jedynie wywiady z nimi samymi. Tylko w jednym wywiadzie z „profesjonalistą” pojawiła się taka rodzina i jej działania zostały szczegółowo zrekonstruowane. Nie było to jednak doświadczenie związane z korzystaniem z instytucjonalnych, publicznych form specjalistycznego wsparcia. Rodzice dziecka pijącego problemowo zgłosili się na terapię krótkoterminową do gabinetu prywatnego z wyraźnie zidentyfikowanym problemem do rozwiązania. Nie towarzyszyły temu zgłoszeniu pytania: „co się dzieje z moim dzieckiem i co mamy robić?”, tylko konkretne oczekiwanie rozwiązania szczególnie trudnego problemu, z jakim przyszło się im zmierzyć.

Oczywiście ograniczony dostęp do rodziców nieinstytucjonalnych jest zrozumiałą. Z premedytacją zajmują oni miejsce w opozycji do głównego nurtu rozwiązywania problemów alkoholowych. Samo pójście do specjalistycznej poradni nie wchodzi w rachubę ze względu na znaczące ryzyko odsłonięcia problemu rodzinnego (formalna rejestracja problemu, oczekiwanie w kolejce, ryzyko spotkania kogoś znajomego itp.). Jak już pisałam, nawet pozyskanie zgody na wywiad było dla nich niezwykle niekomfortowym doświadczeniem, specyficznym odsłonięciem się dla instytucji, nawet jeśli nie jest ona bezpośrednio związana z systemem rozwiązywania problemów alkoholowych. O ile więc pozyskanie wywiadów od rodziców pacjentów (rozdział 2.3) było relatywnie najłatwiejszym przedsięwzięciem, o tyle zdecydowaną trudnością było dotarcie do rodziców, którzy opierają swój program reagowania na zasobach rodzinnych i w sile rodziny upatrują źródło pomocy i wsparcia rodzicielskich starań. Jest to bowiem bardzo starannie skrywana tajemnica rodzinna, a zwłaszcza troska o to, by nie zdekonspirować samego dziecka, które ma problem i walczy z nałogiem, lub ojca, który pełni bardzo eksponowane stanowisko publiczne:

A teraz to już ma pozycję taką trochę wyrobioną [...] Tak. No [westchnienie] po pros..., on miał, [cmoknięcie] [westchnienie], no nie wiem czy to za... czy mogę o nim za dużo mówić, bo to pani mówi, to wszystko będzie skasowane i tak dalej? [...] na pewno? [ROS]

„Siłami rodziny” nie oznacza, że rodziny zupełnie ignorują instytucjonalne formy wsparcia. Bywa, że korzystają z niektórych ofert (np. „wszywka” chirurgiczna, detoks, konsultacja psychologiczna w prywatnym gabinecie, otwarte spotkanie AA), ale nikt prócz osoby uzależnionej nie wchodzi w rolę pacjenta czy innego stałego użytkownika instytucjonalnej metodyki postępowania z nałogiem. Jeśli rodzice namawiają nałogowo pijącą osobę do regularnej terapii, to nie zajmuje to zasadniczego miejsca w systemie rodzicielskich działań, w każdym razie nie za wszelką cenę. Przede wszystkim wspierają dziecko (i rodzinę) w działaniach na rzecz skrywania piętna i nieupubliczniania problemu.

Tytuł tego podrozdziału oczywiście odnosi się do serii żartów, jakie związane są z pacjentami i lekarzami. Tytułowym pacjentem jest baba, w żartach przedstawiana jako osoba zagubiona, źle interpretująca objawy choroby i zalecenia lekarskie, co wywołuje nieporozumienia i sytuację pełną paradoksów. Jest też w tych żartach coś, co można by określić konfliktem interesów i oczekiwań na linii lekarz–pacjent. Dodam, że pierwszy człon tych niezwykle popularnych żartów wykorzystywany został na przykład podczas realizacji szkoleń z zakresu umiejętności komunikowania się z pacjentem¹⁰⁰.

W każdym razie „przychodzi baba do lekarza” i... zaczynają się problemy w ustaleniu wspólnej definicji potrzeb i oczekiwań. Sytuacja taka nasuwa skojarzenie pierwszego kontaktu rodziców z instytucją specjalizującą się w leczeniu

¹⁰⁰ Przykładowo szkolenia prowadzone przez Naczelną Izbę Lekarską we współpracy z Ministerstwem Zdrowia w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego pod hasłem *Przychodzi baba do lekarza... i co jej powiesz?*; I. Czernska, *Relacje lekarz – pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny, Handel Wewnętrzny*, 364(5), 2016: 37–45.

uzależnień. Rodzice idą bowiem do specjalisty zupełnie z innego powodu niż specjalista uważa, że powinni przyjść.

B: A pani... żeby sama, samej chodzić na jakąś taką grupę wsparcia?

N: To ja, ja... my... to tłumaczyłam, ale ja, ja nie piję, ja nie, jestem wrogiem alkoholu. [RM]

Bo oni, pomimo tego, że nieraz przyjdzie, że [pauza] dobrze by było, gdyby poddali się jakiejś terapii dłuższej, takiej [pauza] jak dla osób współuzależnionych. Nie chcą korzystać dla siebie z takiej pomocy. Oni jedynie właśnie... chcą się zorientować, prawda... [PTU]

Ten specyficzny konflikt oczekiwań powoduje, że niektórzy rodzice nie wracają do instytucji kolejny raz. Tytułową i stereotypową babę można odnaleźć w krytycznych uwagach i komentarzach terapeutów, które można sprowadzić do następującej konstatacji: przychodzi do profesjonalisty matka i już do niego nie wraca. W domyśle – jest osobą, która nie daje sobie pomóc, ale także nie myśli racjonalnie, myśli emocjami, źle interpretuje problem, z jakim się zgłasza. Jest więc potencjalnie bardzo trudnym pacjentem, klientem, który

podpada pod taką kategorię sytuacji trudnych terapeutycznych, ponieważ uzależnia swoje szczęście, swoje dobre samopoczucie od zmiany innej osoby. [E]

Tylko w dwóch wywiadach z terapeutami dostrzegłam refleksję, że kobiety przyszły po poradę, otrzymały ją i nie miały potrzeby wracać po „coś więcej”, miały prawo do tego, żeby nie być zainteresowanymi etykietą osoby współuzależnionej czy z problemami rodzinnymi, które należy rozwiązywać przy udziale specjalisty. I znowu więc, odnosząc się do tytułowej baby, która przyszła do lekarza, sytuację tę można opisać następująco: matka spodziewała się wsparcia jej rodzicielskiej troski i pomocy dla dziecka, a specjalista zmieniał całkowicie cel jej wizyty i przesunął ciężar uwagi z dziecka na nią. Mało tego, kobiety przychodzą z jednym problemem (dziecka), a wychodzą z dwoma (dziecka i swoim). Bywa też, że matki przychodzą do instytucji i słyszą, że powinny stworzyć warunki, by dziecko osiągnęło dno. Wówczas jest szansa na uruchomienie refleksji i „ocknięcie się”. Matki zaś mają inną definicję dna. Przyszły do instytucji właśnie po to, by to swoje dziecko z tego dna wyciągnąć:

[...] rozmawiamy o tym, że już jest właściwie na dnie, tak? Nie musi czekać, aż przyjdzie [komornik – przyp. aut] i mu to mieszkanie zabierze. [E]

Odnosząc się do powyższej refleksji, trafne spostrzeżenia utrzymane w nurcie moich rozważań o rodzicu jako „trudnym” pacjencie odnalazłam w pewnej pracy, w której autorki nawiązują do własnych doświadczeń z kliniki psychiatrycznej. Pacjenci objęci są w niej zintegrowanym leczeniem uwzględniającym farmakoterapię, psychoterapię indywidualną, różne formy oddziaływań grupowych, a ich rodziny – psychoedukacją, a niekiedy także terapią systemową rodzinną i małżeńską.

[...] osoby dotknięte psychozą i ich rodziny nigdy nie są takie, jak o nich – przyjmując perspektywę kliniczną – myślimy. Pacjent i jego rodzina wymykają się naszemu myślowi i wywiadzionym z nich szacunkom, a może nawet jest tak: im więcej o nich myślimy i więcej dla nich chcemy zrobić, tym trudniej nam z nimi rozmawiać. Dialog nie ogranicza się bowiem do wymiany myśli i działań w myśl tego czy innego systemu terapeutycznego. Jego warunkiem nie jest „optymalna różnica” pomiędzy „mapami” rozmawiających, ale otwartość tego, kto słucha, na tego, kto mówi. Ten, kto mówi, towarzyszy swoim słowom, lecz jest w nich nieobecny, toteż otwartość, będąca warunkiem dialogu, nie może być ograniczona horyzontem słów. Wykracza poza słowa, w stronę tego, kto mówi. Dialog jest mową [...], zawiązującą się pomiędzy tymi, którzy do siebie mówią; mówią nie o sobie, których mają na myśli, ale do siebie – dla myśli nieuchwytnych i niedostępnych. To kluczowa refleksja, gdyż poucza o pierwszeństwie dialogu z pacjentem nad jego leczeniem. Po pierwsze – słuchaj, dopiero po drugie – lecz. Propozycja leczenia, jeśli nie zakorzenia się w dialogu z pacjentem, jest zawsze zawieszona w próżni i z tej przyczyny narażona na pozorność współpracy¹⁰¹.

Autorki analizują porażkę w terapii pewnej rodziny w tym sensie, że zerwała ona relacje z instytucją specjalistyczną i „zamknęła się” w murach swojego, formułując następujący wniosek:

Diagnostując potrzeby rodziny i przedstawiając jej propozycje leczenia, zespół terapeutyczny opierał się na własnej, wypracowanej przez lata praktyki klinicznej, wersji rzeczywistości (mapie). W konsekwencji nie zbliżył się w dostatecznym stopniu do rzeczywistości, w jakiej żyła rodzina, nie-itożsamej z jego mapą, a także różnej od tej, której dała wyraz w rozmowie konsultacyjnej, deklarując wolę współpracy. Zarzucając na rodzinę sieć wypróbowanych metod pracy, terapeuci nie uwzględnili kilkudziesięcioletniego lęku rodziny przed psychiatrami i ich metodami. Grad propozycji terapeutycznych spadł (mówiąc metaforycznie) na ziemię do tej pory nie odkrytą przez żadnego psychiatrę i wyzwolił w rodzinie reakcje obronne. W konsekwencji, rodzina zerwała kontakt z lekarzami i psychologami, i powróciła za mur okalający jej dom i strzegący jej prywatności przed spojrzeniem i działaniem obcych¹⁰².

Rozważania o budowaniu programu reagowania bazującego na sile rodziny traktuję jako przestrzeń do refleksji o alternatywnym w stosunku do dominującego w Polsce medycznego i „abstynenckiego” modelu interpretowania sposobów rozwiązywania problemów alkoholowych. Refleksja ta koresponduje z wcześniej sygnalizowanymi przeze mnie zagadnieniami samoleczenia i samoopieki¹⁰³, a także założeniami polityki redukcji szkód (*harm reduction*), w tym „nauki” picia kontrolowanego.

Moją uwagę zwróciło to, że tylko w dwóch wywiadach z wszystkich zrealizowanych z rodzicami zarysował się wątek (wyraźny lub w głębokim tle głównej opowieści) znajomych, którzy „wyszli” z nadmiernego picia własnymi siłami, dzięki wsparciu przyjaciół czy grupy znajomych skupionych wokół hobby (w każdym razie zupełnie niezwiązanych z ruchem AA czy instytucją specjalistyczną). I te właśnie wywiady pochodziły od rodziców, którzy program reagowania wobec nalogowego picia swojego dziecka oparli na zasobach rodzinnych.

¹⁰¹ Zob. także: M. Opoczyńska-Morasiewicz, M. Rostworowska, Dialog z rodziną czy z mapami rodziny?: kilka uwag na temat pułapek leczenia dostosowanego do potrzeb, *Psychoterapia*, 3(158), 2011: 22–23.

¹⁰² Tamże: 21.

¹⁰³ L. Nowakowska, W stronę socjologii leczenia niemedyceznego – zarys przedmiotu badań, *Hygeia Public Health*, 47(3), 2012: 258–263; J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*

Zacytuję fragment jednej z takich wypowiedzi – matki, która rekonstruuje doświadczenie pracy, jaką wykonała z koleżanką, na rzecz zerwania przez nią z nadmiernym piciem. W jej wypowiedzi mieszczą się metody i środki, których skuteczność obliczona jest autentycznym i dużym zaangażowaniem otoczenia, sił ludzkich, nieformalnej kontroli społecznej i wsparcia psychicznego dostarczanej przez przyjaciół. Działania przyjaciół przybierają postać regularnej, intensywnej kontroli, a jednocześnie życzliwego zainteresowania problemami. Program reagowania opiera się więc na zasobach społecznych (koleżanki z organizacji) i działa mimo osamotnienia rodzinnego i obciążenia patologią osoby nałogowo pijącej. Sformułowana zostaje jasna stawka, o jaką toczy się gra. Co więcej, życzliwa kontrola koleżanki i wspomnienie kryzysu stają się trwałym elementem relacji kobiety, która borykała się z nałogowym piciem, i koleżanki (badanej matki), która koordynowała działania przyjaciół:

Jeszcze miałam koleżankę też, która dzięki mnie wyszła z tego alkoholizmu, bo ona miała..., znaczy pochodziła z patologicznej, bo należymy..., tu jest właśnie nasz Związek [nazwa lokalnego stowarzyszenia], tu należymy i [zastanowienie] ona też tu należy [...], i ona pochodziła z patologicznej rodziny, miała męża pierwszego też z patologii. [westchnienie] Potem no rozeszła się z pierwszym, związała się z drugim, też z patologii, też pijak, że nawet się zapili na śmierć i ona też piła, [pauza] też piła. No i też taki moment był, że [pauza] dzwoniła... dzwoniłam do niej i widzę, że, no po głosie, że jest wypita i wtedy ja miałam re... i przyjechałam, bo jeździłam na rehabilitację, weszłam do niej, bo akurat koło niej przechodziłam, „co się dzieje?” Tam taka znajoma mówi, „no Agata wpadła w cug, pije. Dzieci bez opieki”..., opiekowała się tymi dziewczynkami, „Agata pije”. [pauza] Ja, niewiele myśląc, doskoczyłam do niej, mówię, „co ty wyprawiasz?” Je..., bo pierwsze te dzieci to jej zabrał [zastanowienie] tego..., teściowa wzięła pod swoją opiekę. Mówię, „jedne ci dzieci zabrały, opiekuje się teściowa, teraz chcesz, żeby cię..., i te dziewczynki zabrały, i ty...” [zawahanie] I ona [pauza] mówi, „ja nie będę pić”. „Co to znaczy, nie będę” mówię, „siadaj”. Zrobiliśmy jej kawę z..., [pauza] zawołałam po jeszcze drugą z naszego związku i wzięliśmy się za nią. [pauza] Wzięliśmy się za nią, codziennie, jak przychodziłam przez 2 tygodnie na rehabilitację, chodziłam do niej, sprawdzałam. „Nie będę pić”, mówi. To nie piła, [...] miała tą wшыwkę i naprawdę teraz już jest 8 lat... nie pije i mówi, że..., i zawsze czy my jakieś turnusy wyjeżdżamy razem, mówi, dzięki mnie [uśmiech] i je..., no to ona mówi, wyszła na ludzi. No bo żeśmy ją pilnowali, [pauza] ale to, mówię, to ona pochodziła z patologicznej rodziny. [...]. Tak, tak i takich znajomych jest bardzo ważne, że ktoś pomoże, że my ją ciągle żeśmy kontrolowali do pewnego czasu i ona to rozumiała, że nie tak się żyje, że tylko alkohol, że to. No i teraz już [pauza] związała się z trzecim, ma też jeszcze dziecko. [...] Ale kontrolujemy ją. [śmiech] Jeszcze nawet i teraz kontrolujemy ją, czy jeszcze nie popija. [śmiech] To nieraz się śmieje, „co, kontrolujecie mnie?” Ja mówię, „tak!”. [RMS]

Zresztą, kiedy analizuje się drogę, jaką przemierzają dorosłe dzieci z problemem nałogowego picia, to spełnia ona kryteria „samoleczenia” zaproponowane przez Klingemann¹⁰⁴:

B: A jak byliście u lekarza, to lekarz proponował jakieś formy pomocy?

RMS: [ścisza głos] My nie byliśmy. On sam... [pauza] on sam wszedł. Na pewno, bo ze 2 godziny był w gabinecie, bo to było w szpitalu, wieczorem. Przyjechał na dyżur, pewno nie było tam jakichś pilnych przypadków, to ze 2 godziny siedział w gabinecie i z nim rozmawiał. Tylko mówi, głowa mi puchła. Nie wiem. [pauza] Pewno długo z nim rozmawiał i właśnie ten lekarz dał do Łodzi, bo on nie

¹⁰⁴ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*

chciał do Sieradza tylko do Łodzi, mu dał skierowanie na odwyk. Ale jak on przetrzeźwiał już, [pauza] no nie pił, to sobie zdał sprawę, że ludzie się dowiedzą.

B: Jak pójdzie na odwyk?

RMS: Jak pójdzie na odwyk. To się nie ukryje, że, no chory. No na co chory? No że, że, [pauza] że w pracy się dowiedzą i to... No to zgodził się na wszystko, że na wszystko, no i [pauza] pomogło. [pauza]

Zarządzanie zasobami

Czym najwyraźniej różnią się rodzice opisywani w tym rozdziale od rodziców „zinstytucjonalizowanych”? Tym, że identyfikują, gromadzą i wykorzystują zasoby rodzinne lub środowiskowe w walce z problemami alkoholowymi swojego dziecka. Nie są osamotnieni, mają duży i wyraźny kapitał społeczny (i rodzinny), na którym się opierają i z którego czerpią siłę. Nie ma to jednak związku z ich statusem społecznym. Wywiady z rodzicami, których zakwalifikowałam do tej grupy, pochodzą od rodziców, którzy mają wykształcenie średnie, zawodowe i rolnicze. Tworzą rodziny pełne, ale także są po rozwodzie (aczkolwiek rodzice pozostają w kontakcie z byłym współmałżonkiem/-ką i jednoczą siły przeciw problemowi alkoholowemu ich wspólnego dziecka). Ich „problemowe” dorosłe dzieci zajmują znaczące miejsce w strukturze zawodowo-społecznej w ten sposób, że są osobami publicznymi (mają „wiele do stracenia”), lecz także i takimi, którzy prowadzą własną działalność gospodarczą lub rolniczą.

To, co ich różni od rodziców „zinstytucjonalizowanych”, to także szybsze **konfrontowanie się z problemem**, jeśli tylko zostanie zidentyfikowany i oznaczony w rodzinie jako „groźny”.

Sygnaly [...] umówiliśmy się, nie przyszedł na spotkanie, mie... [zastanowienie] mieliśmy gdzieś tam pojechać, [pauza] on nawalił, no [pauza] wpadka z jazdą samochodem po alkoholu, [pauza] miał wpadkę tutaj. [ROS]

[...] no to był taki moment, że [zastanowienie] w porę było zareagowane [pauza] [...] Już go tak ciągnęło, że mówi, „ja już sobie nie daję rady”. No to wtedy, [pauza] no żeśmy z nim pojechali. Nie chciał, no bo mówi, praca, ludzie się dowiedzą. Ale [...]. [RMS]

Nie jest to związane z jakimiś szczególnymi kompetencjami społecznymi rodziców czy członków rodziny, ile z mechanizmami kontroli (wewnątrz)rodzinnej i siłą ich działania. Różne czynniki składają się na tę kontrolę: wielkość rodziny, jej system wartości, siła więzi i bliskość oraz wspólnotowość działań.

Dodatkowym czynnikiem wzmacniającym rodzinny program reagowania jest obcość problemu. Co prawda „alkoholizm” jako dewiacja, a nawet choroba, jest znany lub rozpoznany, ale jest czymś niespotykanym w rodzinie, jej aberracją. Nie dotyczył dotąd żadnego członka rodziny lub przybierał postać nieszkodliwego „popijania”, w odróżnieniu od dorosłego dziecka, które wpada w kilkudniowe „ciągi alkoholowe” i pije alkohol w ukryciu, w domu.

On [mąż] nie wiem, ile alkoholu mogło w domu stać, on sam się nie napił nigdy [...], a syn właśnie [pauza] on wolał sam wypić niż z kimś. [RMS]

„Obcość” problemu alkoholowego to brak bezpośredniego świadectwa konsekwencji, do jakich może doprowadzić. Oprócz utraty pracy i rodziny są to także problemy związane z degeneracją i wyniszczeniem organizmu. Na chwilę zatrzymam się przy tym zagadnieniu. Pisałam wcześniej, że rodzice relatywnie mało uwagi poświęcają kwestiom zdrowotnym swoich dzieci-alkoholików. Spostrzeżenie to było jednym z pierwszych, jakie pojawiło się podczas analizy wywiadów, i dziwiła specyficzna postawa rodzica, który wydawał się nie dostrzegać zagrożenia śmierci uzależnionego dziecka, nie przejmować tym (ponieważ nie podejmuje tematu). Zjawisko to analizowałam wcześniej z użyciem kategorii *disenfranchised grief* (zob. rozdział 2.2, *Oswajanie szkód*). Kiedy więc wyraźny lęk o zdrowie pijącego dziecka pojawił się w wywiadzie po raz pierwszy (dopiero w czwartym według frekwencji ich realizacji), zwrócił szczególną uwagę badaczek.

Martwię się... Ja mam, mam liczne przykłady tam [zastanowienie] zna..., wśród znajomych takich, [zastanowienie] tam, gdzie ja mieszkam w tej chwili, [cmoknięcie] to tam [pauza] w przeciągu kilku lat, [pauza] gdzieś..., to, to 6–7 osób na skutek picia zmarło. [pauza] Tak że, wie pani, to... [pauza] i tym się [zastanowienie] i tym się martwię [...] teraz to jest jeszcze naprawdę tak jakoś w miarę spokojnie, chociaż [pauza] ale, no boję się, tak jak powiedziałem, no boję się, żeby nie załapał, tak jak to się mówi, żeby nie załapał... bo zdrowia nie ma znowu takiego ekstra, jeżeli... nie przestanie całkowicie, chociaż, no [zawahanie] skłoniłem go, żeby przeprowadził badania pełne takie, no i badania wszystko [pauza] jest w porządku, że nie ma... Chociaż takiego kolegę, też muzyka, taki Rysiu, [pauza] wspaniały muzyk i w ogóle i [westchnienie] i on też, [zastanowienie] z jego z żoną rozmawiałem, no przeprowadził badania wątrobowe, tam inne, wszystko w badaniach pięknie, a Rysiu za 2 czy 3 tygodnie wątrobę wypłuł i... rozleciała się wątroba i koniec. [...] Tak, tak, tak. [pauza] Tak, miał problem alkoholowy. [ROS]

Porównywanie przypadków pokazało, że jest on o wiele bardziej wyraźnie artykułowany przez rodziców, którzy opierają się upublicznianiu swoich rodzinnych problemów, niż tych, którzy zwracają się o pomoc do instytucji i – co ciekawe – uzależnienie ich dziecka jest bardzo zaawansowane (czyli szkody zdrowotne widoczne). Oczywiście nie roszczę sobie tu prawa do uogólnień i wyciągania wniosków. Byłyby one nieuprawnione wobec relatywnie małej liczby wywiadów, w których problem reagowania na podstawie siły rodziny był reprezentowany dostatecznie w danych. Zwracam raczej uwagę na pewną dostrzeżoną tendencję i próbę wyjaśnienia jej poprzez ulokowanie problemu w konsekwencji upublicznienia uzależnienia dziecka i związanej z tym specyficznej utraty prawa do przeżywania lęku o zdrowie kogoś, kto je traci na własne życzenie. Muszę wyraźnie zaznaczyć także, że troska o zdrowie syna artykułowana była również w wywiadach, które zakwalifikowałam do *Programu reagowania „siłami natury”* (zob. rozdział następnny) przez rodziców, którzy wiele energii poświęcają zamknięciu problemu alkoholowego w domu na klucz. To także w jakiś sposób stanowi potwierdzenie dostrzeżonej tendencji, że upublicznienie problemu alkoholowego dziecka powoduje jednocześnie rezygnację z lęku o zdrowie dziecka. Mam na myśli utratę społecznej legitymacji „przeżywania żałoby” z powodu straty zdrowia („na własne życzenie”).

Wracając do zasygnalizowanego problemu degradacji zdrowia i zniszczenia organizmu, które dla rodziny jest abstrakcją przez brak bezpośredniego doświadczenia, bywa, że rodzice stosują specyficzną „terapię szokową”, która ma polegać na bezwzględnej konfrontacji dziecka z problemem poprzez ukazanie mu wizji tego, co go czeka, jeśli będzie trwał w nałogu. Polega to na zorganizowaniu dziecku spotkania z „byłym alkoholikiem”, a nawet „obecnym”, na bardzo zaawansowanym etapie. Nie oceniam skuteczności takiej metody. Jest ona w dużej mierze intuicyjna i siła jej działania prawdopodobnie nie jest większa niż „tłumaczenie” poprzez podawanie przykładów¹⁰⁵. Jako rodzicielska technika wywierania wpływu na dziecko przebiega ona przykładowo następująco:

Ja [zastanowienie] nawet posunąłem się do tego, że [pauza] mam znajomą tam w X. [nazwa oddziału dla osób uzależnionych] właśnie, że namówiłem go do tego, żeby poszedł tam [...] żeby zobaczył, jak ludzie wyglądają, którzy są uzależnieni tak już, ja to się... na, [zastanowienie] na umór, nie? Żeby zobaczył, jak to wygląda później. [ROS]

Problem alkoholowy dzieci rodziców, których zakwalifikowałam do grupy reagujących na podstawie zasobów tkwiących w rodzinie, z perspektywy czasu wywiadu został zidentyfikowany średnio kilkanaście lat temu. Dziećmi byli synowie, którzy założyli własne rodziny prokreacji, pracowali i mieli „udane życie”.

[...] no w tej chwili to już minęło 15 lat na pewno, albo i więcej nawet. [...] To znaczy [pauza] moja była małżonka tam pierwsza raczej, tak, [zastanowienie] zauważyła ten problem. No już, no już wtedy był dorosłym człowiekiem, no [pauza] już miał, miał swojego syna też, [pauza] bo w tej chwili ma... jego syn jest dorosły tak samo, ale jeszcze ma [pauza] córeczkę ma z drugiego małżeństwa. [ROS]

No mówię, że nikt nie wiedział, że on pije, na czele z nami. [śmiej] Bo my żeśmy za późno zareagowali, [pauza] bo on się tak ukrywał, że my żeśmy nie za... No wiadomo, [pauza] nieraz widziałam, że ma..., po oczach, że jest wypity, czy coś, ale przecież przyjechał z tej pracy, to robił w gospodarstwie, to... Jak on pił to naprawdę. Nie to, że pił i się upijał. [pauza] To nie było upijanie. [pauza] To nie było, że on sobie wypił i był pijany i spał, czy coś, tylko jego picie to takie było, no [pauza] że on wypił i robił. [pauza] [RMS]

Niektórzy rodzice opierający swoje działania na sile rodziny mają doświadczenie wizyty w poradni zdrowia psychicznego czy innych poradniach specjalistycznych, w tym grupach samopomocowych w obrębie nurtu AA. Mają bowiem takie same potrzeby jak rodzice zinstytucjonalizowani – przede wszystkim wiedzy i odpowiedzi na pytania o to, „co się dzieje z moim dzieckiem?”. Są to jednak wizyty incydentalne, jednorazowe. Nie stanowią na pewno głównego punktu oparcia, a jedynie są jedną z dróg poszukiwania, gromadzenia ekspertyz, wiedzy, która pomoże zrozumieć mechanizmy uzależnienia i myślenia „alkoholika”. Rodzice zamykają problem w domu w obrębie wpływów rodzinnych, ale są otwarci na wiedzę z zewnątrz. Zwłaszcza jeśli sami nigdy nie doświadczyli problemów związanych z nałogowym piciem w otoczeniu swoich bliskich i oswiają problem.

¹⁰⁵ Sama byłam świadkiem dyskusji, w której duża instytucja publiczna przygotowywała projekt, którego celem było – najprościej mówiąc – wystraszenie uczniów sięgających po narkotyki, poprzez bezpośrednie skonfrontowanie ich z wieloletnimi „narkomanami”, by ci opowiedzieli im o tym, jak „stracili życie” w konsekwencji nałogu.

Dodam, że mówię o instytucjonalnych formach wsparcia, które nie wymagają zarejestrowania się i pozostają poza okiem sąsiadów czy najbliższego otoczenia. Są bezpieczne przez to, że są anonimowe. Bywa więc, że w rodzicielski program reagowania włączane są elementy metodyki postępowania instytucji:

B: Ale Pan chodził tam, czy przyjaciel opowiadał panu?

ROS: Nie, nie, mi... ja byłem też tam kilka razy.

B: [...] Czyli pan tam poszedł po raz pierwszy i czego pan tam szukał?

ROS: No [zawahanie] chciałem wysłuchać, jak, jak ci ludzie sobie radzą, nie?

B: Kto tam był w tych grup... to byli uzależnieni czy ich rodzice?

ROS: Uzależnieni, tak. Tak, tak. No i tam [westchnienie] jest..., kto chce się wypowiedzieć, [pauza] ludzie swoje przeżycia opowiadają [...] No że coś mi podpowiedzą, no, że coś mi podpowiedzą. [...] No..., tam to co, co oni mówili wszys..., wiedziałem ja-jak, jakie argumenty przedstawiać tu do, do, do syna, [pauza] wiedziałem co, co mam powiedzieć, że choćby tam nie wiem co robił, to [zastanowienie] [cmoknięcie] to, żeby wiedział, że nie pokona tego, sam nie, nie pokona, no nie ma mowy, no. Też namawiałem go, żeby poszedł na tego, był kilka dwa czy trzy, nie wiem dokładnie ile razy, bo tego [zastanowienie] i to mu [cmoknięcie] nie odpowiadało mu to, no bo to, [pauza] bo tam przychodzą różni ludzie.

Jako że unikają upublicznienia swojego problemu, to zwykle szukają odpowiedzi na nurtujące ich pytania gdzie indziej i uruchamiają **pozainstytucjonalne zasoby społeczne**. Zasoby te można podzielić na profesjonalne (znajomi prawnicy, znajomi lekarze, znajomi pracownicy szpitala, „znajomi znajomych z podobnym problemem”) i tkwiące w nieformalnej kontroli społecznej (członkowie dalszej rodziny, przyjaciele, ksiądz). Ich umiejętne wykorzystywanie pozwala na zachowanie tajemnicy rodzinnej i problemu samego uzależnionego dziecka.

B: A rozmawiał Pan z tą znajomą [zawahanie] z tego X [szpital], czy ona Panu coś radziła?

ROS: To znaczy, no [zastanowienie], no, no tak jak [zastanowienie] jak do tej pory, no żeby z nim rozmawiać, że gdyby, gdyby mu się zdarzyło tak, że, że [zastanowienie], że nie może sobie poradzić, że [zastanowienie] że go... Bo to jest, jak przyjdzie taki moment, że człowiek [pauza] potrzebuje wypić. I że jak, żeby nie mógł sobie poradzić jakoś, no bo to w każdym mie... w każdym momencie miejsce mu tam załatwi, no w każdym momencie może tam iść [oddział szpitalny] [...], bo to tam nie w każdym czasie można się tam dostać, bo, jak są akurat miejsca, to nie ma problemu, ale nieraz jest tak, że jest tłoczno tam, no. [...] Bo to jest, jak przyjdzie taki moment, że, że człowiek [pauza] potrzebuje wypić. I że jak, żeby nie mógł sobie poradzić jakoś, no bo to w każdym mie... w każdym momencie miejsce mu tam załatwi, no w każdym momencie może tam iść.

Uwagę zwraca również to, że w program reagowania oparty na sile rodziny wyraźnie wpisują się działania na rzecz maskowania rodzinnego brzemienia, ukrywania problemów nałogowo pijącego dziecka. Prawdopodobnie wiele problemów rodzinnych stanowi tzw. tajemnicę poliszynela, jednak nie odnotowałam przypadków, w których rodzice rekonstruowaliby doświadczenie zdrady rodzinnego sekretu i sposobów radzenia sobie z takim kryzysem. Natomiast rodzice donoszą o znaczących sukcesach w zakresie skrywania nałogowego picia dziecka. Bywa, że specyficzny *coming out* dokonuje się w sytuacji poczucia zażegnania problemu lub doboru dodatkowych sojuszników stojących na straży tego sukcesu (nieupijania się dziecka). Rodzina zrobiła wszystko „co do niej należy” i nabyła pewnego rodzaju gotowość na uchylenie rąbka kurtyny. Dopiero jak problemy

rodzinne wydają się być w miarę opanowane, a na pewno pod kontrolą, rodzice decydują się na włączenie „zaufanych innych” do kręgu rodzinnego sekretu. Tworzą w ten sposób grunt do działania nieformalnej kontroli społecznej, np. sąsiedzkiej, koleżeńskiej itp.:

I on to ukrywa nawet, no... wtajemniczony tak na przykład taki kolega jego, Szymon, co razem się przyjaźnili, razem do szkoły, bo kiedyś przyjechał do niego, tam coś tam, no i przywiózł butelkę. „Nie, Szymon, ja nie piję”. „No co nie wypijesz?”, no przecież kiedyś to robili. [śmiech] „Nie, nie piję, bo ja nie mogę”. „Za co nie możesz?” „Mam wszyswkę i ja nie piję”. To oczy postawił. „Ty? Ty masz wszyswkę?” „Tak”. [pauza] „A to cię przepraszam. No, mów, no ja nie wiedziałem”. No taki kolega serdeczny. [RMS]

[...] sąsiedzi, no [pauza] nie wiedzieli, no. Było wesele sąsiada syna, [pauza] no nie chciał jechać na to wesele. „Za co Tomek nie chce jechać?” No, mówię, „nie chce jechać, bo, mówię, nie będzie... nie chce pić i nie będzie”. [pauza] „No to..., co to”, mówi, „przecież nie musi się upijać”, mówi, no tego... Ja mówię, „no... dopiero” ja mówię, „on nie chce jechać, bo nie wolno mu jest pić, a, a tego..., [pauza] mówię, a wiadomo, będziecie go zmuszać do wypicia, a on nie chce”. [pauza] No i jak powiedziałam temu sąsiadowi, no [...] to mówi, „to ja nie wiedziałem”, mówi, „no kto by pomyślał, że to Tomek”, mówi, „ma takie problemy”. No ale był na weselu, sąsiad wiedział, jak tam widział, że tam..., no przecież tam dużo znajomych tego, to go odwołał, to, mówi, „nie martw się sąsiadko, [śmiech] będę go ratował, jak będę widział, że tam ktoś go, mówi, chce..., namawiał do wypicia”. [Syn – przyp. aut.] pojechał samochodem, przyjechał. [pauza] po tego..., no bo on nie chciał ze względu, że będą go namawiać do wypicia. [RMS]

Rodzinnym zasobem są więc „zaufani inni”, którzy stanowią wsparcie programu reagowania opartego na sile rodziny poprzez nieformalną kontrolę (np. sąsiedzka, przyjacielska) czy organizowanie warunków wsparcia abstynencji. Stanowią oni bardzo istotny kapitał regeneracyjny (*recovery capital*)¹⁰⁶. Siłę jego działania przedstawiłam w rozdziale 1.2, kiedy pisałam o stanie (nie)wiedzy o rodzicach dorosłego dziecka używającego alkoholu problemowo.

Użyłam sformułowania „zażegnanie problemów”, ale muszę zaznaczyć, że nie rozumiem przez nie rozwiązanie problemu alkoholowego dziecka poprzez jego abstynencję i wyjście z nałogu. Miałam na myśli poczucie sukcesu powodowane objęciem kontroli kryzysu rodzinnego powodowanego pić, przeświadczenie o „działaniu” programu reagowania. Problem nie znika. Wręcz przeciwnie – wciąż istnieje, a program reagowania jest cały czas aktywny, ale jego **rozwój został zahamowany**. Jeśli wskazać na kolejną różnicę rodziców, którzy opierają swój program reagowania na siłach rodziny, i tych, którzy są zinstytucjonalizowani oraz osamotnieni poprzez oparcie swojego reagowania jedynie w siłach natury (rodzicielskiej miłości i cierpliwości), to byłoby to **poczucie rodzinnej sprawczości** i gaszenia kryzysu w zarodku.

[...] na tych chrzcinach znowu syna też tam coś mu się nie podobało, ale zaraz go zwinęły i się mu nałumaczyło. [RMS]

¹⁰⁶ W. White, W. Cloud, Recovery capital: A primer for addictions professionals, *Counselor*, 9(5), 2008: 22–27.

W wywiadach z tymi rodzicami dało się odczuć zupełnie inną energię – optymistycznej troski, podczas gdy przykładowo w wywiadach rodziców osamotnionych z walką z nałogiem dziecka – smutnej rezygnacji:

Mam nadzieję, że to, [pauza] że będzie dobrze, no. [ROS]

No i jakoś tak wszystko się układa [...] jest spokojnie. [RMS]

Rodzice rekonstruowali też rozbudowane sposoby podtrzymywania abstynencji czy kontrolowanego picia swojego dziecka i nadawali swoim działaniom znaczenie usuwania „zapalników”. Poniżej przytoczę przykład takiej zorganizowanej „akcji” usuwania alkoholu. Jeśli przyjmie się optykę uwikłania rodziny w alkoholizm osoby bliskiej, to rekonstrukcję taką można rozpatrywać jako „klasyczne” chowanie alkoholu przed alkoholikiem. Jeśli jednak uokazuje się te działania zupełnie w innej sferze, porzucając dominujący sposób interpretacji takich „domowych” zabiegów, to można nadać im znaczenie zwyczajnej prewencji i wsparcia w kryzysie pokonywania nałogu i ograniczania picia poprzez brak łatwego dostępu do pożądanego używki:

Ja nawet teraz, po tej komunii, syn zostawił..., bo się zostało dużo alkoholu, [pauza] zostawił to w stodole, bo wiadomo jak tam..., to ja przyniosłam do swojego..., po swojej stronie do domu, żeby... [pauza] Bo jak przyjechałam to on..., tamten już spał, bo za czym tam trzeba było wszystko ze stołu posprzątać, no bo to było też u córki, bo moja najstarsza córka, ona w P. [miejsce] prowadzi tą salę bankietową i tam..., no i ta komunia była tam właśnie u niej. No i mówi „mama, pozabieraj tą resztę ze stołów do domu to będziecie..., porozdawaj, mówi, porozda..., tego...”, to ja tam byłam do końca. Jak przyjechałam to już [pauza] prawie tam wszyscy spali. No to ten syn tą wódkę zwoził, bo tam osobowo to ze trzy razy obracał, no to zostawił to w stodole, to ja, jak syn potem pojechał tam do swojego domu, to ja to wzięłam, przyniosłam tą wódkę do domu. [śmiech] bo mówię, żeby [pauza] nie korciło go. [RMS]

Biorę pod uwagę to, że wielu rodziców, którzy są osamotnieni, i tych, którzy podstawowe wsparcie uzyskują w instytucjach leczenia odwykowego, „zastałam” w momencie, kiedy ich dziecko borykało się ze znaczącym rozwojem uzależnienia. Być może więc dlatego ich narracja i interpretacje retrospektywne były opowieścią o porażce i beznadziei (por. rozdziały 2.3 i 2.5).

Jak już wspomniałam, zbyt mała liczba wywiadów z rodzicami zakwalifikowanymi przeze mnie do tej grupy nie pozwoliła mi na dokonywanie szczegółowych porównań w obrębie tych przypadków oraz przyjrzenia się uwarunkowaniom różnic w zakresie poszczególnych elementów realizowanych programów. Wyłoniłam jednak kilka bardzo wyraźnie zaznaczających się tendencji, które zdają się być istotnymi elementami takiego „rodzinnego” programu. Na marginesie zaznaczę, że we wszystkich czterech programach, które stanowią przedmiot zainteresowania, koordynatorkami działań rodziny były matki, a poszczególne osoby (rodzeństwo, kuzynostwo, ojciec) pełniły funkcje wykonawców głównych lub podwykonawców różnych działań.

O ile rodzice zinstytucjonalizowani podejmują chaotyczne, niespójne działania, zanim trafią do instytucji, co jest powodowane ich osamotnieniem i słabym

kapitałem społecznym oraz rodzinnym, o tyle analiza wywiadów z rodzicami opierającymi się na rodzinie wyraźnie kieruje uwagę **na spójność, systemowość działań** i specyficzną – wspomnianą wyżej – **wiarę w swoją sprawczość**.

[...] widział w czarnych barwach [...]. Żeśmy go wyprowadzili na..., tam na tego..., nie mogliśmy go utrzymać, żeby na salę. On z każdym chciał zaczynać. [pauza] I samochód już przyjechał, tej żony brat przyjechał, żeby go zabrać. Na różne sposoby chcieliśmy go włożyć do samochodu. [pauza] Nie, nikt mu nie dał rady i ja stanęłam przy drzwiach, bo [ścisza głos] chciał wejść na... do lokalu z powrotem. I ja mówię, „nie, nie wejdiesz”. „Odsuń się, do mnie”. Ja mówię, „nie, nie wejdiesz, ja ci się nie odsunę”. On do mnie mówi tak, za przeproszeniem, mówi, „spie*****j”. Mówię, „ty, synciu, ty do mnie mówisz?” [pauza] Jak go tak złapałam za tu, mówię, [pauza] „do kogo ty to powiedziałeś?”. A on tak jakoś: „przepraszam” i do samochodu, [śmiech] i przyjechał do domu. [...] nikt, żaden szwagier, żaden brat, nikt nie chciał mu dać rady, on tylko [pauza] z powrotem na salę i popisy robić [pauza] przy gościach. [RMS]

Nawet jeśli całkowite odstawienie alkoholu przez nałogowo pijące dziecko nie jest rezultatem działań, to z wywiadów zakwalifikowanych przeze mnie do rodzicielskich strategii działań opartych na siłach rodziny w dużej mierze wyłania się obraz problemu, który jest kontrolowany; kryzysu, który minął, np.

[...] kontroluje trochę to. Tak, no na pewno, bo [zastanowienie], bo ja tutaj trochę wtrącę może, to co było kiedyś i co jest teraz, to jest bez porównania, [z naciskiem] bez porównania. [ROS]

Jest o tyle sytuacja w tej chwili [...] dobra, no że, że potrafi się powstrzymać przez jakiś tam, przez dłuższy czas [pauza] i nie pije. Kiedyś było tak, że nie umiał przestać, że potrafił przez kilka dni, 3–4 dni. A w tej chwili nie ma tego. Jest, też jest [cmoknięcie], ale to już nie jest tak, że [zastanowienie], jak to się mówi na umór, bo tak to, wie pani, takie określenie, że napił się na umór, że potrafi się trochę opanować, no. Myślę, że [pauza] że ten, że to, no te, te, te moje, moje [rozbawienie] przestrogi, moje nauki także coś, coś tam dały, no. [ROS]

Z wywiadów wyłaniały się dwa dominujące obrazy rodziny. Po pierwsze rodzina z poczuciem **silnej odrębności i zamkniętej wspólnotowości**. Bardzo łatwo dało się zidentyfikować ten „typ” chociażby poprzez język narracji rodzica, z którym realizowany był wywiad. Kiedy bowiem rekonstruowane były działania podejmowane przez tę rodzinę czy prezentowane ustalenia z „narad” i rodzinnych konsultacji, używana była forma „my” („ustaliliśmy”, „postanowiliśmy”, „staramy się”). Rodzina jest spójna i wspólnie wypracowuje rozwiązania. Co więcej, nałogowo pijącemu członkowi grozi banicja i wykluczenie z rodzinnych kręgów, jeśli nie podejmie walki z nałogiem:

Nawet dzieci starsze przecież przyjeżdżały, no przeważnie co niedziela [pauza] i oni nawet sami nie dowierzali, że tak się stało [pauza] z Tomkiem, że tak się rozpił [...] cała rodzina, rodzeństwo mu powiedzieli, „jak będziesz pił na..., to my Emilkę [córka] wychowamy, a to [pauza] sobie rób, co chcesz”. [RMS]

Członkowie rodziny zawiązują wyraźny pakt na rzecz pokonywania nałogu jednego ze swoich członków. Uwagę zwracają liczne przykłady solidarności i konsekwencji w obrębie wspólnoty rodzinnej, np.

[...] ciągle mamy, co niedziela, pełne podwórko, bo jak dzieci się zjeżdżają, no to..., nie, nie ma alkoholu, ale jak na przykład jakieś imieniny, święta [pauza] to dostanie kieliszek, dwa i ja... i nie stawiamy. Staramy się nie stawiać alkoholu. [pauza] Po kieliszku symbolicznie, „dziękuję”. Wszyscy muszą zrozumieć, że ze względu... Cała rodzina. [RMS]

Z drugiego obrazu rodziny wyłania się inny rodzaj rozkładu pozycji i więzi. Bywa bowiem, że **rodzice stają się rodzinnymi wykonawcami działań** na rzecz pokonywania problemu alkoholowego – dostają „zlecenie”, odczytują rodzinne ustalenia i cele (np. ukrycie problemu przed dziećmi, maskowanie piętna, ochrona syna przed problemami w pracy), zdobywają wiedzę, budują plan i go realizują. Bywa więc, że cały rodzinny program reagowania opiera się na bezpośredniej aktywności jednej osoby (w interesującym mnie przypadku – jednego rodzica). Pozostałe wchodzi w rolę, jakie główny wykonawca/koordynator zleca im do odegrania.

Zasadniczym zasobem rodzinnym bez względu na typ (rodzina jako drużyna/rodzic jako wykonawca ustaleń rodzinnych) był **przepływ komunikacji** między wszystkimi aktorami zaangażowanymi w program reagowania na nałogowe picie członka rodziny.

[Żona] ścisły kontakt ma z żoną syna i tak jak przyjdzie, powiedzmy, pod alkoholem, no to zaraz telefony dziają i wie pani, no. I ja, żona, i od razu ja też wiem o tym, no. [ROS]

Kolejnym zasobem było wypracowanie i bezwzględne trzymanie się **konsekwentnego reagowania w sytuacji kryzysów**. Konsekwencja wszystkich członków rodziny szczególnie zwracała uwagę podczas analizy materiału. Do tego wątku wrócę nieco dalej podczas opisu pracy nad emocjonalnym reagowaniem.

Stanowcza reakcja zwiększa swoje szanse powodzenia, jeśli nie jest osamotniona:

No, aha, i jeszcze jak i synowej brat jeden, bo ma dwóch braci, jeden też w ogóle [pauza] właśnie, tak jak mój młodszy syn jest wrogiem alkoholu, w ogóle nawet kieliszka nie chce, a ten drugi to właśnie..., i to też było przyczyną, bo on tu ciągle przyjeżdżał i oba tak popijały. [pauza] I po tych chrzcinach właśnie tej wnuczki, co właśnie tak zaczął pić całe te 10 dni i tamten..., [pauza] i przyjechał, i to jego matka też przyjechała z nim, i jak żeśmy się wzięli za obuch, i za tamtego, [pauza] i tamten też nie pije. [pauza] [RMS]

Zasobem jest **mobilizowanie** się poszczególnych członków rodziny w sytuacji kryzysu, bycia w gotowości i reagowania w razie potrzeby. Rodzice rekonstruują te sytuacje kryzysowe i sposoby szybkiego reagowania w sposób bardzo energiczny. Sposób ich opowieści oddawał specyficzną dynamikę działań. Widać to we fragmencie wywiadu, gdzie matka opowiada o podjęciu przez syna decyzji o tym, że jest gotowy na „wszywkę”:

[...] powiedział, „mama, ratuj” [...]. To ja niewiele myśląc... [śmiech] syn akurat, mówi, „ja coś tam w polu...”, bo też pracuje, ma gospodarstwo, coś w polu... „ciągnik na polu zostawiłem”, mówi, [śmiech] „jak telefon dostałem”, mówi, „i w samochód”, to nawet żona nie wiedziała, gdzie jest. Mówi, „co on? Gdzie on pojechał, ciągnik na polu zostawił”. A mi mówi, „wpadł do domu, przebrał się i mówi, w samochód”, no. I dzwoni potem: „co się stało, Jacek czy co, czy ten Romek tak wy...”, mówi, wystartował, bo mówi..., no, a, no... [pauza] [RMS]

Nadałam również znaczenie zasobu postawie samego „alkoholika”. Wyraźną uwagę zwróciło bowiem to, że z wywiadu rodziców wyłania się osoba, która poddaje się zabiegom rodziny. Owszem, stosuje „sztuczki alkoholika” [RMS], popija w ukryciu, „wychodzi na spacer z psem i kupuje alkohol w małych buteleczkach” [ROS], zaprzecza, minimalizuje straty itp., ale wyraźnie też artykułuje gotowość do zmiany. Poddaje się zabiegom i namowom rodziców.

Widzę, że, że, że chce sobie z tym poradzić [...] namówiłem go do tego, żeby poszedł tam [odział odwykowy]. No to on był w sumie tam 4 dni, bo 4 czy 5 dni, no to raz byłem tego. [ROS]

[...] jak już tak te 10 dni pił, to on to zrozumiał, że on sobie już nie poradzi, bo powiedział, „mama, ratuj”, mówi, „bo ja już sobie nie radzę”, mówi, „róbcie coś, bo ja już nie radzę sobie”. [RMS]

Dodam, że w analizowanych przeze mnie przypadkach zasobem sprzyjającym realizacji programu reagowania opartemu na siłach rodziny była **fizyczna bliskość i dostępność** realizatorów rodzinnego projektu. Jest to ważne zwłaszcza w sytuacjach wymagających stosowania technik interwencji kryzysowej, np. kryzysie powodowanym rozdrażnieniem, stanach frustracji związanych z głodem alkoholowym czy złości z powodu niemożności „dopicia”, czasem wybuchów agresji.

[...] były chrcziny właśnie [pauza] syna tego dziecka, to już też zaczynał, ale zaraz był zwinięty do domu. [RMS]

Ja wiem, może jak mu się tak pić bardzo chce, nie wiem, no. Dwa piwa mu przywieźli [bracia], no to [pauza] może zamiast alkoholu... to są bezalkoholowe, no to może, [pauza] ja wiem, [pauza] tam coś może dawały, że on, no... Ale nie mógł spać, chodził, [pauza] no siedział, on pali papierosy, to palił papierosy, to było przecież lato, to chodził, to... [pauza] [RMS]

[...] córka pojechała, w samochód, kupiła mu to Karmi, bezalkoholowe piwo, masz, tym się lecz teraz. [RMS]

Rodzinne dogłądanie zła

Niezwykle istotnym elementem programu reagowania opartego na siłach rodziny jest **praca nad definiowaniem rodzinnego problemu**, zidentyfikowaniem czynników zagrażających jej jedności, bezpieczeństwu i prestiżu. Przyjrzenie się tym rodzinnym definicjom pozwala dostrzec wyraźne kategorie, które budują rozumienie istoty problemu: **truczna, niszczenie zdrowia, wstyd, strata pracy, strata rodziny, zniewolenie**. Jest to wspólne wypracowywanie istoty problemu oraz celu działań lub zidentyfikowanie zagrożenia i przekazanie sprawy (lub przejęcie jej) w ręce jednego z rodziców, który koordynuje wytwarzaną definicję oraz stoi na jej straży. W pozyskanych przeze mnie wywiadach koordynatorką i osobą, która integrowała wspólne działania rodziny, była matka, natomiast osobami delegowanymi do realizacji zadań lub przejmującymi odpowiedzialność za rozwiązywanie problemów byli ojcowie, np.: „[...] no mnie oczywiście... zawsze ja byłem ten, który miał coś zrobić, no zawsze było tak, że [pauza] »coś działaj, no działaj«” [ROS].

Bywa, że mimo przyjętej wspólnie definicji problemu rodzinnego oraz realizacji programu reagowania niektórzy członkowie wymagają specyficznej **pracy nad adekwatnym reagowaniem**.

A małżonka, moja była małżonka, to ona przesy... przesyłała SMS-a „4 dni chłał, no 4 dni chłał”. A ja rozmawiałem [rozbawienie] poprzedniego dnia i przecież nic nie wyczułem, że on przecież po piwku... to poznam, że, że coś jest, coś wypił, nie? I wiem, że nie wypił nic, a [westchnienie], a ta mi tu wysyła, „4 dni pił”, no. [ROS]

[...] bo tej to się wydaje, że jak ona mu zabroni, to już będzie tego. Guzik, nieprawda to. On musi tam, musi sobie wbić w tą głowę i to, żeby mu utrwaliło się, że, że [pauza] nie ma, nie ma, no nie ma na to silnych i koniec, albo się chce żyć, albo chce... albo się chce pić, nie? [ROS]

Niektórzy członkowie rodziny są dyscyplinowani w tym zakresie przez rodzica – koordynatora działań rodziny lub głównego wykonawcę rodzinnego projektu antyalkoholowego. Dyscyplinowanie to nie było jednakże karzeniem czy źródłem konfliktów. W odróżnieniu od problemów związanych z niekonsekwentnym i rozproszonym reagowaniem rodziców, których zaliczyłam do grupy opisywanej w następnym rozdziale (2.5), brak wspólnego frontu reagowania bywa szybko rozpoznawany i weryfikowany. Czasem odnosiłam wrażenie, że jest to znalezienie specyficznego błędu w oprogramowaniu czy wirusa i usunięcie go. Przykładowo, jeśli program reagowania oparty był na tworzeniu warunków podtrzymywanych przez pozytywne, wspierające komunikaty osoby, która podejmuje pracę ze swoim nałogiem, a rodzinie nadane jest znaczenie warunków regeneracyjnych, to emocjonalne reakcje na kryzys, tzw. awantury domowe, wykraczały poza przyjęty projekt działań.

[...] od razu robić afery, robić takie... a tu taki człowiek potrzebuje tego ciepła, tego... Ja jej [synowej] to już wszystko też tam tłumaczyłem, jak tego, no i [cmoknięcie] też, też z jej strony jest poprawa znaczna przecież. Jest poprawa. Ona to rozumie, ale [zastanowienie] był moment, że ona mówiła, ona się wyprowadzi i tak dalej. Ja mówię, no i co, no i wprowadzisz się i co, i co zwojujesz, i co zwojujesz? [ROS]

Ciekawe są także **sposoby definiowania małych sukcesów programu reagowania**: „Właśnie synowa mówi... ona nie kupuje, ale a to tam dostał od kogoś za coś, a to to, mówi, dwie butelki stoją i on nie ruszy..., [pauza] nie ruszy” [RMS] i tych dużych:

Rozumie, że jest alkoholikiem i z czym to się wiąże [...]. Poprawa jest i to duża. Bywa podпиты, ale nie wraca pijany [...] nie pije na umór [mimo pracy, która „wymaga” kularowego picia – uzup. aut.]. Nie ma też tak, że musi „poprawić”. [ROS]

Teraz właśnie były te komunia wnuczki to już widać, że nie pił. Już widać, że już nie pił, nie był pijany. Tam wypił, to wypił..., wypić wypił, nie można powiedzieć, ale już nie był pijany, normalnie, samochód tam przyjechał po niego, wsiadł, pojechał do domu, normalnie. [RMS]

W obrębie programów reagowania opartych na rodzinie odnalazłam pewne punkty ciężkości. Rodzice podkreślali, że kładzenie nacisku na poszczególne właściwości powodowane jest znajomością swojego dziecka – jego charakteru, poprzednich doświadczeń i sposobów reagowania itp. Pierwszy koncentrował się

wokół takich cech jak: życzliwość, wsparcie moralne i emocjonalne, „dobro”. Rodzic koordynujący działania rodziny punktem wyjścia uczynił dogłębne poznanie istoty problemu. Dominującym sposobem definiowania „alkoholizmu” było potraktowanie go jak choroby – postępującej, podstępnej, degradującej, śmiertelnej itp. Jednocześnie sposób definiowania istoty problemu silnie oznaczył nadludzkimi wysiłkami, jakie musi podjąć „alkoholik”, który boryka się z uzależnieniem. Dlatego też syn jest ofiarą skłonności genetycznych, charakteru pracy sprzyjającemu codziennemu piciu i choroby, a nie winowajcą. Walczy i ma wysoką motywację do kontrolowania swojej choroby. W rodzicielski program reagowania wpisuje się przede wszystkim **dostarczenie warunków regeneracji i stabilizacji sprzyjającej kontrolowanemu piciu.**

[...] no to przede wszystkim trzeba [pauza] dobrocią i łagodnością do takiego człowieka podchodzić. Nie wolno mu na..., nie wolno nakazać, no szczegól... no mówię tu w tej chwili o moim synu. No jest, taki ma charakter, że [pauza] jak ja też tam w pewnym momencie zacząłem mu ostro do niego, no ale to, [cmoknięcie] to tak jak powiedziałem, no agresja tylko agresję stwarza i [pauza] tak to już jest, no. [ROS]

W obrębie takiego programu reagowania uwagę zwraca także praca nad relacjami z dzieckiem:

[...] na początku to, no [cmoknięcie] ja jak powiedziałem, że, że on [zawahanie] nie dał sobie nic powiedzieć, mówił, nie, co..., co tam, co ja tam wiem, no co, co, co, co mi tam będziesz takie głupoty gadał, nie? Nie, a tera..., a teraz, no to nie, no teraz to już [pauza] w ogóle, no [zawahanie] nie lub..., nikt chyba nie lubi [rozbawienie] jak się tam go poucza za bardzo, nie? No ale nie, no w tej chwili relacje nasze są bardzo dobre i tam nieraz sobie tak porozmawiamy. Ja mu staram się też, [pauza] jakoś go tam nie za bardzo pouczać. [ROS]

Podobnie jest w przypadku organizowania warunków do utrzymywania abstynencji lub znaczącego ograniczenia (okazjonalnego) picia. Tutaj jednak rodzic punktem ciężkości i powodzenia czyni **otwartą kontrolę i wypominanie strat.**

Ale musiał codziennie chyba pić, bo tych butelek, jak żeśmy porządki robili to naprawdę wszędzie, ale tak je ukrywał, że naprawdę [śmiech] nigdzie nie stały na wierzchu. Tam na przykład, [zastanowienie] no były tam maszyny, to w maszyny, a to w belki w słomie, a to tu. [pauza] Nieraz tam się jedną znalazło, ale to tam naprawdę nie było. Dopiero się okazało, ile on pił, jak były te porządki takie generalne w stodole, bo teraz tam nic nie trzymają, [pauza] zwierząt, aby konie, no to [pauza] było tam robione, to dopiero się okazało jak on dużo... [pauza] To cztery worki chyba, takie od zboża, tych butelek było. Mówię, patrz, [pauza] ile, mówię, za to byś coś sobie zrobił, coś kupił, patrz, ile to. [pauza] A czy to było wszystko to też nie wiadomo. [RMS]

Dodam, że w badaniach Klingemann samoleczących się „alkoholików”, tj. bez instytucjonalnego wsparcia, profesjonalnego pojawia się również postać matki, której specyficzna „uciążliwość” połączona z bliskością emocjonalną stanowiła znaczący element procesu porzucania picia alkoholu. Z perspektywy samowyleczonego alkoholika bezkompromisowa reakcja matki na jego problemowe picie: jej „szpiegowanie”, „namawianie”, „kontrolowanie” była istotnym elementem udanego samowyleczenia, jej „uciążliwość” zbawienna w skutkach¹⁰⁷.

¹⁰⁷ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*: 84.

Znaczenie „autorytetu rodzicielskiego” w przebiegu zrywania z nałogowym pićm czy sięganiem po narkotyki nie jest jednak podawane w literaturze naukowej jako szczególnie istotny czynnik mobilizujący do zmian, a na pewno jako ważny sam w sobie. Niewątpliwie znaczenie rodziców jest duże w tworzeniu środowiska wsparcia starań z zerwaniem picia¹⁰⁸. Czy jest jednak bezpośrednim motywatorem do zmiany? Raczej nie. Kiedy analizuje się tzw. punkty zwrotne, czyli szczególnie ważne wydarzenia biograficzne, pod wpływem których dewiant (osoba nałogowo używająca alkoholu, narkotyków, przestępca) zmienia swoje życie i zrywa z dewiacjami, to badacze donoszą o takich, jak: miłość do kobiety, urodzenie się dziecka, zmiana środowiska życia itp. Co prawda zagadnienia te nie były przedmiotem odrębnych analiz, ale lektura wywiadów z rodzicami ujawniła co najmniej trzy przypadki szczególnych zwrotów w karierach alkoholowych synów, którzy mieli długi okres abstynencji po wejściu w związek z „normalną” (tj. niepijącą) dziewczyną.

Nie będę rozwijać tego wątku, ponieważ istnieje dość obszerna i dostępna literatura naukowa poświęcona problematyce, zwłaszcza autorstwa kryminologów. Swego czasu dość intensywnie studiowałam to piśmiennictwo¹⁰⁹ i udało mi się wyłonić wiele punktów zwrotnych w biografjach przestępców zrywających z dewiacyjnym stylem życia, niektórych dość zaskakujących (jak np. huragan Katrina). W żadnej pracy nie znalazłam informacji o tym, że to autorytet rodzicielski czy silne więzi z matką/ojcem były czynnikiem spełniającym warunki punktu zwrotnego. Nie odnalazłam jej również w wypowiedziach mężczyzn i kobiet – „trzeźwych alkoholików” podczas otwartych mityngów, w trakcie których rekonstruowali zasoby rodzinne, jakie odgrywały pozytywną rolę w procesie ich zdrowienia. Jedynym wyjątkiem były moje badania zrealizowane z udziałem recydywistów, gdzie proces zrywania z przestępczym stylem życia jednego z mężczyzn uruchomił ojciec, który po wielu latach nieobecności nawiązał kontakt z synem¹¹⁰. Potwierdzenie niewielkiego znaczenia autorytetu rodzicielskiego w procesie zrywania z nałogowym pićm znalazłam w następującym fragmencie wywiadu eksperckiego o czynnikach będących zapalnikiem działań na rzecz zmian:

[...] Pomijając własne problemy zdrowotne, to śmierć kolegów, a nie namowy matki czy jej presja [mają wpływ na decyzję pijących – przyp. aut.]. „Matka cały czas mówiła, całe życie, że piję za dużo. No i co? No i tak gadała, a ja wiedziałem swoje” – to są słowa pacjentów. „Matka całe życie mówiła i nawet teraz obojętnie, co będzie mówiła, to nie jest autorytet”. Matka nie jest ważną osobą, mającą wpływ na zmianę poglądów i postaw synów alkoholików. [E]

Jak już wspomniałam nieraz, rodzinny system reagowania skoncentrowany jest na ukrywaniu problemu przed niepożądanymi oczami. Ochrona dobrego wizerunku osoby nałogowo pijącej i całej rodziny stanowi ważny przedmiot troski. To głównie z tego powodu rodzice i ich dzieci nie zwracają się do instytucji (które rejestrują) o pomoc. Terapię instytucjonalną zastępują „domowe” i intuicyjne

¹⁰⁸ Mam na myśli problemy kapitału regeneracyjnego, o których pisałam w części I, w rozdziale 1.2: *Rodzice dorosłego dziecka używającego alkoholu problemowo. Stan (nie)wiedzy.*

¹⁰⁹ Zob. R. Szczepanik, „Otworzyło mi się wtedy...”

¹¹⁰ R. Szczepanik, *Stawanie się recydywistą...*

sposoby oddziaływania oraz reagowania na kryzys (np. związany z nawrotem). Ważnym narzędziem takiego programu jest tzw. wszywka alkoholowa, która swoją skuteczność zawdzięcza wymuszeniu abstynencji alkoholowej. Jest to metoda obciążoną ambiwalencją postaw samego środowiska specjalistycznego¹¹¹ i dlatego oferowana jest przede wszystkim przez sektor prywatny. Często zabieg ten poprzedzony jest „domową” detoksykacją¹¹².

Obecny system leczenia odwykowego terapii odwykowej przyjmuje zaledwie 15–20% spośród uzależnionych. Od wielu lat jest oparty na psychoterapii. Zanegował farmakoterapię i różne formy wsparcia lekowego i nie wykorzystuje tego potencjału. Takim ewidentnym przykładem jest kwestia stosowania Esperalu. Jest to lek stosowany na całym świecie. W Polsce legalny, ale stosowany tylko prywatnie. Państwowe instytucje od lat z niego nie korzystają, mimo że jest skuteczny. W poprzednim ustroju Esperal był powszechnie stosowany w leczeniu odwykowym – Esperal i Anticol. Niestety często, zbyt często, ówczesne leczenie do tego się ograniczało, dominował model biologiczny: farmakoterapia i ergoterapia. Po zmianie ustroju w Polsce nastąpiło w lecznictwie odwykowym takie wahnięcie w skrajnie drugą stronę. Uznano, że jedyne metody skuteczne są metody psychoterapii. Całkowicie zanegowano farmakoterapię i, co gorsze, uznano ją za szkodliwą. I teraz wytworzyła się taka sytuacja, że w placówkach publicznych dominującą formą terapii jest psychoterapia (przez 200 godzin). Natomiast nie jest dopuszczana jakkolwiek inna forma leczenia, np. farmakoterapia ukierunkowana na zachowywanie abstynencji. Nie jest możliwe dokonanie wszywki Esperalu w państwowych placówkach odwykowych. Natomiast można tę wszywkę zrobić prywatnie, płacąc 200–400 złotych. Dotyczy to nie tylko Esperalu, ale też Naltreksonu, Campralu. To jest zmiana ze szkodą dla pacjentów. [E]

Specjaliści, którzy w obrębie usług prywatnych oferują taką „wszywkę” abstynencką, wychodzą naprzeciw oczekiwaniom osób nałogowo pijących i ich rodzin. Analiza ogłoszeń zwraca uwagę, że zawarte są w nich te wszystkie oczekiwania oraz składane są te obietnice, których „potrzebują” osoby z problemem alkoholowym najbardziej, a zwłaszcza takie, które ukrywają problem: łatwość dostępu do punktu obsługi, medyczność, dyskrecja, bezpieczeństwo, szybkie terminy, skuteczność, np.

Esperal 24h/7 | Oryginalny produkt | [www\[adres\]](#) Implantacja Esperalu (Wszywka). Dyskretnie. Bezpiecznie. Bez bólu. Zadzwoń i umów wizytę. Szybkie terminy.

Wszywka alkoholowa | Od 600zł Skontaktuj się z Nami | [\[adres\]](#) Potrzebujesz wsparcia? Sprawdź, jak możemy pomóc! Zadzwoń do Nas. Infolinia 24H/7. Skuteczność przeprowadzonych przez nas terapii wynosi 93%. 20 lat doświadczenia. Sprawdź. Zabiegi chirurgiczne. Wlewy Witaminowe¹¹³.

Przeciwnicy „wszywki” nadają jej znaczenie pozornej „deski ratunkowej”, naiwnej wiary osób bliskich w „cudowną tabletkę”, która pomoże rozwiązać problemy rodzinne¹¹⁴, a także specyficznego uniku osobistego angażowania się w terapię:

¹¹¹ Np. Czy wszywka leczy alkoholizm?, <https://www.detoksvip.pl/alkoholizm/czy-wszywka-leczy-alkoholizm> (dostęp: 1.07.2019).

¹¹² J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany...*

¹¹³ Są to dosłownie zacytowane ogłoszenia, które znalazłam w Internecie po wpisaniu w wyszukiwarkę hasła: „esperal Łódź”.

¹¹⁴ Fragment pobrałam ze strony internetowej niepublicznego ośrodka terapii uzależnień.

[...] rekomendujemy nie „zaszywać” swoich bliskich, tylko motywować ich do podjęcia długofalowej terapii leczenia uzależnień w profesjonalnych placówkach. Gdyby „cudowne” działanie tabletki (jakiejkolwiek) było skuteczne, to nie byłoby alkoholizmu na świecie. Wystarczyłoby wszystkich „zaszyć”. Szybko, relatywnie tanio, bez wyrzeczeń. No nie. To tak nie działa. Działa dokładnie odwrotnie. Mamy XXI wiek i umiemy powstrzymać tę chorobę, ale nie stosując metody z lat 60. poprzedniego stulecia.

Ostatnim wątkiem, jaki chciałam poruszyć w tym miejscu, jest sytuacja, w której rodzice decydują się na uzupełnienie swojego rodzinnego systemu reagowania o element specjalistycznego wsparcia. Jest to moment, w którym rodzice uznają, że ich „domowe” sposoby zawiodły lub są nieskuteczne i nie są w stanie wymóc na synu, którego uzależnienie znacząco się pogłębiło wyjazdu na terapię. W tę technikę pracy wpisuje się zaangażowanie wszystkich znaczących osób, przez co wykorzystywane są ich zasoby nad procesem motywowania do podjęcia leczenia. Nie jest to praca nad konfrontacją ze stratami, ale raczej nad zyskami, jakie mogą być udziałem decyzji uzależnionej osoby:

Ostatnio miałam taki przypadek matki, która zadzwoniła właśnie, że syn jest uzależniony od alkoholu, opiatów [...], jakiejś chemii, hazardu, a już stracił kolejną pracę, windykatorzy grożą, że poderżną mu gardło, zabiorą mieszkanie... i naprawdę horror jest straszny. I ta matka też usłyszała, że musi go wyrzucić od babci (bo on uciekł do babci), musi go wymeldować, [...] żeby ci odzyskiwacze długów nie mogli tego mieszkania zająć. I była przerażona, że po prostu [...] znajdzie jego głowę na ulicy, pod drzwiami tego mieszkania. Więc nie chciała tego zrobić, bo to było realne zagrożenie. I co zrobiliśmy? Zrobiliśmy terapeutyczną sesję rodzinną, czyli babcia, mama, ojciec, starszy brat, jeszcze jakaś ciocia bardzo bliska i sam zainteresowany. W takiej sesji [...] chodzi o przekaz spokojny, rzeczowy, z troską, ale też z konkretną propozycją, jaką pomoc oferujemy. Więc można powiedzieć, że to też jest jakiś rodzaj konfrontacji z rzeczywistością, bo przychodzi pięć osób i w sposób przygotowany wcześniej, z kartką dosłownie, mówią po kolei, każdy ma swój głos, nie wszyscy na raz, a zainteresowany się na to oczywiście godzi i wie, że będzie to trwało, nie wiem, 5 razy 5, 25 minut, i on ma tego wysłuchać. [...] I mało tego, często jest tak, że rodzina najpierw, przed spotkaniem, przychodzi do terapeutki i przygotowują się, dowiadują się, jak to będzie poprowadzone, że to terapeuta będzie tym spotkaniem kierował i co jest ich rolą, co będą robili [...] i jaki ma być tego efekt. I dlaczego taki, a nie wyrzucanie z domu na przykład. [E]

Możliwości, jakie tkwią w tak opisanym doświadczeniu, terapeutka lokuje na etapie motywowania osoby nałogowo pijącej alkohol (czy z innym uzależnieniem) do podjęcia leczenia i argumentuje następująco:

[...] Nie musimy czekać, aż ten problemowo pijący, nadużywający substancji, straci pracę i będzie na garnuszku rodziców, wykorzystując ich, czasami stosując przemoc, żeby coś od nich wyciągnąć, okraść i tak dalej. Nie musimy czekać, aby dopiero wtedy go skonfrontować, albo wierzyć, że w końcu dotrze do niego, że tak dłużej być nie może. Proponujemy rodzicom czy rodzinie metody, które powodują, że wcześniej można się wyzwolić z takiego podejścia, że początkowo tolerujemy, a potem drastycznie konfrontujemy, drastycznie coś tam ucinamy. I to się nazywa metoda podwyższania dna. Czyli znowu chodzi o to, żeby przerwać coś, co nie działa. Rodzina, łagodząc lub likwidując konsekwencje czynów pijącego, w pewien sposób go wspiera, a więc chodzi o niełagodzenie tych konsekwencji, ale też o powstrzymanie się od tak drastycznego kroku, jak wyrzucenie z domu czy odcięcie dostępu do lodówki. [E]

Dodam, że terapeutka odnosi się tu do metody „interwencji”, o której Wanda Sztander pisze, że jest

pewną **akcją** [wyróżnienia oryginalne] przygotowywaną przez osoby najbliższe alkoholikowi (członkowie rodziny, przyjaciele), a jej ukoronowaniem jest wspólna z alkoholikiem **sesja**, na której są przedstawione fakty przemawiające za koniecznością leczenia. Sesja ta przygotowywana jest w tajemnicy przed alkoholikiem, aby zapraszając go później na ową sesję nie odkrywać kart przed spotkaniem. Można powiedzieć, że jest to działanie z zaskoczenia. Takie działanie, chociaż wstępnie budzi w wielu osobach niechęć, związane jest z powszechnie znaną prawdą, iż alkoholik nie chce słuchać o faktach swojego uzależnienia, irytując się lub obracając wszystko w żart, kontratakując czy też po raz kolejny obiecując poprawę¹¹⁵.

2.5. Siłami natury

Osamotnienie

[...] „Nie rozmawiaj już więcej w ten sposób z tym chłopakiem, bo nie raz z nim rozmawiałaś i masz porażkę, więc nie rozmawiaj” – oto jedna z zasad terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu z filozofii centralnej – jeżeli coś nie działa, nie róbmy tego więcej. Jeżeli, matko, ojczyste, rodzice, nie mogliście się z chłopakiem dogadać, żeby on naprawdę zaczął się leczyć, i nie mogliście znaleźć wspólnego celu, dogadać się z nim, że ma pracować, a nie wykorzystywać wasze zasoby, [...] to znaczy, że musicie zrobić coś innego, tak? Bo źle robicie, to trwa i nic nie daje. Nie macie być agresywni, tylko musicie spróbować czegoś innego. [...] I tym rozwiązaniem jest spokojna rozmowa, czyli mówimy z miłością; każdy – ojciec, matka: kochamy cię synu, od 5 czy 7 lat zamartwiamy się o ciebie, bo widzimy, jak żyjesz, widzimy, jakie sytuacje mają w twoim życiu miejsce, i mamy na kartce wyliczone, ile prac straciłeś, jak długo już nie pracujesz, jaki był twój najdłuższy okres pracy ostatnio, na przykład 2 miesiące. A dlaczego ten okres trwał 2 miesiące? Dlatego, że ojciec go do pracy codziennie, proszę sobie wyobrazić, zawoził, człowieka 30-, prawie 40-letniego. [...] I jak się ten dwumiesięczny okres skończył? Nieprzyjściem przez tydzień do pracy, brakiem odpowiedzi na wszystkie telefony, zniknięciem z pola widzenia nie tylko pracodawcy, ale wszystkich, a po tygodniowym powrocie – brakiem odpowiedzi, co się stało, gdzie był i czemu nie przyszedł do pracy i tak dalej. To są konkretne fakty. [E]

Powyżej przedstawiłam fragment wywiadu, w którym zrekonstruowana została sytuacja rodziny, która szuka pomocy dla blisko 40-letniego syna z problemowym pićm alkoholu, który mimo wsparcia bliskich osób nie kontroluje swojego dorosłego życia. Rodzina poprosiła terapeutkę o pomoc w zorganizowaniu tzw. sesji rodzinnej zorientowanej na rozwiązanie pewnego najbardziej nurtującego ją problemu (w konsekwencji szkodliwego picia syna). Mimo zwrócenia się po pomoc do instytucji (upublicznienie, uchylenie rąbka kurtyny, za którą skrywa się rodzinne tajemnice) oraz skorzystania z instytucjonalnej metodyki postępowania, program reagowania opiera się nie na sile instytucji, ale na spójności i determinacji rodziny.

Celowo umieszczam tę rekonstrukcję na początku tego podrozdziału, mimo że jest to przykład rodzinnych działań, które odpowiadają programowi reagowania zaprezentowanemu w poprzednim. Co bowiem najsilniej różni rodziców, których

¹¹⁵ W. Sztander, *Interwencja wobec osoby uzależnionej*, Materiały Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/921-interwencja-wobec-osoby-uzaleznionej.html> (dostęp: 24.05.2019).

program reagowania opiera się na rodzinie, i tych, których reagowanie określiłam mianem „sił natury”? Nie jest to rodzaj problemów, jakie stwarza dziecko nałogowo pijące. Przedstawiony opis „funkcjonowania” syna nie wyróżnia się niczym specjalnym od tych, które odnalazłam w wywiadach rodziców, których działania ozna- czyłam mianem programu reagowania „siłami natury”. Różnica tkwi we wspólno- towości działań vs ich osamotnieniu. Nawet jeśli rodzice „mają siebie nawzajem”, to nie znaczy, że nie są osamotnieni (każde z osobna) w swoich działaniach na rzecz rozwiązywania problemów dziecka nałogowo pijącego. Sama determina- cja, jaka tkwi w miłości do dziecka, nie jest wystarczająca. Rzecz we wspólnym froncie działań osób znaczących, wzajemnych wspieraniu się i jednoczeniu wo- kół wspólnego celu, zebraniu i wykorzystaniu wszystkich potencjałów tkwiących w tym, że rodzina jest silna, a działania wspólnotowe (w sesji uczestniczyło wiele osób z rodziny, w tym dalsza krewna). Wspólnotowość działań rodziny jest jednak możliwa wyłącznie wtedy, gdy wszyscy jej członkowie dysponują wspólnie wypra- cowaną definicją problemu.

Co można wyczytać z przyjętego przeze mnie tytułu? Intencją było w pierw- szej kolejności zawarcie w nazwie tego programu przekazu, że jest on niezinsty- tucjonalizowany oraz opiera się w dużej mierze na intuicji, zdrowym rozsądku, emocjach. Natomiast tytuł rozdziału nasuwać może także skojarzenie porodu. „Poród siłami natury” dość silnie przywodzi na myśl skojarzenie: trud macierzyń- stwa – bliskość, siła, poświęcenie. Towarzyszy mu lęk i ból, kojarzy się także wyczerpaniem. Nie bez powodu – kiedy jedna z matek rekonstruuje dramatyczny przebieg „wyrzucania” syna z domu w ramach organizowania mu warunków, by osiągnął dno – kończąc opowieść, mówi (zob. rozdział 2.2.): „[...] mogę to powie- dzieć z ręką na sercu, że łatwiej było mi urodzić piątkę dzieci, niż jedno z domu wyrzucić” [RMS]. Tak naprawdę jednak najbardziej adekwatnym określeniem pro- gramu, który opiszę w tym rozdziale, byłoby „osamotnienie” rozumiane jako brak zasobów (zidentyfikowanych, odpowiednio zdefiniowanych), które stanowiłyby odczuwane silnie oparcie dla działań.

Kiedy czyta się wywiady rodziców, którzy realizują program działania na pod- stawie siły rodziny, uwagę zwraca „wspólnotowość działań”, czasem wyraża się ona nawet w określeniach: „my” (rodzina). W opowieściach rodziców „zinstytu- cjonalizowanych” relatywnie wiele miejsca zajmuje refleksja poświęcona własne- mu rodzicielstwu, odpowiedzialności za to, co się stało z dzieckiem, próby roz- grzeszania i dylematy towarzyszące wykonywaniu zadań, jakie otrzymywali od instytucji. Kiedy zaś czytałam wywiady rodziców, którzy realizowali swój program reagowania w osamotnieniu – zwłaszcza matek, to w pierwszej kolejności moją uwagę przykuwały specyficzne ekspozycje wyjaśnień swojej bezradności wobec problemu alkoholowego dziecka. Kobiety usprawiedliwiały często swoje porażki bezwarunkową matczyną miłością. W ich narracjach jak zaklęcia powtarzały się określenia, takie jak: „przecież go urodziłam”, „jestem jego matką”, „nie mogę ina- czej, to jest moje dziecko” itp. Zwykle zwroty te pojawiały się jako kategoryczne uzasadnienie niekorzystania z pomocy instytucji z powodu „(nie)zdania egzami- nu” na profesjonalizowanie swojego macierzyństwa.

Jak to matka w dziecko nie może wierzyć? W końcu niech będzie najgorszy, ale w końcu go urodziłam, wychowałam. [RMS]

Matki, które opierają swój program reagowania „na siłach natury”, nie są jednorodną grupą ze względu na doświadczenie korzystania vs niekorzystania z pomocy instytucji. Jedne z nich podejmowały próby wparcia się na instytucji, inne mają wciąż problem nałogowego picia dziecka „zamknięty na klucz” w domu. Wyłoniłam trzy powody oznaczeń poszczególnych działań rodziców mianem „siłami natury”.

Pierwszym jest zarządzanie **nieupublicznianiem**. Lęk przed upublicznieniem problemu związany jest tu bezpośrednio z **ochroną wizerunku dziecka**, tzw. wysokofunkcjonalnego alkoholika. Kiedy bliżej się przyjrzeć temu lękowi, można uznać, że jest to w istocie bardziej lęk przed utratą ostatniego „twardego dowodu” dorosłości dziecka.

O dziwo, że pracuje. [ROS]

Cały czas pracuje. Teraz to jest jego najdłuższa praca, odkąd zaczął pracować. To jest jego piąta czy z kolei szóstą praca, ale już 2 lata pracuje, tak że się jakoś trzyma tam. Nie pije w tygodniu, bo nie może, bo idzie do pracy. Teraz trzeba zmierzyć tym aparatem, czy ma alkohol, rano. Jak wchodzi, jest sprawdzany. [RMS]

Ochrona wizerunku niekoniecznie wiąże się z jego pracą zawodową. Bywa, że jest to **ochrona wizerunku „udanej rodziny”** i **„udanego dziecka”**, nawet jeśli choroba alkoholowa jest tajemnicą poliszyneła. Mimo że wiele osób z najbliższego otoczenia (sąsiedzkiego) wie o problemie, rodzic stara się, aby był on jak najmniej widoczny. Dzieje się to nawet wówczas, gdy jest konfrontowany z tą wiedzą i jej nie zaprzecza, acz minimalizuje, np. zarządzając definicją „prawdziwego alkoholika”:

Pije córka, pije syn, kochanka i matka na górze, ale to już jest rodzina w ogóle dno, a u nas tego nikt nie może za bardzo powiedzieć, bo tak: okna czyste, firany zawsze wyprane. Moja córka, jak pije, nie wyjdzie, bo ona się wstydzi. Ona po prostu się... bardzo jeszcze ma w sobie to, że ona się bardzo wstydzi, wie pani, ona się krępuje. [RMC]

Nieupublicznianie w sytuacji tajemnicy poliszyneła to działania rodzica na rzecz minimalizowania widoczności problemu.

Osamotnienie w zapobieganiu lub minimalizowaniu upublicznienia problemu związane są bezpośrednio z piętnem odczuwanym (*felt stigma*)¹¹⁶. Rodzice bardzo wyraźnie borykają się z tego rodzaju stygmatem, który – o czym pisałam w rozdziale poświęconym procesom stygmatyzacji – w sposób szczególny odpowiedzialny jest za wyniszczenie psychiczne, bardziej niż dyskryminacja doznawana. Jest to bowiem chronicznie odczuwany lęk przed reakcją, spodziewanie się tej reakcji i lęk przed wstydem. Piętno odczuwane staje się elementem tożsamości rodzica, który wiele energii koncentruje na tym, aby się „nie wydało”. Co prawda rodzice będący bohaterami poprzedniego rozdziału również borykają się z lękiem

¹¹⁶ D. E. Gray, 'Everybody just freezes...

przed stygmatyzacją, ale nie są w tym osamotnieni. Jest to „sprawa rodziny”, podczas gdy w przypadku rodziców „osamotnionych” jest to „sprawa rodziców”.

Drugim powodem jest **osamotnienie**, które może być konsekwencją piętna odczuwanego (*felt stigma*) lub pogłębiać je i polega na wycofywaniu się, zamykaniu, unikaniu przestrzeni wymagającej otwarcia się oraz miejsc obarczonych ryzykiem upublicznienia problemu. Jest to więc rodzaj działań na rzecz kontrolowania problemu „własnymi siłami”. Osamotnienie jednak rozumiem także dosłownie. Są to bowiem rodzice, których samotność w radzeniu sobie z problemem alkoholowym dziecka jest konsekwencją (nie)identyfikowania lub wadliwego definiowania (nie)posiadanych zasobów. Osamotnienie rodzica dotyczy także sytuacji małżeństw mieszkających wspólnie pod jednym dachem i razem zmagających się z problemem alkoholowym dziecka. Jest to bowiem sytuacja, w której działania podejmowane są co prawda razem, ale nie wspólnie. Najbardziej dosadnym przykładem takiej sytuacji jest uznanie racji jednego z małżonków i zobowiązanie się do określonego zachowania (np. niekupowanie synowi alkoholu w przypadku tzw. kaca), a następnie kolaborowanie za jego plecami z dzieckiem (np. potajemne dostarczanie środków na zakup alkoholu, by zminimalizować złe samopoczucie tzw. kaca). Osamotnienie polega więc tu nie tyle na zupełnym braku zasobów, ale na ich rozproszeniu lub nieumiejętnym wykorzystaniu. Siła działania posiadanych zasobów jest ograniczona i ograniczana przez osamotnionego rodzica.

Każdy ma swoje problemy. Nie mogę wymagać od braci i sióstr, aby rzucili wszystko i zajęli się moimi problemami. Każdy ma swoje życie. [RMS]

Osamotnienie rodzica może przebiegać w rodzinie pełnej „pomocników”. Działania każdego z nich są rozproszone, a nawet pozostają w opozycji. Bywa, że osamotnionemu rodzicowi narzucana jest rola organizatora i głównego wykonawcy zadań związanych z ograniczaniem konsekwencji szkodliwego picia dziecka przez pozostałych domowników. Najbardziej ekstremalnym przejawem rozproszenia jest unikanie, a nawet ostentacyjne wycofanie się z zaangażowania poprzez obarczenie problemem rodzica (w pozyskanym materiale były to matki) oraz wytoczenie argumentów **podtrzymujących jej odpowiedzialność**, a nawet **legitymizujących osamotnienie** w budowaniu i realizowaniu programu re-ogowania:

E: [...] różnią się postawy ojców i matek w stosunku do dorosłych dzieci. Niedawno też, taki mi się nasuwa przykład, mama mówi „mąż już przestał się do nas odzywać”. Dlatego, że nie potrafi, nie jest w stanie wyegzekwować zmiany zachowania syna, który od 2 lat nie pracuje gdzieś tam dorywczo, a matka go przejmuje, karmi.

B: I on się na to nie godzi?

E: On się nie godzi i doszło do sytuacji takiej, że nie odzywają się do siebie.

FK: To ty się zajmowałaś wychowaniem dziecka, więc teraz ty się z nim użeraj.

FITU: A w ogóle to często ojciec pije i w ogóle nie jest obecny, jeszcze tak zauważałam.

FPS: Albo są to bardzo często samotne matki, gdzie ojciec albo ich zostawił albo nie żyje i wtedy ta więź z tymi dziećmi się robi taka właśnie silna.

FPTUP: Albo był taki pogląd dawnego systemu wychowawczego, bo nieraz panie o tym mówiły.

FK: Ojciec pracuje, matka wychowuje, tak.

FPTUO: Że one mówią, że mąż jeszcze na nie zwala, bo to ty przecież wychowywałaś dziecko, to jest twoja wina, ja tu pracuję. [...] On się odcina jako ojciec, który uczestniczył w wychowaniu.

[...] powiedział, że nie, że nie będzie rozmawiał. Nie mam brata w ogóle, tak powiedział, nie mam brata. [...] Tak głupio, na marginesie, powiedział, nie bójcie, ja i tak go pochowam, nie martwcie się, ale rozmawiać z nim nie będę. No i nie możemy go namówić. [RMS]

Brak wspólnego frontu działań w rodzinie osamotnionego rodzica jest także „nierealizowaniem” jego programu reagowania. Przykładowo, jeżeli ważnym elementem programu reagowania rodzica osamotnionego jest tworzenie warunków, które zapobiegają ryzyku awantur (tj. upublicznieniu), to taktyką w tym zakresie jest „usuwanie się” z drogi dziecka, diagnozowanie jego stanów, ważenie słów itp. Bywa, że inny domownik postrzegany jest jako osoba, która nie ma kompetencji do realizowania danego programu reagowania.

[...] znaczy Ola [córka] z nim rozmawia i jej czasami jest go szkoda, bo jak przyjdzie, to go przytulili i ten się wtedy cieszy, ale po prostu on jest taki, że jak jest wypity, czy nie jest wypity, jest jeszcze gorszy, jak jest wypity, bo on denerwuje się wtedy bardziej, niż jak jest wypity. Dokładnie, ja tak zauważyłam, że wtedy trzeba koło niego chodzić, nic nie krzyknąć, nic takiego nie powiedzieć pod jego adresem, bo on się wtedy wścieka. I wystarczy, że [córka] jedno słowo powie nie tak, czy tam krzyknie na niego, to już rozpędzona III wojna światowa zawsze. No ale ja się właśnie dlatego najbardziej, nie boję może, tylko źle się czuję i denerwuje mnie to, że on nie potrafi, żeby spokojnie było. [RMS]

Program reagowania oparty na osamotnieniu rodzica nie polega na tym, że nie posiada on żadnego celu i planu. Jak już wspomniałam, jego działania skoncentrowane są na ukrywaniu lub kontrolowaniu tajemnicy rodzinnej poprzez minimalizowanie jej widoczności (np. usuwanie pijanego dziecka z klatki schodowej) czy zarządzanie definicją problemu („moja córka nie pije, ona ma depresję”).

Bywa także, że rodzeństwo osoby, która nałogowo pije, stoi w opozycji do działań rodziców/rodzica. Albo przyjmuje postać milczącego świadka, albo zdystansowanego obserwatora pełnego niechęci do „alkoholika” i jawnego oponenta działań rodziców. Ich rola polega na burzeniu programu reagowania rodzica/rodziców, co staje się przedmiotem dodatkowych problemów rodzinnych oraz czynnikiem uniemożliwiającym wykorzystanie zasobów rodzinnych tkwiących w jej jedności. Na przykład są to jawne konflikty polegające na posiadaniu własnych programów reagowania w obrębie jednej rodziny. Najbardziej wyrazistym przykładem siły takich konfliktów i paradoksem była sytuacja, w której matka kategorycznie sprzeciwiająca się propozycji upublicznienia problemu poprzez wyrzucenie brata-alkoholika z domu spotkała się z groźbą bycia wyrzuconą jako ta, która nie realizuje „rodzinnego” programu reagowania.

Niewykorzystywanie zasobów tkwiących w rodzinie i nieopieranie siły programu reagowania na zasobie wspólnotowości objawia się także tym, że poszczególne członkowie rodziny szukają wsparcia „na własną rękę”.

W tych rodzinach, no to tylko najbliższa rodzina. Tylko na przykład ten drugi syn [pauza] wspierał bardzo, on też szukał wsparcia. Chodził też do psychologa, próbował rodziców jakoś ukierunkować. [PTU]

Trzecim i chyba najbardziej wyrazistym czynnikiem wyróżniającym osamotnionego rodzica spośród dwóch poprzednich (tj. opierającego swoje działania na instytucji i na siłach rodziny) jest budowanie i realizowanie programu reagowania poprzez **organizowanie minimalnej stabilizacji**. Jest to rodzaj tworzenia warunków dla minimalizowania szkód wyrządzanych alkoholizmem syna czy córki, działania na rzecz ograniczania głębokości i rozległości tych szkód. Rodzic organizuje życie dziecka tak, aby zapobiec jego dalszej degradacji. Jest to działanie, które stoi w największej opozycji do metodyki postępowania z „alkoholikiem” według dominującego, konserwatywnego nurtu definiowania problemów alkoholowych, np. wyznawanego w obrębie ruchu AA. Jak już wielokrotnie wspominałam, radykalne stanowisko „osiągania dna” zostaje współcześnie łagodzone, zwłaszcza jeśli odnosi się do relacji matka–dziecko. Problemy te można rozpatrywać także w kontekście niezbędnych do (prze)życia zasobów regeneracyjnych.

Organizowanie minimalnej stabilizacji dziecku obejmuje dwie perspektywy czasowe. Po pierwsze jest to **troska o jego „codziennosc”** – począwszy od płacenia za rachunki, skończywszy na przypominaniu o higienie lub dbałość o czyste ubrania.

[...] ja płacę wszystkie świadczenia. Ja. Oni żadnych. Ja płacę prąd, ja płacę wodę, ze względu na to, że mam lokatorów i ja płacę, proszę pani, opała zimą. Wszystko ja, oni nie mają żadnych płatności. Podatek za dom ja płacę [zastanowienie] i... no wszyścieńko. [RMC]

[...] tak teraz ostatnio jak on pracuje to im się trochę polepszyło, bo przynajmniej mają na jedzenie, a tak to to było tragicznie. [RMC]

Troska o codzienność nałogowo pijącego dziecka to utrzymywanie go przy życiu, minimalizowanie szkód, np. poprzez dobre odżywianie, troskę o regularne posiłki.

Strasznie chudy jest. Ja mówię – „zjedz coś”. Żeby chociaż coś zjadł. [RMS]

[...] to już widać, że tej zupy nie je, bo nie może, alkohol, nie? Są momenty, tylko że, no mówię... Już z kilka razy mówiłem, że obiad był w niedzielę, to coś tam zjadł. Rosół... Żona robi rosół, bo dla takich ludzi to rosoly [...]. [ROS]

Kiedy przyjmie się psychologiczną optykę rodzinnych mechanizmów podtrzymujących nałogowe picie, to sytuacja, w której rodzic kupuje dziecku alkohol, chcąc złagodzić dolegliwości „kaca” czy zapobiec padaczkę, analizowana jest jako szczególnie szkodliwy sposób nieradzenia sobie z problemem:

[...] matki, no tutaj głównie matki, są przerażone y procesem trzeźwienia i procesem odstawiania tego alkoholu, dlatego [zawahanie] idą po to piwo i dają mu to piwo, żeby ich zamulić, bo co ona ma zrobić, jak on zacznie mieć padaczkę. [PS]

Kiedy jednak, by rzucić światło na tę samą sytuację, przyjmując jako punkt wyjścia cechy takiej matki jak: jej osamotnienie, zmęczenie, lęk przed agresją, troska o życie dziecka, to potępienie jej nie jest już takie oczywiste.

Starsi ludzie też patrzą trochę inaczej, czyli z perspektywy zbliżającego się końca ich życia. I nie chcą (myślę, że wielu spośród nich nieświadomie) znaleźć się w sytuacji śmierci ich dziecka. Bo jest to naruszenie porządku naturalnego. Oni tym bardziej się boją o swój los, bo wiedzą, w jakim stopniu są zależni od swoich dorosłych dzieci. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, gdy jest samotna matka, często wdowa, i 40–50-letni pijący syn. [E]

Z materiału empirycznego wyłoniłam także i inną perspektywę czasu, wybiegającą poza codzienność. Jest to **zabezpieczenie minimalnej egzystencji przyszłości** dziecka szkodliwie pijącego alkohol. U podstaw działań w tym zakresie leży całkowite „pożegnanie się” z dzieckiem, które w końcu wydorosłeje i usamodzielnia się. Jest to bardzo realna ocena „tego, co się dzieje” i uznanie, że jest się jedynym strażnikiem względnego utrzymywania się na powierzchni dziecka i przy życiu. Działanie takie polega np. na odpowiednim zarządzaniu majątkiem, by po śmierci nie dostał się on w ręce dziecka pijącego szkodliwie alkohol, by nie mógł pozbyć się np. domu i miał minimum socjalne, tzn. miejsce do mieszkania. Jest to więc przygotowanie gruntu do organizowania codzienności dziecka, zapobieganie jego degradacji po śmierci rodzica-opiekuna.

[...] ja jestem na tyle logiczna, że jak oni chcą, żeby to na nich przepisać, to ja nie przepiszę w życiu tego na nich, tylko na moich wnuków, na mojego wnuka i na moją wnuczkę, bo oni nie są alkoholikami, nie piją, oni tego nie przepiją i będzie klauzula, że muszą rodzicom zapewnić mieszkanie do śmierci. [pauza] Ja im powiedziałam, że ja wam tego w życiu nie dam, ja dam to wnukom, ale wam nie i będzie klauzula, że możecie mieszkać do śmierci. Ale w żadnym wypadku, bo on ją namówi, oni to, proszę pani, przepiją, sprzedadzą, pójdą do bloków, nie będą płacić za bloki. Bo jak ja wróciłam z Niemiec, to tu były straszne długi. Ja to wszystko musiałam płacić i to prędko. [RMC]

Bywa, że rezultatem pracy rodzica nad zabezpieczeniem przyszłej egzystencji dziecka jest ograniczanie mu bieżącego wsparcia i traktowanie „porzucenia” jako inwestycji w jego przyszłość. Nie ma to jednak bezpośredniego związku z oczekiwanym przez specjalistów organizowaniem dziecku warunków na rzecz „osiągania dna”, lecz raczej tworzeniem takich, w których dziecko będzie musiało testować swoją samodzielność na gruncie stworzonym uprzednio przez rodzica:

[...] Ojciec już właściwie rozłożył ręce, mówi: „już nie daję rady”, „zostawiam go”, „niech sobie robi, co chce, choć mieszka z nami lub za ścianą”. I mówi „nie będę za niego płacił, nic z tego, bo on ma jakąś rentę, musi sobie radzić”, „ja już mam swoje lata, niedługo umrę, zostawię go i co? On musi zacząć sobie radzić, zanim ja umrę, wtedy spokojnie odejdę”. [E]

Rodzicielski program reagowania w osamotnieniu to również konsekwencja przyznania się do tzw. miękkiej miłości. Jest to projekt reagowania oparty na regule bezwarunkowej miłości i jest specyficznym antyprogramem dosięgania dna przez alkoholika zalecanego przez terapeutów – zwolenników konserwatywnego podejścia. Jest to odwoływanie się i usprawiedliwienie „miękkiej miłości” wobec dziecka poprzez eksponowanie w opowieściach pewnego rodzaju sloganów, np.: „A dziecko, jakie by nie było, to się je kocha, przynajmniej dobra matka” [RMS].

W program reagowania oparty na osamotnieniu wpisuje się także „matczyne” **konspirowanie z dzieckiem-alkoholikiem w rodzinie**. Polega to na łamaniu

wcześniej, wspólnie ustalonych zasad np. z mężem czy żoną dziecka. Jest to rezultat kwestionowania programu reagowania realizowanego przez męża (równoległego osamotnionego rodzica) lub akceptacja i porzucanie planu z powodu silnych napięć w obrębie roli matki:

Ojciec wyrzuca go jednymi drzwiami, a matka wpuszcza go innymi. [K]

Żeby go wyrzucić z domu. Mąż nie raz chciał go wyrzucić, ale ja jestem matka, inaczej do tego podchodzę. No bo mnie po prostu żal, wyrzucić na ulicę gdzieś tam zimą czy nawet latem i potem problem, jeszcze gorzej. Zawsze chciałam jakoś go ratować. [RMS]

[...] mąż, bardzo na mnie wkurzony nieraz, że ja go broniłam, czy wiesz, nie pozwoliłam to czy tamto. No może jak bym pozwoliła, może jakby się wziął za niego inaczej. [RMS]

Opieranie programu reagowania na regule matczynej miłości nie jest równoznaczne ze ślepą miłością i wiarą w sprawczą moc macierzyńskiej troski. Wręcz przeciwnie, w obrębie tego programu ma miejsce praca nad zdystansowaniem się i ochroną swojej autonomii przed dzieckiem. To, że w program reagowania rodzic nie wpisuje metodyki postępowania narzucanej czy proponowanej przez specjalistów, nie znaczy, że jest przeciwny zinstytucjonalizowaniu problemu dziecka w ogóle. Rzecz w tym, że on sam stawia opór przed „sprofesjonalizowaniem się”. Nie czyni sojuszników ze specjalistów i instytucji. Nie wchodzi z nimi w dłuższe koalicje, a jeśli już, to doraźne (np. wezwanie policji). W każdym razie nawet jeśli dziecko decyduje się na leczenie w instytucji, to wszystko to, co się dzieje między rodzicem a dzieckiem, pozostaje „wolne” od ingerencji instytucji.

Jeśli chodzi o autonomię, jest to rodzaj pozornej pracy nad jej ochroną (albo inaczej: pozorna autonomia jako produkt tej pracy). W przypadku rodziców dorosłych dzieci, które wciąż (lub znowu) z nimi mieszkają i są od nich zależne z powodu swojego uzależnienia i nieusamodzielnienia się, to rodzice stawiają granice i podejmują działania na rzecz pozyskania swojej autonomii i jej ochrony przed dzieckiem. Jest to rodzaj odwrócenia mertonowskiego napięcia w obrębie pojedynczej roli (rodzica)¹¹⁷. Widać to na przykład w podziale terytorium domowego i nieuprawnionym zawłaszczaniu go przez dorosłe dziecko, które wciąż/ znowu mieszka z rodzicami. Pisząc „terytorium”, mam na myśli nie tylko fizyczną powierzchnię mieszkalną, ale także czas, rutynę:

Na przykład była w sobotę awantura, że ja tutaj, w telewizorze, o tak, to on wtedy denerwuje się, że, o, „stoi sobie”, i awantury, że se siedzi [...] Tak, i co ty... co on robi, „a co to cię obchodzi?” [...] Ja mówię, „a co, człowieku, to ja nie mogę? To jest w moim pokoju, nie można?” [ROS]

[...] to oni tutaj przychodzili, to ja, „proszę bardzo, panowie niech stąd, niech panowie wychodzą do swojego pokoju. Tam”. A [...] bo... czy możemy wypić? Nie. Wypić czy papierosy. Nie. W naszym domu nikt nie będzie palił papierosów, no ale co ja mogę zrobić synowi, który ma już 50 lat? [ROS]

Osamotnione rodzicielstwo to także pozostawanie z pytaniami, na które nie można znaleźć odpowiedzi, powątpiewanie w przyjęty program reagowania. Jest

¹¹⁷ R. M. Merton, *Sociological ambivalence...*

to dokonywanie bilansu dotychczasowej drogi „rodzica alkoholika” i rozpatrywanie działań poprzez nadawanie im znaczenia zaprzepaszczonej szans.

Nic to nie pomogło, bo wyszedł z odwyku, zaczął z powrotem pić. Nawet jeden taki był, że do dzisiaj nie możemy sobie z mężem odżalować, że wtedy coś zrobić z nim, bo był właśnie na tym odwyku 3 tygodnie albo dłużej, tak jakoś tydzień się skończył, do domu miał przyjść, a on przyszedł tak pijany, prosto wychodząc stamtąd, że nie wiedzieliśmy, co zrobić, czy się śmiać, czy usiąść, czy iść płakać, czy go wyrzucić po prostu. Trzeba nam było może ten krok wtedy zrobić. [RMS]

Wizja transferu opieki „na czarną godzinę”

W tej części przyjrę się warunkom, dla których niektórzy rodzice realizujący program reagowania w osamotnieniu nie podejmują drastycznych kroków nawet w sytuacjach bardzo krytycznych. Mowa o traktowaniu dzieci jako jedynych opiekunów na starość, w sytuacji choroby, niedołęstwa; o międzypokoleniowym transferze opieki i wsparcia, który jest produktem wypracowanym w biegu życia danej rodziny oraz wpisanym w kulturowe oczekiwania i nakazy w obrębie ról (zob. rozdział 1.1). Zagadnienie to bardzo wyraźnie wyłania się z pozyskanego materiału empirycznego.

Ty nie myśl, że Adam będzie się nim opiekował. Bo Adam powiedział: „przyjdzie czas ojciec, że nie będzie miał kto łyżkę wody podać”. Mówi, „bo ja pamiętam, mając czternaście lat...”. Bo on powiedział do niego, „ja już nie mam pięciu lat, że ja uciekałem mówi do babci Ali albo do cioci Marii”. „Ja już mam czternaście”, on mu cały czas mówił. „Przyjdzie moment, że będziesz błagał, a Pan Bóg nierychliwy. Przyjdzie moment, że ty sobie ręką tyłka nie wytrzesz, za mamę, za nasze krzywdy”. No widocznie Pan Bóg wysłuchał. Chociaż Pan Bóg nie karze, Pan Bóg czeka na jego właśnie męki. To jest człowiek, który się nie nadaje do życia. Tak samo jak moja teściowa. Ona by chciała od Pani nie wiadomo co, a od siebie nic nie dała. [RMS]

Jest to rodzaj inwestowania w dziecko i nadzieja, że w przyszłości to ono zaopiekuje się rodzicem:

Ja miałam z nim ciężkie, no ciężko, no jako trzeci syn. Chciałam jak najlepiej, odplacił się za wszystkich synów. [RMS]

Był dobrym dzieciakiem, myślałam, że z niego będę miała dobry pożytek, ale to pozory ludzkie myślą, prawda. Ale niestety odsunęłam go. Doszłam do wniosku, że masz już tyle lat dziecku i musisz sam sobie doradzać [RMS].

Kiedy pojawia się dziecko, wszyscy rodzice mają wizję przyszłości „ja” i swojego syna/córki w przyszłości. Jest to wizja „udanego życia”, zdrowia, dostatku, spełnienia i stabilizacji. Rodzice inwestują w urzeczywistnienie tej wizji – wprost (budowanie zaplecza materialnego) lub pośrednio (wyposażanie w kompetencje pozwalające na „dobry start” dziecka – wykształcenie, wpajanie wartości itp.).

[...] ten dom mam duży i tak [zastanowienie] na tych dwóch synów yyy mieszkania, to jest takie [pauza], no oddzielne, oddzielny [zawahanie] jest gaz, jest oddzielny licznik, prąd, wszystko, tak jakby

w bloku mieszkania. Tak sobie wymarzyłam, że to pięknie opatrność tak [zawahanie] ten dom dla mnie, że ja w środku, [westchnienie] mój synuś jeden po prawej [rozbawienie], drugi po lewej, a ten trzeci się wybudował, założył rodzinę i tak będziemy sobie mieszkać. [RMS]

W wizję tę wpisuje się naturalny, międzypokoleniowy transfer dóbr i zasobów. Przede wszystkim jest to wizja opieki i wsparcia, jakie pozyska się od dziecka, które wcześniej było „zaopiekowane” przez rodzica:

No i później skończył tę szkołę, poszedł, kucharzem chciał być, kucharzem, poszedł do [pauza] y do technikum [westchnienie] gastronomicznego. Pomagał mi tak w tej kuchni, bo on zawsze chciał coś zrobić, porządki, wszystko, taki był dokładny. No ja to nawet na niego tak mówiłam, że mam trzech synów, ale to lepiej jak córka, bo tak mi pomaga, nie? [westchnienie] I co? [westchnienie]. [RMS]

Międzypokoleniowa transmisja dóbr i wsparcia w przypadku rodzin z dzieckiem z uzależnieniem nie ziszcza się. Mowa o tych rodzicach, których dziecko jest jedynakiem i nie mogą liczyć na wsparcie innego potomstwa. Te właśnie określenia: „liczenie” na dziecko, „poleganie” na dziecku często pojawiają się w wypowiedziach rodziców, zwłaszcza matek, które oczekują opieki w okresie osamotnionej starości. Powinno właściwie wątek ten zaprezentować w części, w której opisuję rodzaje strat będących udziałem rodziców, których dzieci nałogowo piją. Mowa bowiem o stracie bardzo silnie odczuwanej, czyli **utracie międzypokoleniowej transmisji wsparcia**. „Na każdy telefon ja chodziłam, pomagałam. Ale jak ja potrzebowałam pomocy, to każdy ręce umywał. Więc moje dzieci stwierdzili: »mamo, daj se radę«” [RMS].

Wręcz przeciwnie, zyskuje się niejako dożywną jednostronność relacji: odpowiedzialności za życie dziecka, wspieranie jego egzystencji, organizowanie warunków stabilizacji itp. Międzypokoleniowa transmisja wsparcia oznacza wymianę ról: z opiekuna na bycie podopiecznym. W odniesieniu do osamotnionych matek mowa o byciu dożywnym opiekunem. Przykładem jest wypowiedź 80-letniej kobiety:

Pracuję jako opiekunka, a z zawodu jestem położną, na emeryturze. Ale trafiłam do bardzo serdecznego, dobrego domu i śród..., [pauza] jestem zadowolona, tylko już jestem zmęczona. [pauza] Już nieraz to, przyznam się szczerze, bo codziennie wstaje o 6 rano, że mi się nie chce wstać, tak bym sobie poleżała. [...] No i z powodu tego, że tam się źle dzieje, bieda wielka jest, dlatego ja jeszcze pracuję, mając 80 lat. [pauza] Jeszcze pracuję i ciągle im pomagam. Wykończyłam to mieszkanie, wykończyłam górę sama, bez męża, samotna jestem. [pauza] Wzięłam kredyt, spłacam ten kredyt, no i jeszcze mam 25 tysięcy, a miałam 55. To już tyle spłaciłam. Pracuję jako opiekunka, a z zawodu jestem położną, na emeryturze. [RMC]

Często bywa jednak, że rodzice świadomie skazują się na osamotniony program reagowania (bez wsparcia instytucji), ponieważ sami są uzależnieni od wsparcia uzależnionego syna/córki. W takim przypadku jest to świadoma rezygnacja z posługiwania się metodyką postępowania z uzależnionym dzieckiem proponowaną przez instytucje, ze względu na minimalne, ale realne korzyści dla swojej codziennej egzystencji, jakie czerpią z bliskości z dzieckiem. Nie jest to związane z żadnym psychologicznym uwikłaniem, ale raczej sytuacją **pragmatyzmu życiowego**, oszacowaniem szans na samodzielną egzystencję, wynikiem bilansu zysków i strat.

PTU: [...] ten rodzic jest y, czy ta matka, bo o tym typie mówimy, jest na przykład chora, niesamodzielna... jest zależna y na przykład, żeby... [zawahanie] jest zależna w takim stopniu, że sama nie jest w stanie zrobić zakupów...

B: Tak, tak, mhm, mhm.

PTU: ... nie wiem, przyjmuje jakieś leki, y jakieś czynności pielęgnacyjne koło niej trzeba zrobić to wtedy już [pauza] naprawdę... Nawet jeżeli są sytuacje, bo gdzieś takie [zastanowienie] tak sobie myślę, mieliśmy y... można powiedzieć takie drastyczne, że...to [pauza] z zewnątrz ktoś interweniował w postaci sąsiadów, y że dochodzi, prawda, do sytuacji takiej, że, no syn na przykład opiekujący się starszą matką nadużywa alkoholu, jeszcze stosuje wobec niej przemoc, no to taka pani szybko wycofywała albo po prostu zaprzeczała. Więc to jest najgorszy..., jeżeli chodzi o pracę terapeutyczną, bo tu jest myślę, że za... Zbyt wiele uwikłań różnych i powiązań.

Analizując „naturalny” mechanizm działania międzypokoleniowego transferu wymiany opieki i wsparcia na gruncie doświadczeń rodziców osamotnionych w programie reagowania na uzależnienie dziecka, zwłaszcza jeśli to jest dziecko jedyne, można nadać problemowi znaczenie oczekiwania wsparcia, które nigdy nie nadejdzie, porzucenie tego oczekiwania. Jest to uświadomienie sobie jednokierunkowości transferu międzypokoleniowego, skonfrontowanie z wizją samotnej przyszłości: „Ja mogę liczyć tylko na siebie, ja nie mogę liczyć ani na córkę, ani na zięcia absolutnie. Absolutnie nie mogę na nich liczyć” [MRC]. Jest to w końcu (wadliwe) definiowanie obecności dziecka przy rodzicu przez pryzmat tej wymiany. Jeśli chodzi o to ostatnie, to jest to specyficzne szacowanie zysków i strat oraz przypisywanie dużego znaczenia „małym korzyściom”:

Nawet jak był pijany, to kupił chleb. [RMS]

Nie powiem, jak leżałam w szpitalu, przyszedł wtedy [...] co prawda był pod wpływem alkoholu, [...] przypomniał sobie o mamusi. [RMS]

Trzymanie się wizji transferu wymiany międzypokoleniowej „na czarną godzinę” w relacjach z dzieckiem, które szkodliwie pije alkohol, to definiowanie swojej sytuacji życiowej przez pryzmat braku innych możliwości i źródeł wsparcia. Jest to także rodzaj trzymania się nadziei naturalnego odplacenia się dziecka za wieloletni trud, pomoc i inwestowanie w jego dobro. Oczekiwanie spłacenia długu lojalności. To dlatego też rodzicielskie interwencje są pozorne i nastawione na „niepalenie mostów”. W definiowaniu tego, co się dzieje między rodzicem a dzieckiem (które jest jedynym krewnym lub któremu nadawane jest znaczenie jedyne-go źródła oparcia na starość), wpisuje się podwójna zależność: uzależnionego od alkoholu dziecka od rodzica i uzależnionej z powodu utraty sprawności matki od dziecka. Zjawisko to widać wyraźnie w pracy z rodzicami w instytucji oraz lokowane jest na poziomie częstych powodów, dla których matki/ojcowie porzucają wsparcie instytucjonalne.

[...] bardzo często y w tym wypadku y rodzice są już starsi i tutaj to podwójne uwikłanie jest związane z tym, że nieraz mają dylematy znowu, czy [pauza] zgłaszać, y czy... czy gdzieś interweniować, coś zrobić. No bo przecież ja już jestem starsza, starszy, to jest jednak najbliższa osoba, która mi pomoże w razie czego, więc robi zakupy. Lub jeżeli już rodzice są starsi i przewlekłe [pauza] schorowani, no to są w dużej mierze zależni, od takich dzieci. [PTU]

Trzymanie problemu pod kluczem

[...] przepraszam, ja się wstydzę mojego syna. [ROS]

Problem stygmatyzacji i lęku przed sądem nad macierzyństwem (rzadziej: ojcostwem) powoduje, że rodzice usilnie bronią się przed upublicznieniem stygmatów. Bywa, że dzieje się to na poziomie ochrony swojej samooceny poprzez definiowanie problemów macierzyńskich w kategoriach przypadku, złego losu – czynników pozostających poza wpływem i kontrolą wychowawcy: „Nie wiadomo, co ona będzie miała za wnuki, prawda. Każdy chowa, nie wie, co wychowa” [RMS].

Bywa jednak, że lęk ten jest tak silny, a wizja strat powodowanych utratą publicznego „udanego rodzicielstwa” tak mocna, że rodzice decydują się na zamykanie problemów w domu i trzymanie ich pod kluczem. Program reagowania w osamotnieniu jest w pierwszym rzędzie nastawiony na utrzymywanie tajemnicy picia. Dokonuje się on bez udziału głównego nosiciela stygmatu lub jest rezultatem koalicji z nim w tym zakresie. Jeśli chodzi o tę drugą sytuację, to bywa, że jest to jedyny element integrujący i spajający całą rodzinę. Lęk przed upublicznieniem jest tak duży, że potrafi studzić nawet emocje towarzyszące awanturom, a odpowiednim zarządzaniem jest taktyką rozładowywania konfliktów między dzieckiem a rodzicem:

Zawsze między nimi wchodzę albo mówię, idę, dzwonię, albo ich straszę, otwieram drzwi na klatkę, niech wszyscy słyszą, bo nie mogą tego ścierpieć, że tak wrzeszcza, tak się drą jeden na drugiego, ubliżają sobie. [RMS]

Trzymanie tajemnicy pod kluczem to działania na rzecz zamykania problemów w obrębie domu, niedopuszczania do nich nikogo z zewnątrz. Naoczne dowody alkoholizmu są zamykane w czterech ścianach:

Po dziesiątym to jakby ktoś chciał zobaczyć, to pół pokoju jest butelek tych małych po wódce. Tak że on z pokoju nie wychodzi, tylko sam pije. [RMS]

Rodzice realizujący program nastawiony na ukrywanie rodzinnego stygmatu „uczą się” na błędach innych. Bacznie obserwują rodziny, którym problem wymyka się z domu. Rejestrują wszystkie przypadki rodzinnych awantur, które słychać „na klatce schodowej” i wyciągają wnioski (zamykanie okien, zakładanie nieprzezroczystych firan w oknach, identyfikowanie domowych przestrzeni, w których „nie słychać” rozmów itp.). Kiedy rekonstruują dramaty rodzinne, jakie rozgrywają się w okolicy ich miejsca zamieszkania, wyraźnie daje się wyczuwać w ich sposobach relacjonowania satysfakcję z powodu doznawanych sukcesów w kontrolowaniu swojej tajemnicy lub żalu, współodczuwania straty będącej udziałem osób, którym rodzinny stygmat wymknął się spod klucza. Bywa, że programy „utrzymywania” sekretów rodzinnych z dala od widoku publiki są ze sobą zestawiane i porównywane:

Śpi czasem tam pod drzwiami ich mieszkania [...]. Jak przechodzę koło drzwi tamtego mieszkania, to tam aż śmierdzi. [RMS]

W naszej klatce jest trzech alkoholików, ta pani, ale ta pani to jest w porządku, to jeszcze wierząca i tak dalej, a jej mąż niby awantur nie robi, a chłda codziennie, pół litra pije, autentycznie, taki brzuch ma. A ta pani jest też pielęgniarką i to wysoką, no ale już teraz... Drugi Nowak jest, awantur nie robi, a najgorszy jest mój syn, niestety. Najgorszy jest, autentycznie, mój syn. To, co mówię, co było w sobotę i w niedzielę, jaka była awantura prawie, a ja nic mu nie mówię, Święty Boże. [ROS]

Bywa, że lęk przed stygmatyzacją i wstyd są tak intensywnie doznawane, że rodzice nie są w stanie go pokonać nawet w sytuacjach zagrożenia życia swojego pijącego dziecka:

Wtedy jak miał drgawki, nie wiedziałam co robić. Żałowałam najbardziej, że stało się to w domu [...] Miałam takie właśnie myślenie – dlaczego to się stało w domu? Akurat teraz? [RMS]

RMS: Pierwszy odwyk, to tak gdzieś miał z 25, około trzydziestki. To był taki pierwszy i sam poszedł.

B: Czyli już w sumie tak 10 lat wtedy mniej więcej ten problem trwał?

RMS: Tak. On sam poszedł. My go przecież nie zaprowadzaliśmy ani nic. Tylko mu cały czas się mówiło, mówiło i któregoś dnia się spakował. Ja nawet z nim pojechałam. Mąż nie chciał.

Warunkiem sprzyjającym trzymaniu problemów rodzinnych na klucz w odróżnieniu od bloków miejskich jest teren wiejski. Nie chodzi nawet o samą fizyczną przestrzeń i odległości domostw. Paradoksalnie, mimo że na wsi jest mniejsza anonimowość, to bywa, że wciąż tolerancja pijanego mężczyzny w publicznej przestrzeni wsi jest wysoka. Tak relacjonuje swoje obserwacje policjant z wieloletnim stażem pracy w środowisku wiejskim:

Nie jest to specyfika terenu wiejskiego. Ono powoduje, że te mieszkania, gospodarstwa są od siebie gdzieś tam oddalone. To nie jest tak, że za ścianą są na górze, na dole, pod spodem, jacyś ludzie, lokatorzy, którzy słyszą przez ścianę różne zachowania, które się dzieją w danym mieszkaniu. Na terenie wiejskim troszeczkę to inaczej wygląda i najczęściej stykam się gdzieś z takim nastawieniem, tak jak tutaj pani [terapeutka] powiedziała, żeby tego człowieka od razu jakoś wyizolować. Najczęściej jest to zatrzymanie takiej osoby do wytrzeźwienia, bo alkohol spowodował agresję, agresja przerodziła się w jakąś awanturę i żeby temu szybko jakoś przeciwdziałać [...] osoby, które nie muszą za bardzo korzystać, w cudzysłowie, ze świata zewnętrznego, typu rolnik, który pracuje we własnym gospodarstwie rolnym, który nie porusza się gdzieś przez miasto, który nie musi iść do zakładu pracy, bo jego zakładem pracy jest własne gospodarstwo, jest takie jakieś przyzwolenie samemu sobie, że przecież ja nie spowoduję komuś krzywdy, przeze mnie nie wyjedzie nietrzeźwy kierowca autobusu na linię. To też tak powoduje troszeczkę przyzwolenie. [FP]

W przebiegu działań „trzymania problemu pod kluczem” pomocni są sojusznicy osamotnionego rodzica. Ich dobór powodowany jest celem „wykorzystania”, np. „No ale tam [pauza] chodziłam sobie pod drzwi yyy wieczorami posłuchać, nie? To tam nawiązałam kontakt z tą sąsiadką, żeby tam zobaczyli, kto tam przychodzi” [RMS].

Sojusznicy – ich bardzo staranne dobieranie i angażowanie jest istotnym czynnikiem wyróżniającym rodziców osamotnionych z grona innych badanych. Co istotne, posiadanie sojuszników nie jest tu jednoznaczne z zawieraniem koalicji. Koalicje to sytuacje, w której jest wspólnotowość działań. Sojusznicy rodzica

osamotnionego pełnią inną funkcję. Są powiernikami tajemnicy i pocieszycielami (np. przyjaciółki, ksiądz, sąsiadka), wykonawcami małych zadań, drobnych przysług (chowanie cennych przedmiotów, udzielenie schronienia), a także są i tacy, którzy tworzą przestrzeń do potwierdzania ich „radzenia sobie”, podziwu starań i rozgrzeszania „nieudanego” rodzicielstwa. Ci ostatni to „terapeuci dnia codziennego” – fryzjerki, sklepikarze – zwłaszcza oni mają ważne zadanie do wykonania. Jest to rodzaj pewnego odstępstwa, na jakie sobie pozwalają rodzice w przebiegu intensywnej pracy na rzecz szczelnego skrywania stygmatu. Są to osoby pełniące specyficzne funkcje zawodowe (np. fryzjerzy). Osoby, które się zna, ale z którymi spotyka się przelotnie, choć jednocześnie jest to bliskie spotkanie (np. skrócenie dystansu fizycznego podczas dokonywania zabiegów). Terapeuci życia codziennego to w końcu osoby, którym można oddać się w opiekę, zapłacić za czas „tylko dla siebie”, zyskać uwagę i zrozumienie. Są to osoby, które tworzą warunki do komfortowego wyżalenia się, wypowiedzenia swoich dylematów itp. W materiale empirycznym odnalazłam takich terapeutów życia codziennego, jak fryzjerzy i sklepikarze. Istotą ich działań jest to, że nie mają z rodziną rodzica bezpośredniego kontaktu, są neutralnymi lub postronnymi obserwatorami:

[...] bo tu na przykład naprzeciwko jest zakład pogrzebowy. Prowadzi bardzo fajny starszy pan, który się wyprowadził, już teraz jego syn, to on zawsze tak mówił do mnie „pani Barbaro, ja panią podziwiam, ja już dawno bym ich wyrzucił z tej posesji, [pauza] ja bym tego nie tolerował”. [RMC]

Sojuznikami rodziców zamykających piętno rodzinne na klucz są przyjaciele. Najlepiej te funkcje pełnią ci, którzy nie są bezpośrednimi świadkami problemów rodzica. Są powiernikami na odległość (rozmowy telefoniczne, cykliczne spotkania wyjazdowe).

W końcu zaś sojuznikiem osamotnionego rodzica są Bóg i wiara. Bywa nawet, że w modlitwie rodzice szukają nie tylko ukojenia, ale dają sobie możliwość do „wyjawienia” sekretu rodzinnego, przyznania się do niego, rozliczenia się z rodzinnym piętnem i pozyskania siły.

[...] ale ja już poszedłem na mszę do Łagiewnik, po lesie tam pochodziłem, pomodliłem się. No tylko mówię, tylko do Ducha Świętego, świętych i tak dalej, do Matki Boskiej, do wszystkich, bo wiadomo, że jestem wierzący bardzo. [ROS]

Mam już dosyć, ale wybaczam. Prawie codziennie chodzę do kościoła. [ROS]

Specyficznym sojuznikiem odnalezionym przeze mnie w materiale pochodzącym z wywiadów z rodzicami „osamotnionymi”, którzy zamykają problemy w domu, jest przyroda. Dość przejmujący jest opis jednego z ojców, który relacjonuje „radzenie sobie” z kryzysami oraz odnajdywanie siły do trwania w problemowej rodzinie w ucieczce z domu (która jest możliwa i nieograniczona, gdy sprzyja pogoda). Jest to więc specyficzny opis tego, co się dzieje w jego domu, i nadawania sile natężenia wartości przez pryzmat pory roku. Zimą trudniej znosić rodzinne problemy z synem, latem łatwiej, ponieważ pogoda staje się sojuznikiem:

Tak że ciężkie chwile. Dobrze, że wiosna, jeszcze jakoś ciepło może będzie i tak dalej. A później jesień, makabra, znowu... [ROS]

Zakończenie

Czytając wywiady z matkami osób, które piją alkohol szkodliwie dla otoczenia i dla siebie, wielokrotnie miałam silne wrażenie, że bohaterami rodzicielskich opowieści są małe dzieci. Kobiety zwykle rekonstruowały przebieg wydarzeń „językiem” czułości, miłości, troski, który jest charakterystyczny w relacjach między rodzicami i dziećmi. Czytałam więc opowieści o dzieciach, które żądają respektowania ich dorosłości przy jednoczesnym zamieszkiwaniu pod dachem matki z powodu niedorostłych kompetencji samodzielnego życia. Były to opisy dziecka, które jest zbuntowane, unika opieki matki, a jednocześnie się jej domaga. Broni się przed jej ingerencją, a zarazem oczekuje, że matka rozwiąże jego problemy. Czasem „czytało się” o walce o autonomię, jaką prowadzi z rodzicem nastolatek, o bezradności dziewczynki, która przyszła się pożalić matce... i nagle pojawiał się fragment, który uświadamiał, a właściwie drastycznie przypominał, że rzecz dotyczy relacji między rodzicami i ich dorosłymi dziećmi – czasem bardzo dorosłymi, biorąc pod uwagę wiek metrykalny:

B: A ile Pani córka ma lat?

MR: No ja mam 80, to ona ma 59, [pauza] bo ja miałam 21 jak ona się rodziła. [MRC]

Miłość matki nie starzeje się. Tego rodzaju „pułapki” emocjonalne i kulturowe, w jakie wpadałam jako badaczka analizująca materiał empiryczny, potęgowały i tak już silne poczucie ambiwalencji, które towarzyszy definiowaniu problemów rodziców osób, które piją alkohol problemowo.

W książce podjęłam próbę przyjrzenia się doświadczeniom tych rodziców, ale nie przyjąłam ich punktu widzenia. To nie są tylko „ich opowieści”. Jest to raczej próba zobiektywizowania kilku perspektyw: rodziców, specjalistów (tzw. praktyków) oraz badaczek (zob. rozdział 2.1). Niewątpliwie dodatkowym walorem byłoby uzupełnienie tej optyki o doświadczenia samych dzieci borykających się z problemem alkoholowym. Zmieniłoby to jednak całkowicie intencję tej książki i stworzyło ryzyko uczynienia z rodziców bohaterów drugoplanowych.

Punktem wyjścia był podział rodziców na trzy grupy ze względu na to, w jaki sposób identyfikują, jakie znaczenie nadają oraz jak zarządzają posiadanymi zasobami w sposobie radzenia sobie z nałogowym piciem dziecka i jego trudnościami życiowymi. Bohaterami tej książki są zatem rodzice, którzy opierają swoje

działania na zasobach instytucji. W wielu miejscach określam ich jako „instytucjonalnych”, a ich doświadczenia oraz strategie działań „zinstytucjonalizowanymi”. Najogólniej „powody” zwracania się rodziców do instytucji są dwa i zawierają się one w następującej ambiwalencji: oczekiwanie zdjęcia odpowiedzialności oraz pozyskanie wsparcia dla odpowiedzialności rodzicielskiej za (dorosłe) dziecko jednocześnie.

Kolejno są nimi rodzice, którzy źródła siły poszukują w zasobach rodziny. Oczywiście nie jest to kwestia jedynie wyborów i deklaracji, ale konkretnych warunków, jakie tworzą i posiadają. Jest to najbardziej „optymistyczny” fragment książki. W odróżnieniu od innych rodzice ci nie są osamotnieni i działają we wspólnocie, z której też czerpią siły. Są koordynatorami lub wykonawcami rodzinnego programu reagowania na „alkoholizm” członka rodziny (dorosłego dziecka) i mają bardzo wyraźne poczucie sprawczości. Program reagowania oparty na rodzinie w największej mierze sprzyja zahamowaniu rozwoju uzależnienia od alkoholu oraz tworzeniu warunków do kontrolowanego picia. Oczywiście zdają sobie sprawę, że jeśli przyjmie się optykę kategorii terapeutycznej, to zjawisko to można analizować przez pryzmat wnikania się w uzależnienie i koncentrowania się rodziny wokół problemów alkoholowych dorosłego członka. Pragnę jednak tutaj wyraźnie skierować możliwości interpretowania tego, co się dzieje w takiej rodzinie, w zupełnie inną stronę. A gdyby tak spojrzeć na to, co dzieje się (i stało się) z rodziną, używając kategorii „efektu ubocznego” (*spillover effect*)?¹¹⁸ Spojrzenie na rodzinę przez pryzmat siły, jaka w niej drzemie i jaka uruchamia się w sytuacji kryzysu jednego z członków, wysokie poczucie sprawstwa i umiejętność dostrzegania „małych zwycięstw”, doznawania satysfakcji z zapobiegania rozwojowi problemu, to tylko niektóre „kompetencje”, jakie dostrzegłam, przyglądając się działaniom rodziców, którzy punkt ciężkości programu reagowania opierają na rodzinie. Pozytywny „uboczny efekt” rodzinnej mobilizacji – nawet jeśli tym, co integruje i wzmacnia wspólnotowość działania, jest skrywanie tajemnicy i szereg działań, które mają na celu szczelne zasłanianie kurtyny i podtrzymywanie jej rąbeków – jest nie do przecenienia. W „efekt uboczny” działań na rzecz podejmowania akcji ratowniczej dziecka, które nałogowo pije alkohol, należy też wpisać specyficzną poprawę relacji, odczucie bliskości, której wcześniej się nie doświadczało („No to właśnie takie moje się zbliżyły te relacje z tym ojcem” [RMS]), doświadczenie rozmów, których nigdy się nie przeprowadzało. Jest nim również pogłębiona refleksja nad swoim rodzicielstwem.

W szczególnie niekorzystnej sytuacji pozostają rodzice, którzy są bohaterami ostatniego rozdziału książki. Koncentrowanie się ich życia wokół problemu alkoholowego dorosłego dziecka, w odróżnieniu od rodziców opisywanych wcześniej, nie zespala, a wręcz przeciwnie – osłabia małżeństwo czy rodzinę w ogóle. Nawet jeśli bliscy członkowie rodziny (np. dorosłe rodzeństwo) wiedzą o nurtującym rodziców problemie i podejmują próbę pomocy, to ich pomysł na program reagowania pozostaje w sprzeczności z rodzicielskimi zasobami i doznaniem (moralnymi,

¹¹⁸ R. Ilies i in., The spillover of daily job satisfaction onto employees' family lives: The facilitating role of work-family integration, *Academy of Management Journal*, 52(1), 2009: 87–102.

organizacyjnymi). Jest to raczej sytuacja radzenia na odległość, np. córka daje rady „z daleka”, nie angażując się w realizację planu, brat zrywa relacje z nałogowo pijącym rodzeństwem. Nawet jeśli program reagowania jest względnie wspólnie opracowany (np. ustalenie organizowania dziecku minimalnej egzystencji), to działania w obrębie jego realizacji są rozproszone, przypadkowe lub wyłamujące się z wcześniejszych ustaleń (np. matka, która pierze ubrania synowi mimo wcześniejszych ustaleń z ojcem). Osamotnieni rodzice z ostatniego rozdziału książki są tymi, którzy dzielą własny dom na strefy, stawiają w nim mury, „schodzą dziecku z drogi” – wprost, np. poprzez wychodzenie z domu, zamykanie pokoju na klucz, lub symbolicznie poprzez podział na teren czysty i teren brudny w mieszkaniu.

Uwagę zwracają zwłaszcza matki („zinstytucjonalizowane” i te, które działania opierają na siłach „natury”, intuicji, nie mając wsparcia nikogo bliskiego), które są osamotnione, i ich intensywna praca nad macierzyństwem. Specyficzną ich cechą jest to, że nie posiadają żadnej przestrzeni, w której mogłyby poczuć potwierdzenie swoich działań, rozgrzeszenie oraz gratyfikację. Jest to z jednej strony powodowane samonapiętnowaniem i zamknięciem się, izolowaniem się przed otoczeniem, z drugiej jest to rezultat ukrywania problemów i nieprzyznawania się do nich (nawet jeśli jest to tajemnica poliszyneła). Bywa, że pozwalają dać ujście swojemu cierpieniu, szukając ulgi dla macierzyństwa w bardzo wąskim gronie, do którego dostęp jest ograniczony z powodu odległości (np. przyjaciółki, które mieszkają bardzo daleko) lub w tzw. terapeutach dnia codziennego (fryzjerka, sklepikarz). W kilku wywiadach zwróciłam uwagę na specyficzne zwroty – zaklęcia wypowiedziane podczas rekonstruowania swoich trudnych doświadczeń, „zwłaszcza bycia w potrzasku” i w kontekście napięć w obrębie roli matki: „[...] »dasz radę«, często to sobie mówię »dam radę«” [RMS]. „Sama wszystko zrobiłam, dałam radę. [...] człowiek jakoś daje radę” [RMS].

Ci, którzy realizują program reagowania na podstawie instytucji, to matki (o wiele rzadziej ojcowie), których rodzicielstwo jest podane w wątpliwość – przez otoczenie, instytucje i same zainteresowane. W końcu ci rodzice sami się do tego „przyznali” poprzez upublicznienie problemów dziecka i zwrócenie się o pomoc. Wydawać by się więc mogło, że w ich potrzeby silnie wpisuje się naprowadzenie na drogę „dobrego” macierzyństwa i „właściwego” ojcostwa dziecka, które ma problem z nałogowym i szkodliwym piciem. Terapeuci jednak często sygnalizują „opór” rodzica przed taką pracą i niechęć do zmiany. Tak naprawdę bowiem rodzic nie oczekuje i nie potrzebuje „pracy nad sobą”. Większość pragnie w pierwszej kolejności wsparcia dla swojej odpowiedzialności. Bywa zatem, że specyficzny konflikt oczekiwań i interesów powoduje, że matki nie wracają do instytucji po raz kolejny. Kobiety idą bowiem po poradę – „co jeszcze można zrobić”, a wychodzą z etykietą pacjentki, osoby do „naprawy”. Wsparcia swojej odpowiedzialności raczej nie znajdują w instytucjach leczenia odwykowego i poradniach zdrowia psychicznego, które opierają swoje programy na tradycyjnych formach pracy „z alkoholikiem” i jego rodziną. Bronią się przed szablonowym wpisaniem w rolę pacjentki, np. uczestniczki grupy dla współzależnych kobiet. Matka nie chce bowiem myśleć w kategoriach „najpierw/teraz ja – później dziecko”. Szczególnie trudno wymagać „zmiany” od kobiet, które mają 80 lat.

Na zakończenie pragnę podkreślić, że intencją tej książki nie było wartościowanie określonych sposobów (nie)radzenia sobie rodziców i ich ocena z zastosowaniem dychotomii: dobry – niedobry, osłabiający problemowe picie – podtrzymujący uzależnienie itd. Zasadniczym celem była próba zidentyfikowania warunków rodzicielskich strategii (nie)radzenia sobie i nazwania ich inaczej niż przez pryzmat dominującej, psychologicznej i medycznej siatki znaczeniowej w sposobie definiowania problemów uzależnienia.

Bibliografia

- Abramowicz M., Brosz M., Bykowska-Godlewska B., Michalski T., Strzałkowska A., *Wzorce konsumpcji alkoholu. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo Zakładu Realizacji Badań Społecznych Q&Q, Kawle Dolne 2018.
- Adler P. A., Adler P., The demedicalization of self-injury: From psychopathology to sociological deviance, *Journal of Contemporary Ethnography*, 36(5), 2007: 537–470.
- Afeltowicz Ł., Wróblewski M., A-socjo-logia choroby. Studium kontrowersji wokół etiologii, diagnozy i terapii ADHD, *AVANT. The Journal of the Philosophical-Interdisciplinary Vanguard*, 4(1), 2013: 77–117.
- Akanidomo I., Web-based 5-Step Method for affected family members, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1(7), 2010: 129–153.
- Albertini M., Kohli M., The generational contract in the family: An analysis of transfer regimes in Europe, *European Sociological Review*, 29(4), 2012: 828–840.
- Ambrozik W., *Sytuacja społeczna dziecka rodziny alkoholicznej w kulturowo zaniedbanym rejonie wielkiego miasta*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 1983.
- Anczewska M., Świtaj P., Waszkiewicz J., Indulska A., Prot K., Raduj J., Pałyska M., Pacjent, klient, czy... – określenia preferowane w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, *Psychiatria Polska*, XLV(1), 2011: 35–44.
- Angermeyer M. C., Schutze B., Dietrich S., Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 2003: 593–602.
- Ansermet F., Obietnice DSM V, *Development*, 29, 1992: 35–42.
- Arnett J. J., Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties, *American Psychologist*, 5(5), 2000: 469–480.
- Asher R. M., *Women with alcoholic husbands: Ambivalence and the trap of codependency*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 2018.
- Ashforth B. E., Kreiner G. E., Dirty Work and Dirtier Work: Differences in Countering Physical, Social, and Moral Stigma, *Management and Organization Review*, 1, 2014: 81–108.
- Aslett D., *Jak przemawiać publicznie i nie wyjść na idiotę*, Czytelnik, Warszawa 1994.
- Austin J. L., *How to do things with word. The William James Lectures delivered at Harvard University in 1955*, Clarendon Press, Oxford 1962.
- Austin J. L., *Mówienie i poznawanie: rozprawy i wykłady filozoficzne*, PWN, Warszawa 1993.
- Attig T., Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love, *OMEGA – Journal of death and dying*, 49(3), 2004: 197–215.
- Banderowicz K., Ekwivalenty (?) porad specjalistycznych – profilaktyka i diagnozowanie chorób przez pacjentów (na przykładzie artykułów medycznych w pismach), *Poradnik Językowy*, 2, 2013: 75–87.
- Banicki K., Między medycyną a humanistyką: filozoficzne zmagania z pojęciem zaburzenia psychicznego, *Ethos*, 2(110), 2015: 91–108.
- Barnard M., *Drug Addiction and Families*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia 2007.
- Bartmiński J., Etnolingwistyka, lingwistyka kulturowa, lingwistyka antropologiczna, *Język a Kultura*, 20, 2008: 15–33.

- Bartmiński J., O aktualnych zadaniach etnolingwistyki, *Etnolingwistyka. Problemy Języka i Kultury*, 28, 2016: 7–29.
- Bartmiński J., Polski stereotyp „matki”, *J. Postscriptum Polonistyczne*, 1(1), 2008: 33–53.
- Becker H. S., *Outsiderzy: studia z socjologii dewiacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Bee H. L., *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S-ka, Poznań 2004.
- Benishek L. A., Carter M., Clements N. T., Allen C., Salber K. E., Dugosh K. L., Psychometric assessment of a self-administered version of the Significant Other Survey, *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(4), 2012: 986–993.
- Bernstein R. J., Richard Rorty's deep humanism, *Graduate Faculty Philosophy Journal*, 29(2), 2008: 53–69.
- Bettelheim B., *Cudowne i pożyteczne. O znaczeniach i wartościach baśni*, PIW, Warszawa 2010.
- Będkowska-Korpała B., Ryniak J., Współzależnienie jako zaburzenie adaptacji – perspektywa diagnozy klinicznej, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 6, 2008: 11–15.
- Bińczyk E., Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002: 181–193.
- Block J. J., Issues for DSM-V: Internet Addiction, *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 2008: 306–307.
- Bolton S. C., Women's work, dirty work: the gynaecology nurse as 'other', *Gender, Work & Organization*, 12(2), 2005: 169–186.
- Borowiec A., Lignowska I., Makowska M., Czy działania edukacyjne prowadzone w ramach profilaktyki i promocji zdrowia kreują „nowych dewiantów”?, *Problemy Polityki Społecznej*, 12, 2009: 169–181.
- Borowski A., Erving Goffman i Michel Foucault – analiza dyskursów, *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 1, 2013: 19–27.
- Birditt K. S., Fingerman K. L., Zarit S. H., Adult children's problems and successes: Implications for intergenerational ambivalence, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(2), 2010: 145–153.
- Birditt K. S., Kim K., Zarit S. H., Fingerman K. L., Loving T. J., Daily interactions in the parent–adult child tie: Links between children's problems and parents' diurnal cortisol rhythms, *Psychoneuroendocrinology*, 63, 2016: 208–216.
- Bortolon C. B., Moreira T. D. C., Signor L., Guahyba B. L., Figueiró L. R., Ferigolo M., Six-month outcomes of a randomized, motivational tele-intervention for change in the codependent behavior of family members of drug users, *Substance Use & Misuse*, 52(2), 2017: 164–174.
- Brandt M., Deindl C., Intergenerational transfers to adult children in Europe: Do social policies matter?, *Journal of Marriage and Family*, 75(1), 2013: 235–251.
- Brown A. D., Gabriel Y., Gherardi S., Storytelling and change: An unfolding story, *Organization*, 16(3), 2009: 323–333.
- Brown P., Psychiatric dirty work revisited: conflicts in servicing nonpsychiatric agencies, *Journal of Contemporary Ethnography*, 18(2), 1989: 182–201.
- Bugajska-Bigos I., Arteterapia i sztuka w terapii, *Eruditio et Ars*, 72(1), 2018: 72–86.
- Brzezińska A., Becoming an adult—contexts of identity development, *Polish Psychological Bulletin*, 44(3), 2013: 239–244.
- Brzeziński J. M., Jakiej psychologii (i psychologów) potrzebuje społeczeństwo? *Roczniki Psychologiczne*, 14(2), 2011: 7–33.
- Budziszewska M., *Opowieść „moi rodzice” w trzech fazach adolescencji i w dorosłości. Analiza narracji tożsamościowych*, Wydawnictwo Stowarzyszenia Filomatów – Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2015.
- Burdziej S., Pułapki socjologicznej mantry. Uwagi na marginesie Petera L. Bergera „Zniechęcenia do socjologii”, *Stan Rzeczy*, 1, 2011: 185–192.
- Burk J. P., Sher K. J., Labeling the child of an alcoholic: Negative stereotyping by mental health professionals and peers, *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 1990: 156–163.
- Butler J., *Uwikłani w płęć. Feminizm i polityka tożsamości*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2008.

- Butler J., *Walczące słowa. Mowa nienawiści i polityka performatywu*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2010.
- Byra S., Parchomiuk M., Stygmatyzacja przeniesiona. Część 1. Perspektywa rodziców dzieci z niepełnosprawnością i chorobą, *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 15, 2014: 29–48.
- Bzymek A., Karmienie miłości. Gniazdownik Piotruś w zagraconym gnieździe rodzicielskim, *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 68(4): 2014: 163–169.
- Callis A. S., Playing with Butler and Foucault: Bisexuality and queer theory, *Journal of Bisexuality*, 9(3–4), 2009: 213–233.
- Cechnicki A. N., Bielańska A. N., Franczyk J. O., Piętno choroby psychicznej: antycypacja i doświadczanie, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(2), 2007: 113–121.
- Charmez K., *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Chilakamari J. K., Filkowski M. M., Ghaemi S. N., Misdiagnosis of bipolar disorder in children and adolescents: a comparison with ADHD and major depressive disorder, *Annals of Clinical Psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 23(1), 2011: 25–29.
- Chodkiewicz J., Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej – przegląd piśmiennictwa, *Psychiatria*, 3(3), 2006: 105–111.
- Chodkiewicz J., Wilska A., Stan zdrowia, wsparcie społeczne i zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej, *Alkoholizm i Narkomania*, 21(2), 2008: 135–152.
- Chodyna-Santus M., Dysleksja w mediach, *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 2014: 249–266.
- Chodyna-Santus M., Medykalizacja niepowodzeń szkolnych a rynek usług terapeutycznych. Kontrowersje wokół metod terapii, *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 2017: 165–177.
- Chomczyńska-Miliszkiwicz M., *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002.
- Chuchra M. M., Obraz brzemienia rodziny z osobą chorą na schizofrenię, *Roczniki Psychologiczne*, 12(2), 2009: 103–128.
- Chwedeńczuk B., Wstęp, [w:] J. L. Austin, *Mówienie i poznawanie: rozprawy i wykłady filozoficzne*, PWN, Warszawa 1993.
- Cierpialkowska L., *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1997.
- Clarke E. J., Preston M., Raksin J., Bengtson V. L., Types of conflicts and tensions between older parents and adult children, *The Gerontologist*, 39(3), 1999: 261–270.
- Coleman L. M., Stigma: An Enigma Demystified, [w:] L. J. Davis (ed.), *The Disability Studies Reader*, Springer, Boston 1986: 141–152.
- Connidis I. A., McMullin J. A., Sociological ambivalence and family ties: A critical perspective, *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 2002: 558–567.
- Conrad P., Medicalization and social control, *Annual Review of Sociology*, 18(1), 1992: 209–232.
- Conrad P., *The Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2007.
- Conrad P., Potter D., From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories, *Social Problems*, 47(4), 2000: 559–582.
- Conrad P., Schneider J. W., *Deviance and medicalization: from badness to sickness*, Temple University Press, Philadelphia 1992.
- Copello G., Velleman R. D., Templeton L. J., Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems, *Drug and Alcohol Review*, 24(4), 2005: 369–385.
- Corrigan P., How stigma interferes with mental health care, *American Psychologist*, 59(7), 2004: 614–621.
- Corrigan P. W., Watson A. C., The paradox of self-stigma and mental illness, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2002: 35–53.
- Corrigan P. W., Watson A. C., Miller F. E., Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members, *Journal of Family Psychology*, 20(2), 2006: 239–246.

- Corrigan P. W., Watson A. C., Barr L., The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy, *Journal of Social and Clinical psychology*, 25(8), 2006: 875–884.
- Cunningham J. A., McCambridge J., Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder?, *Addiction*, 197(1), 2012: 6–12.
- Cudowska A., Współczesne dzieciństwo w narracji terapeutycznej kultury (po) nowoczesnej, [w:] J. Izdebska, J. Szymanowska (red.), *Dziecko w zmieniającej się przestrzeni życia. Obrazy dzieciństwa*, Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok 2009: 149–160.
- Cyzman M., Bohuszewicz P., Wokół pojęcia konstruktywizmu, *Litteraria Copernicana*, 3(19), 2016: 7–14.
- Czarniawska B., *A narrative approach in organization studies*, Sage Publication, Thousand Oaks–London–New Dehli 1998.
- Czerska I., Relacje lekarz – pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny, *Handel Wewnętrzny*, 364(5), 2016: 37–45.
- Czykwini E., *Stygmat społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Czyżewski M., Teorie dyskursu i dyskursy teorii, *Kultura i Społeczeństwo*, 2, 2013: 3–25.
- Davis J. E., How medicalization lost its way, *Society*, 43(6), 2006: 51–56.
- Davis J. E., Medicalization, social control, and the relief of suffering, [w:] W. C. Cockerham (ed.), *The new Blackwell companion to medical sociology*, Blackwell Publishing, Chichester 2010: 211–241.
- Dąbrowska A., Slang na salonach. O ekspansji języka młodzieży na przykładzie komunikatów reklamowych, *Kwartalnik Pedagogiczny*, 240(2), 2016: 77–98.
- Dear J. W., Webb D. J., Disease mongering – a challenge for everyone involved in healthcare, *Journal Clinical Pharmacology*, 64(2), 2007: 122–124.
- De Barbaro B., Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego, [w:] B. de Barbaro (red.), *Konteksty psychiatrii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014: 235–251.
- Derrida J., Sygnatura, zdarzenie, kontekst, [w:] J. Derrida, *Pismo filozofii*, Inter Esse, Kraków 1992: 225–240.
- Dick P., Dirty work designations: How police officers account for their use of coercive force, *Human Relations*, 58(11), 2005: 1363–1390.
- Diouf M., Igiehon A., Karamalla N., Rasolomampionona D., Średziński P., *Jak mówić i pisać o Afryce*, Fundacja „Afryka Inaczej”, Warszawa 2011.
- Dimitar V., Performatyw: suwerenna władza zamiast subwersji? (Austin, Derrida, Butler), *Przestrzenie Teorii*, 23, 2015: 217–240.
- Dion K., „That’s what I mean by a hundred little, a thousand little deaths...”: a case study of the grief experienced by the mother of a substance abusing child, *MedSurg Nursing*, 23(6), 2014: 397–421.
- Dobińska G., Cieślukowska-Ryczko A., Strategie pracy z rodzicami osób z uzależnieniem od alkoholu. Perspektywa profesjonalistów, [w:] D. Müller-Siekierska, J. Ratkowska-Pasikowska, K. Walczak-Człapińska (red.), *Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020 [w druku].
- Dobińska G., Walczak-Człapińska K., Metodologiczno-etyczne aspekty prowadzenia badań fokusowych z udziałem przedstawicieli instytucjonalnego systemu wsparcia dla rodzin z problemem alkoholowym, [w:] D. Müller-Siekierska, J. Ratkowska-Pasikowska, K. Walczak-Człapińska (red.), *Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020 [w druku].
- Doka K. J., *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*, Lexington Books/D. C. Heath and Com., Lexington 1989.
- Dollard M., Winefield H. R., Winefield A. H. (eds.), *Occupational stress in the service professions*, CRC Press, London–New York 2003.
- Doroszeńska A., Nowakowski M., Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 28(2), 2017: 172–177.
- Drake D., Dandy J., Loh J. M., Preece D., Should parents financially support their adult children? Normative views in Australia, *Journal of Family and Economic Issues*, 39(2), 2018: 348–359.
- Drew S. K., Mills M. B., Gassaway B. M. (eds.), *Dirty work: The social construction of taint*, Baylor University Press, Waco 2007.

- Drożdż M., Język nienawiści w dyskursie medialnym, *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Litteraria Polonica*, 31(1), 2016: 21–32.
- Duda M., Pleć języka. [w:] I. Chmura-Rutkowska, M. Duda, M. Mazurek, A. Sołtysiak-Luczak (red.), *Gender w podręcznikach. Projekt badawczy. Raport*, t. I, Fundacja Feminoteka, Warszawa 2016: 186–198.
- Dunin-Wąsowicz K., Pamiętnikarstwo polskie, *Dzieje Najnowsze*, 6(1), 1974: 199–206.
- Dunne F. J., Psychiatry in limbo: new ways of talking, *British Journal of Medical Practitioners*, 3(2), 2010: 319–323.
- Durasiewicz A., Problemy społeczne radomskich rodzin będących pod opieką MOPS-u, [w:] R. Stojacka-Zuber, A. Róg (red.), *Rodziny problemowe i możliwości ich wspomagania*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu, Tarnobrzeg 2007: 19–24.
- Dyczewski L., *Więź pokoleń w rodzinie*, Wydawnictwo Ośrodka Dokumentacji i Studiów Społecznych, Warszawa 1976.
- Engfer A., The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship, [w:] R. A. Hinde, J. Stevenson-Hinde (eds.), *Relationships within families: Mutual influences*, Clarendon, Oxford 1988: 104–118.
- Erikson K.T., Notes on the Sociology of Deviance, *Social Problems*, 9, 1962: 307–314.
- Feigelman W., Jordan J. R., Gorman B. S., Parental grief after a child's drug death compared to other death causes: Investigating a greatly neglected bereave ment population, *Omega*, 63(4), 2011: 291–316.
- Fingerman K., Miller L., Birditt K., Zarit S., Giving to the good and the needy: Parental support of grown children, *Journal of Marriage and Family*, 71(5), 2009: 1220–1233.
- Fleischer M., Wprowadzenie – krótka historia konstrukttywizmu, [w:] B. Balicki, D. Lewiński, B. Ryż, E. Szczerbuk (red.), *Radykalny konstrukttywizm. Antologia*, GAJT Wydawnictwo, Wrocław 2010: 7–23.
- Forrest R., Hirayama Y., The uneven impact of neoliberalism on housing opportunities, *International Journal of Urban and Regional Research*, 33(4), 2009: 998–1013.
- Foucault M., *Historia seksualności*, Czytelnik, Warszawa 2000.
- Foucault M., *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, PIW, Warszawa 1987.
- Foucault M., *Nadzorować i karać: narodziny więzienia*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2009.
- Foucault M., *Narodziny biopolityki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Foucault M., *Narodziny kliniki*, KR, Warszawa 1999.
- Foucault M., *Słowa i rzeczy: archeologia nauk humanistycznych*, Arche, Gdańsk 2006.
- Foucault M., *Trzeba bronić społeczeństwa*, Fundacja Aletheia, Warszawa 1998.
- Frąckowiak M., Motyka M., Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 96(2), 2015: 315–320.
- Frąckowiak-Sochańska M., Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej, *Roczniki Socjologii Rodziny*, XX, 2010: 153–183.
- Frąckowiak-Sochańska M., Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Pleć społeczno-kulturowa a kategorie zdrowia psychicznego i chorób psychicznych, *Nowiny Lekarskie*, 5(80), 2011: 394–406.
- Freidson E., *Professional dominance*, Aldine Press, Chicago 1970.
- Fuller J. A., Warner R. M., Family stressors as predictors of codependency, *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 126(1), 2000: 5–24.
- Gajda S., Lingwistyka XXI wieku, *Polonica*, XXXIII, 2013: 5–13.
- Galasiński D., Osoby niepełnosprawne czy z niepełnosprawnością, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 4(9), 2013: 3–6.
- Galvin D. M., Schlenger W., Norling J., The young adults in the workplace initiative: an introduction, [w:] J. W. Bray, D. M. Galvin, L. A. Cluff (eds.), *Young adults in the workplace: a multisite initiative of substance use prevention programs*, RTI International Press, North Carolina 2011: 1–14.
- Gałęcki P., Święcicki Ł. (red.), *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.
- Gambrill E., The diagnostic and statistical manual of mental disorders as a major form of dehumanization in the modern world, *Research on Social Work Practice*, 24(1), 2014: 13–36.

- Gąsior K., Typy alkoholizmu u kobiet, *Alkoholizm i Narkomania*, 18(1–2), 2005: 39–56.
- Gąsior K., Chodkiewicz J., Wstęp, [w:] K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010: 9–10.
- Gerc K., Jurek M., Rozwój zaburzony czy odmienny – próba analizy pojęciowej w odniesieniu do stanów ze spektrum autyzmu, *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, 10, 2017: 189–207.
- Giarrusso R., Feng D., Bengtson V. L., The intergenerational stake phenomenon over 20 years, [w:] M. Silverstein, K. W. Schaie (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics*, Springer Publishing Company, New York 2005: 55–76.
- Gilligan C., *In a different voice*, Harvard University Press, Cambridge 1982.
- Gilligan M., Suito J. J., Rurka M., Con G., Pillemer K., Adult children's serious health conditions and the flow of support between the generations, *The Gerontologist*, 57(2), 2017: 179–190.
- Głowa J., Mączko D., Rodzina jako wartość w wychowaniu dziecka na wybranych przykładach z baśni braci Grimm, *Pedagogika Przeszłości i Wczesnoszkolna*, 2(6), 2015: 97–100.
- Godsall R. E., Jurkovic G. J., Emshoff J., Anderson L., Stanwyck D., Why some kids do well in bad situations: Relation of parental alcohol misuse and parentification to children's self-concept, *Substance Use & Misuse*, 39(5), 2004: 789–809.
- Goffman E., *Instytucje totalne*, GWP, Sopot 2011.
- Goffman E., *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, GWP, Gdańsk 2005.
- Goffman E., Selections from stigma, [w:] L. J. Davis (ed.), *The disability studies reader*, Springer, Boston 1986: 131–140.
- Golczyńska-Grondas A., „Wychowało nas państwo”: rzecz o tożsamości dorosłych wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych, Nomos, Kraków 2014.
- Golczyńska-Grondas A., Wywiady biograficzne z osobami ze środowisk wykluczenia społecznego – problemy metodologiczne i etyczne, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, XV(1), 2019: 178–201.
- Golczyńska-Grondas A., Grondas M., Biographical research and treatment. some remarks on therapeutic aspects of sociological biographical interviews, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 9(4), 2013: 28–49.
- Goldfarb S. F., Who pays for the boomerang generation: a legal perspective on financial support for young adults, *Harvard Journal of Law & Gender*, 37, 2014: 45–105.
- Gordon L., „My daughter is a drug addict”: grandparents caring for the children of addicted parents, *New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 13(1), 2018: 39–54.
- Gossop M. (red.), *Nawroty w uzależnieniach*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997.
- Grabias S., *Język w zachowaniach społecznych: podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2019.
- Granfield R., Cloud W., The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts, *Journal of Drug Issues*, 26(1), 1996: 45–61.
- Granfield R., Cloud W., Social context and „natural recovery”: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems, *Substance Use & Misuse*, 36(11), 2001: 1543–1570.
- Grandy G., Mavin S., Simpson R., Guest Editor Introduction: Doing dirty research using qualitative methodologies: lessons from stigmatized occupations, *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 9(3), 2014: 174–182.
- Gray D. E., „Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed”: Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism, *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 2002: 734–749.
- Grucza S., Marchwiński A., Płużyczka M. (red.), *Translatoryka. Koncepcje – Modele – Analizy. Księga jubileuszowa ofiarowana Profesor Barbarze Z. Kielar z okazji 80. rocznicy urodzin*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Kulturologii i Lingwistyki Antropocentrycznej, Warszawa 2010.
- Granosik M., Metoda biograficzna a emancypacyjna praktyka. Perspektywa społeczno-pedagogiczna, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 15(2), 2019: 118–130.
- Grybosiova A., *Język wtopiony w rzeczywistość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2003.
- Grzegorzewska I., Cierpialkowska L., Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu, *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(4), 2015: 221–233.

- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L., Realizacja zadań rozwojowych przez młodzież z rodzin z lecącym się i pijącym ojcem alkoholikiem, *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(1), 2012: 5–26.
- Gwóźdź-Szewczenko I., Kulturowy szablon człowieka starzejącego się w literaturach kręgu zachodniostowiańskiego o tematyce wiejskiej – „chłop na wycugu” jako typ literacki, *Slavica Wratislaviensis*, 163, 2016: 511–526.
- Hall D., Religion and homosexuality in the public domain: Polish debates about reparative therapy, *European Societies*, 19(5), 2017: 600–622.
- Hawkins C. A., Hawkins R. C., Codependence, contradependence, gender-stereotyped traits, personality dimensions, and problem drinking, *Universal Journal of Psychology*, 2(1), 2014: 5–15.
- Hayward K., Life stage dissolution’ in Anglo-American advertising and popular culture: kidults, lil’britneys and middle youths, *The Sociological Review*, 61(3), 2013: 525–548.
- Hellmuth J. C., Follansbee K. W., Moore T. M., Stuart G. L., Reduction of intimate partner violence in a gay couple following alcohol treatment, *Journal of Homosexuality*, 54(4), 2008: 439–448.
- Hirsch S. R., Do parents cause schizophrenia?, *Trends in Neurosciences*, 1, 1979: 49–52.
- Hoek S., Van Hal G., Experiences of parents of substance-abusing young people attending support groups, *Archives of Public Health*, 70(1), 2012.
- Hrast M. F., Hlebec V., Kavčič M., The social exclusion of the elderly: a mixed-methods study in Slovenia, *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 6(48), 2012: 1051–1074.
- Hughes E. C., Dilemmas and contradictions of status, *American Journal of Sociology*, 1(50), 1945: 353–359.
- Hughes E. C., *Men and Their Work*, Free Press of Glencoe, Glencoe 1958.
- Huo M., Graham J. L., Kim K., Birditt K. S., Fingerman K. L., Aging parents’ daily support exchanges with adult children suffering problems, *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(3), 2017: 449–459.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Volume 2. Instruction manual, 2010 Edition. World Health Organization, https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf (dostęp: 23.04.2019).
- Ilies R., Wilson K. S., Wagner D. T., The spillover of daily job satisfaction onto employees’ family lives: The facilitating role of work-family integration, *Academy of Management Journal*, 52(1), 2009: 87–102.
- Jablensky A., Towards ICD-11 and DSM-V: issues beyond ‘harmonisation’, *The British Journal of Psychiatry*, 195(5), 2009: 379–381.
- Jabłońska B., Władza i wiedza w krytycznych studiach nad dyskursem – szkic teoretyczny, *Studia Socjologiczne*, 204(1), 2012: 75–92.
- Jacoby A., Stigma, epilepsy, and quality of life, *Epilepsy and Behavior*, 3, 2002: 10–20.
- Jacoby A., Austin J. K., Social stigma for adults and children with epilepsy, *Epilepsia*, 48, 2007: 6–9.
- Jakubczyk A., Wojnar M., Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń, *Psychiatria Polska*, 46(3), 2012: 373–386.
- Jarkiewicz A., Medykalizacja pracy socjalnej w obszarze działania z osobami zaburzonymi psychicznie, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio J-Paedagogia-Psychologia*, 29(1), 2016: 238–249.
- Jaros A., Wzbudzenie emocji samoświadomościowych jako strategia wykorzystywana przez rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu do wywoływania u nich zmiany zachowania, *Studia nad Rodziną (Rodzina wobec uzależnień)*, 49, 2018 [w druku].
- Jasielska A., Analiza wpływu stereotypu płci w obszarze emocji na edukację emocjonalną, *Forum Oświatowe*, 21(1), 2009: 71–87.
- Jewkes Y., Autoethnography and emotion as intellectual resources: Doing prison research differently, *Qualitative Inquiry*, 18, 2012: 63–75.
- Johnson J. L., Leff M., Children of substance abusers: Overview of research findings, *Pediatrics (Supplement)*, 2, 1999: 1085–1099.
- Johnson M. K., Parental financial assistance and young adults’ relationships with parents and well-being, *Journal of Marriage and the Family*, 75, 2013: 713–733.
- Jones G., *Youth*, Polity Press, Cambridge 2009.

- Jones E. E., Farina A., Hastorf A. H., Markus H., Miller D. T., Scott R. A., *Social stigma: the psychology of marked relationships*, Freeman, New York 1984.
- Józefik B., Psychoterapia jako dyskurs kulturowy, *Psychiatria Polska*, XLV, 2011: 737–748.
- Juroszek W., Rodzice w roli teściów w świetle teorii zadań rozwojowych Roberta Havighursta, *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne*, 49(1), 2016: 169–182.
- Juroszek W., Relacje małżonków z matką i teściową w świetle teorii niezależności/współzależności Ja, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 18, 2014: 64–73.
- Kabata B., Trudności w terapii uzależnienia od alkoholu z praktyki lekarza rodzinnego na wsi, *Hygeia*, 46(3), 2011: 385–389.
- Kacperczyk A., *Spoleczne swiaty. Teoria – empiria – metody badan. Na przykladzie spolecznego swiata wspinaczki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016.
- Kacprzak A., Międzypokoleniowa transmisja alkoholizmu (na podstawie narracji „trzeźwiejących” alkoholików), *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 38, 2011: 73–89.
- Kacprzak M., *Pułapki poprawności politycznej*, Wydawnictwo von Borowiecky, Radzymin 2012.
- Kaluszyńska E., Język a rzeczywistość matematyczna. Performatywna funkcja języka, *Filozofia Nauki*, 2(62), 2008: 5–14.
- Kamińska-Szmaj I., Język polityki na tle przemian kulturowych, *Acta Universitatis Wratislaviensis*, 3060, 2008: 253–265.
- Kania J., Czynniki leczące w pogłębionej terapii osób dorosłych, dzieci alkoholików, [w:] K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010: 395–404.
- Karwatowska M., Szpyra-Kozłowska J., *Lingwistyka płci. Ona i on w języku polskim*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2005.
- Kawalec A., Przyjemność i działanie w performansie, performatyce i sztukach performatywnych, *Przegląd Filozoficzny*, 2(82), 2012: 349–362.
- Każmierska K., Badania biograficzne w naukach społecznych, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 9(4), 2013: 6–10.
- Każmierska K., Wywiad narracyjny jako jedna z metod w badaniach biograficznych, *Przegląd Socjologiczny*, 53(1), 2004: 71–96.
- Każmierska K. (red.), *Metoda biograficzna w socjologii: antologia tekstów*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2016.
- Każmierska K., Wygnańska J., Workshops as an essential practice in doing biographical research, *przegląd Socjologii Jakościowej*, 15(2), 2019: 164–177.
- Kelley M. L., French A., Bountress K., Keefe H. A., Schroeder V., Steer K., Gumienny L., Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics, *Addictive Behaviors*, 32(4), 2007: 675–685.
- Keyes K. M., Hatzenbuehler M. L., McLaughlin K. A., Link B., Olfson M., Grant B. F., Hasin D., Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States, *American Journal of Epidemiology*, 172(12), 2010: 1364–1372.
- Kiecolt-Glaser J., Newton T., Marriage and health: his and hers, *Psychological Bulletin*, 127, 2011: 472–503.
- Kiklewicz A., Wilczewski M., Współczesna lingwistyka kulturowa: zagadnienia dyskusyjne (na marginesie monografii Jerzego Bartmińskiego *Aspects of Cognitive Ethnolinguistics*), *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego*, 67, 2011: 164–178.
- Kitsuse J. I., Societal reactions to deviant behavior. Problems of theory and method, *Social Problems*, 9(3), 1962: 247–256.
- Kleszcz-Szczyrba R., Czy każdej stracie „potrzebna jest” żałoba i czy każdej żałobie „potrzebna jest” terapia?, [w:] R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), *Utrata i żałoba: teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2016: 111–121.
- Klingemann J. I., *Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce*, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej, t. XI, Warszawa 2010.
- Klingemann J. I., Iluzja polityki społecznej opartej na dowodach naukowych. Przykład zjawiska uzależnienia od alkoholu, *Normy, Dewiacje i Kontrola Społeczna*, 14, 2013: 139–155.

- Klingemann J. I., „Ja muszę Pani powiedzieć szczerze, że o tych problemach to nikt nie wiedział...”
Metody badania populacji ukrytych – przykład zjawiska samowyleczenia, *Prace Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji*, 16, 2010: 227–247.
- Kluczyńska U., Medykalizacja męskiej seksualności, *Interalia. Pismo poświęcone studiom queer*, 10, 2015: 92–120.
- Kłos J., Kiedy rzeczy zamieniają się w słowa, *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 2012: 33–50.
- Kłos J., Gromadecka-Sutkiewicz M., Zysnarska M., Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku, *Hygeia Public Health*, 49(3), 2014: 382–388.
- Kłos J., Gromadecka-Sutkiewicz M., Zysnarska M., Adamek R., Stawińska-Witoszyńska B., Obraz aktywności fizycznej w przekazach internetowych, *Hygeia Public Health*, 49(4), 2014: 879–885.
- Kojder A., Co to jest teoria naznaczania społecznego?, *Studia Socjologiczne*, 3(78), 1980: 45–65.
- Kołtun A., Posmak kontestacji – o recepcji teorii ugruntowanej w Polsce. Wywiad z profesorem Krzysztofem Koneckim, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 7(3), 2011: 158–167.
- Konecki K., Od redakcji. „Stawanie się” jako problem socjologiczny, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 4(2), 2008: i–vi.
- Konecki K., *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Koski-Jännes A., Turning points in addiction careers: five case studies, *Journal of Substance Misuse*, 3(4), 1998: 226–233.
- Kozak M., Pięga M., Ścisło P., Badura-Brzoza K., Gorczyca P. W., Wskaźniki socjodemograficzne uzależnienia od alkoholu u osób leczonych odwykowo w mieście postindustrialnym, *Medycyna Pracy*, 2019: 221–228.
- Kozłowska D., Samodzielne czy samotne matki?, *Znak*, 725, 2015: 54–58.
- Kozłowski M. J., Język gra rolę! Studia performatywne między filozofią a antropologią, *Tematy z Szewskiej*, 2(12), 2014: 75–108.
- Klostermann K., Kelley M. L., Milletich R. J., Mignone T., Alcoholism and partner aggression among gay and lesbian couples, *Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 2011: 115–119.
- Kopińska M., Język jako narzędzie interpretacji rzeczywistości – językowy obraz świata. *Mundu bat begirada anitz. Un arsz michas miradas*, 2, 2009: 53–76.
- Kosiński K., *Historia pijaństwa w czasach PRL. Polityka – obyczaje – szara strefa – patologie*, Wydawnictwo Neriton, Instytut Historii PAN, Warszawa 2008.
- Kotlarska-Michalska A., Przyjazna rodzina w dobie nieprzyjaznej gospodarki, *Humanizacja Pracy*, 3(293), 2018: 25–46.
- Krajewski K., Podstawowe tezy teorii naznaczania społecznego, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, XLV(1), 1983: 225–245.
- Krzyżowski Ł., *Polscy migranci i ich starzejący się rodzice*, Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o., Warszawa 2013.
- Kuchta A., Zaklęcia, tabu i zaklinalnia – w jaki sposób język tworzy świat?: rola magii językowej w społecznościach pierwotnych, *Maska. Magazyn Antropologiczno-Społeczno-Kulturowy*, 1(33), 2017: 117–128.
- Kutchins H., Kirk S. A., *Making Us Crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*, New York University Press, New York 1997.
- Kutchins H., Kirk S. A., Should DSM be the basis for teaching social work practice in mental health? No!, *Journal of Social Work Education*, 31(2), 1995: 159–168.
- Kuźma I. B., *Domy bezdomnych. Badania sytuacji kryzysowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.
- Lasn K., *Culture Jam: How to reverse America's suicidal consumer binge – and why we must*, Harper Collins, New York 2000.
- Lee J. E., Zarit S. H., Rovine M. J., Birditt K., Fingerman K. L., The interdependence of relationships with adult children and spouses, *Family Relations*, 65(2), 2016: 342–353.
- Lelonkiewicz J., Praca psychoterapeutyczna ze sprawcami przestępstw seksualnych wobec dzieci, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 4(1), 2005: 135–343.
- Lemert E., *Human deviance, social problems and social control*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New York 1967.

- Lemke T., Analizyka biopolityki. Rozważania o przeszłości i terażniejszości spornego pojęcia, *Praktyka Teoretyczna*, 1(2), 2011: 11–25.
- Leśniak A., Political correctness, czyli o etycznej wrażliwości języka, *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 313, 2017: 147–160.
- Lewandowska-Malec I., Prawne i polityczne uwarunkowania wolności słowa w Rzeczypospolitej, *Studia z Dziejów Państwa i Prawa*, 16(1), 2013: 19–39.
- Leźnicki M., Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych, *Scientia et Fides*, 1(1), 2013: 213–230.
- Link B. G., Cullen F. T., Struening E., Shrout P. E., Dohrenwend B. P., A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment, *American Sociological Review*, 1, 1989: 400–423.
- Lipowska-Teutsch A., *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
- Lipowska M., Rasmus A., Spektrum zaburzeń zachowania w obrazie ADHD, *Czasopismo Psychologiczne*, 19(1), 2013: 29–35.
- Lizak D., Seń M., Kochman M. M., Healthism-afirmacja promocji zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne? Człowiek w zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia. Leczenie i rehabilitacja, [w:] R. Żarow (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia. Leczenie i rehabilitacja*, Instytut Ochrony Zdrowia, Tarnów 2014: 147–157.
- Lofland J., Snow D. A., Anderson L., Lofland L. H., *Analiza układów społecznych. Przewodnik metodologiczny po badaniach jakościowych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
- Lüscher K., Advancing the field. ambivalence: a „sensitizing construct” for the study and practice of intergenerational relationships, *Journal of Intergenerational Relationships*, 9, 2011: 191–206.
- Lüscher K., Pillemer K., Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life, *Journal of Marriage and the Family*, 1, 1998: 413–425.
- Łapiński K., Kategoria wdzięczności w stoicyzmie, *Przegląd Filozoficzno-Literacki*, 3–4(48), 2017: 501–521.
- Łukaszynski J., Wzajemność i wdzięczność, *Społeczeństwo i Ekonomia*, 3, 2015: 134–151.
- Makowska M., Nowakowski M., Socjologia farmaceutyków jako „subpole” socjologii medycyny, *Przegląd Socjologiczny*, 67(4), 2018: 97–115.
- Malita A., Taylor J., Borlagdan J., Reflections on turning 21: Income, gender and ‘adulthood’, *Youth Studies Australia*, 32(3), 2013: 37–45.
- Małecka B., Arytmia i kobiety. Sprawozdanie z pierwszego spotkania EPIC-Alliance w Polsce, *Folia Cardiologica*, 10(2), 2015: 145–146.
- Mandal E., *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.
- Margasiński A., Stereotyp homofobii – nowy element politycznej poprawności, *Kultura i Edukacja*, 2, 2012: 169–186.
- Markiewicz K., Prokrastynacja i prokrastynatorzy. Definicja, etiologia, epidemiologia i terapia, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J–Paedagogia-Psychologia*, 31(3), 2018: 195–213.
- Markiewicz-Stanny J., Język aktów prawnych a ekskluzja społeczna imigrantów w sytuacji nieregularnej, *Lingwistyka Stosowana/Applied Linguistics/Angewandte Linguistik*, 24, 2017: 95–107.
- Mavin S., Grandy G., Doing gender well and differently in dirty work: the case of exotic dancing, *Gender, Work & Organization*, 20(3), 2014: 232–351.
- Mazur J., *Rodzinne uwarunkowania międzypokoleniowej transmisji alkoholizmu*, PTP, Warszawa 2009.
- Mazurek E., Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medykalizacji macierzyństwa, *Kultura-Społeczeństwo-Edukacja*, 1, 2014: 75–93.
- Mead G. H., *Umysł, osobowość, społeczeństwo*, PWN, Warszawa 1975.
- Merton R. K., Social structure and anomie: revisions and extensions, [w:] R. N. Anshen, *The family: its function and destiny*, Harper, Oxford 1949: 226–257.
- Merton R. K., *Sociological ambivalence and other essays*, The Free Press, Collier Macmillan Publishers, New York–London 1976.
- Michel M., Zmiana myślenia o procesie resocjalizacji i osobach niedostosowanych społecznie w świetle zmian paradygmatów w polskiej myśli resocjalizacyjnej. Nurt „nowej resocjalizacji”, *Polska Myśl Pedagogiczna*, 3(3), 2017: 95–110.

- Michoń P., Transfery międzypokoleniowe w rodzinie, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, LXXIV, 3, 2012: 237–251.
- Moos R. H., Addictive disorders in context: Principles and puzzles of effective treatment and recovery, *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 2003: 3–12.
- Moos R. H., Moos B. S., Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders, *Addiction*, 101(2), 2006: 212–222.
- Moskalewicz M., „Murzynek Bambo – czarny, wesoly...”. Próba postkolonialnej interpretacji tekstu, *Teksty Drugie*, 1–2, 2005: 259–270.
- Morzyczna-Markowska M., Antypsychiatria brytyjska 1960–1970, *Medycyna Nowożytna*, 2, 2018: 37–81.
- Musiak M., *Filozofia Richarda Rorty'ego jako terapia kulturowa*, Oficyna Wydawnicza Epigram, Bydgoszcz 2014.
- Müller-Siekierska D., Emocjonalny charakter więzi rodzinnych – perspektywa rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu, *Studia nad Rodziną (Rodzina wobec uzależnień)*, 49, 2018.
- Myśliwczuk I., (Nie)szczęśliwi rodzice – refleksje rodziców dorosłych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w rekonstrukcjach biograficznych, *Niepełnosprawność*, 25, 2017: 55–71.
- Nelson J. A., O'Brien M., Blankson A. N., Calkins S. D., Keane S. P., Family stress and parental responses to children's negative emotions: Tests of the spillover, crossover, and compensatory hypotheses, *Journal of Family Psychology*, 23(5), 2009: 671–679.
- Nelson L. J., Padilla-Walker L. M., Carroll L. S., Madsen S. D., Barry C. M., Badger S., If you want me to treat you like an adult, start acting like one! Comparing the criteria that emerging adults and their parents have for adulthood, *Journal of Family Psychology*, 21(4), 2007: 665–674.
- Niedbalski J., Krótki epizod przynależności – „nowy”, „normalny”, „nieznany” wśród osób z upośledzeniem umysłowym. Problematyka tożsamości badacza w procesie eksploracji terenowej badanego środowiska, [w:] K. T. Konecki, A. Kasperczyk (red.), *Procesy tożsamościowe. Symboliczno-interakcyjny wymiar konstruowania ładu i nieładu społecznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2010: 43–63.
- Niziołek G., Zapomniana metafora AIDS, *Teksty Drugie*, 2, 2018: 354–368.
- Nowak-Dziemianowicz M., *Doświadczenia rodzinne w narracjach. Interpretacja sensów i znaczeń*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP we Wrocławiu, Wrocław 2006.
- Nowakowska L., W stronę socjologii leczenia niemedyceznego – zarys przedmiotu badań, *Hygeia Public Health*, 47(3), 2012: 258–263.
- Nowakowski M., Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu, Praca doktorska napisana w Instytucie Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2013 <https://phavi.umcs.pl/at/attachments/2014/0117/100934-michal-nowakowski-praca-doktorska.pdf> (dostęp: 15.05.2019).
- Nye R. A., The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 2003: 115–129.
- O sposobie mówienia o zdrowiu psychicznym z prof. dr. hab. med. Bogdanem de Barbaro, kierownikiem Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego rozmawia Anna Hucko, *Psychiatria po Dyplomie*, 5, 2017, <https://podyplomie.pl/pspd/categories/1599> (dostęp: 10.07.2019).
- Opczyńska-Morasiewicz M., Rostworowska M., Dialog z rodziną czy z mapami rodziny?: kilka uwag na temat pułapek leczenia dostosowanego do potrzeb, *Psychoterapia*, 3(158), 2011: 17–23.
- Orford J., Copello A., Velleman R., Templeton L., Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1(17), 2010: 36–43.
- Orford J., Templeton L., Patel A., Copello A., Velleman R., The 5-Step family intervention in primary care: I. Strengths and limitations according to family members, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(1), 2007: 29–47.
- Orford J., Velleman R., Copello A., Templeton L., Ibanga A., The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 2010: 44–62.

- Orford J., Padin M. D., Canfield M., Sakiyama H. M., Laranjeira R., Mitsuhiro S. S., The burden experienced by Brazilian family members affected by their relatives' alcohol or drug misuse, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 9(3), 2017: 103–112.
- Orford J., Natera G., Copello A., Atkinson C., Mora J., Velleman R., Crundall I., Tiburcio M., Templeton L., Walley G., *Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures*, Brunner-Routledge, London 2013.
- Osiatyński W., *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, Iskry, Warszawa 2005.
- Ostrouch J., *Nieuchwytnie: relacje matek i córek w codzienności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2004.
- Ożóg K., *Język w służbie polityki: językowy kształt kampanii wyborczych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2004.
- Ożóg K., Nowe czasy – nowy język polski, *ΣΟΦΙΑ. Pismo Filozofów Krajów Słowiańskich*, 8, 2008: 321–328.
- Pánek J., Europejski kryzys migracyjny (Rozważania pozbawione emocji i poprawności politycznej), *Historia Slavorum Occidentis*, 1, 2016: 253–264.
- Parchomiuk M., Stygmatyzacja przeniesiona – analiza zjawiska w odniesieniu do rodzin osób niepełnosprawnych i chorych, *Annales Universitatis Marie Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, XXIII, 2010: 55–69.
- Parchomiuk M., Byra S., Struktura stygmatyzacji przeniesionej u współmałżonków osób z niepełnosprawnością ruchową, *Studia nad Rodziną*, 36, 2015: 193–210.
- Pasikowski S., *Ambivalencja i opór: nauczyciele i studenci wobec szkoły*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, Słupsk 2014.
- Pawłowska J., Pojęcie dewiacji w teorii etykietowania, *Studia Socjologiczne*, 1(96), 1985: 35–63.
- Peled E., Sacks I., The Self-Perception of Women Who Live With an Alcoholic Partner: Dialoging With Deviance, Strength, and Self-Fulfillment, *Family Relations*, 57(3), 2008: 390–403.
- Pełnoletnie dzieci mieszkające z rodzicami, Komunikat z badań nr 98/2017, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2017.
- Piątkowski W., *Lecznictwo niemedyczne w Polsce – tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2008.
- Piekot T., Zarzeczny G., Między zdrowym rozsądkiem a polityczną poprawnością – polskie podręczniki do nauczania języka polskiego jako obcego oczami cudzoziemców, *Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców*, 17, 2010: 517–528.
- Pierret C. R., The sandwich generation: Women caring for parents and children, *Monthly Labor Review*, 129, 2006: 3–9.
- Pielkova J. A., Stosunki interpersonalne w rodzinie w relacji teściowa – synowa, *Problemy Rodziny*, 1(193), 1994: 11–14.
- Pillemer K., Suito J. J., Explaining mothers' ambivalence toward their adult children, *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 2002: 602–613.
- Pillemer K., Suito J. J., „Will I ever escape my child's problems?": Effects of adult children's problems on elderly parents, *Journal of Marriage & the Family*, 53, 1999: 585–594.
- Pillemer K., Suito J. J., Mock S. E., Sabir M., Pardo T. B., Sechrist J., Capturing the complexity of intergenerational relations: Exploring ambivalence within later-life families, *Journal of Social Issues*, 63(4), 2007: 775–791.
- Piszczakowska-Oleksiewicz M., Polscy gniazdownicy. O powodach, dla których dorosłe dzieci mieszkają z rodzicami, *Pogranicze. Studia Społeczne*, 24, 2014: 181–210.
- Plachcińska G., Kto się boi matki alkoholika, *Świat Problemów*, 10(81), 1999, <http://www.prometea.pl/index.php?list=go&idx=160> (dostęp: 9.10.2019).
- Podgrodzka-Niell M., Tyszkowska M., Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym, *Psychiatria Polska*, 48(6), 2014: 1201–1211.
- Poprawa R., Alkoholizm jako choroba, w pół wieku po Jellinku, [w:] K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010: 142–159.
- Posłuszny Ł., Instytucje totalne dzisiaj: stan badań, krytyka, rekonfiguracje, *Studia Socjologiczne*, 227(4), 2017: 121–145.

- Potoczna M., Wzajemna pomoc, wspólne zamieszkiwanie i odpowiedzialność międzypokoleniowa, [w:] W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004: 249–262.
- Pukalska B., „Złapać bakcyła”, czyli o ewolucji znaczeń niektórych wyrazów z leksyki medycznej i potocznej, [w:] B. Mitrenga (red.), *Słowo – znaczenie – relacja w języku i w tekście*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013: 71–90.
- Rabe-Jabłońska J., Gawłowska M., Zaburzenia regulacji złości z dysforią. Prodróm choroby afektywnej dwubiegunowej czy depresji?, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 11(4), 2011: 250–254.
- Radcliffe P., A. Stevens, Are drug treatment services only for ‘thieving junkie scumbags’? Drug users and the management of stigmatized identities, *Social Science & Medicine*, 67(7), 2008: 1065–1073.
- Raitasalo K., Holmila M., The role of the spouse in regulating one’s drinking, *Addiction Research & Theory*, 13(2), 2005: 137–144.
- Rejter A., *Pieć – język – kultura*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.
- Riemann G., Schütze F., „Trajektoria” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych, [w:] K. Kaźmierska (red.), *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*, Nomos, Kraków 2012: 389–414.
- Romanowski R., Współczesny język potoczny: analiza i charakterystyka w kontekście aktualnych zjawisk kulturowych, *Pisma Humanistyczne*, 6, 2004: 128–142.
- Rorty R., *Przygodność, ironia i solidarność*, Wydawnictwo SPACJA, Warszawa 1996.
- Rosenhan D. L., On being sane in insane places, *Science*, 179(4070), 1973: 250–258.
- Rosochacka-Gmitrzak M., Raclaw M., Opieka nad zależnymi osobami starszymi w rodzinie: ryzyko i ambiwalencja, *Studia Socjologiczne*, 2(217), 2015: 25–47.
- Rossol J., The medicalization of deviance as an interactive achievement: The construction of compulsive gambling, *Symbolic Interaction*, 24(3), 2001: 315–341.
- Rutkowski K., Dyskusja nad klasyfikacją zaburzeń seksualnych w DSM-5 a trendy badawcze w obszarze seksuologii w Polsce, *Psychiatria Polska*, 47(6), 2013: 1133–1142.
- Ryll H., Odbudowa szkolnictwa specjalnego, *Szkoła Specjalna*, 1946/1947: 12–24.
- Sakiyama H. M., Padin M. D., Canfield M., Laranjeira R., Mitsuhiro S. S., Family members affected by a relative’s substance misuse looking for social support: Who are they?, *Drug and Alcohol Dependence*, 1(147), 2015: 276–279.
- Sakowicz A., Przestępstwo handlu ludźmi z perspektywy regulacji międzynarodowych, *Prokuratura i Prawo*, 3, 2006: 52–69.
- Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowiec J., Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?, *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(1), 2015: 55–63.
- Sanders-McDonagh E., Conducting „Dirty Research” with extreme groups: understanding academia as a dirty work site, *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 9(3), 2014: 241–253.
- Sandberg-Thoma S. E., Snyder A. R., Bohyun J. J., Exiting and returning to the parental home for boomerang kids, *Journal of Marriage and Family*, 77(3), 2015: 806–818.
- Sapia-Drewniak E., Wizerunek teściowej we współczesnej prasie kobiecej, *Wychowanie w Rodzinie*, 2(2), 2011: 127–138.
- Sarkisian N., Gerstel N., Till marriage do us part: Adult children’s relationships with their parents, *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 2008: 360–376.
- Schuckit M. A., Tipp J. E., Kelner E., Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 120(2), 1994: 237–245.
- Schur E. M., *Labeling deviant behavior. Its sociological implications*, Harper and Row Publ., New York 1971.
- Schur E. M., *Labeling women deviant: Gender, stigma, and social control*, Random House, New York 1984.
- Schur E. M., Reactions to deviance: A critical assessment, *American Journal of Sociology*, 75(3), 1969: 309–322.
- Sciotto M. J., Eisenberg M., Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 11(2), 2007: 106–113.

- Sekułowicz M., Kwiatkowski P., Wypalanie się sił u rodziców dzieci z niepełnosprawnością – konstrukcja nowego narzędzia badawczego, *Studia Edukacyjne*, 25, 2013: 29–50.
- Sensky T., Family stigma in congenital physical handicap, *British Medical Journal*, 285(6347), 1982: 1033–1035.
- Shaw I., Doctors, „dirty work” patients, and „revolving doors”, *Qualitative Health Research*, 14(8), 2004: 1032–1045.
- Siemaszko A., *Granice tolerancji: o teoriach zachowań dewiacyjnych*, PWN, Warszawa 1993.
- Sikorska A., Dylematy w definiowaniu rodzinnych gospodarstw rolnych (na przykładzie Polski), *Zagadnienia Ekonomiki Rolnej*, 4, 2014: 31–49.
- Simmel G., *Socjologia*, PWN, Warszawa 1975.
- Simmel G., *Wierność i wdzięczność*, [w:] G. Simmel, *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Simonen J., Törrönen J., Older women’s experiences, identities and coping strategies for dealing with a problem-drinking male family member, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(5), 2017: 409–417.
- Sipowicz J., Kujawski R., Kleptomania czy kradzież pospolita – trudności diagnostyczno-orzecznicze, *Psychiatria Polska*, 52(1), 2018: 81–92.
- Snyder C. R., Lassegard M. A., Ford C. E., Distancing after group success and failure: Basking in reflected glory and cutting off reflected failure, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1986: 382–388.
- Sobolewska Z., *Odebrane dzieciństwo*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2010.
- Southgate E., Shying K., Researchers as dirty workers: cautionary tales on insider-outsider dynamics, *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 9(3), 2014: 223–240.
- Staniaszek M., Aktualny model leczenia odwykowego i rola izb wytrzeźwień w Polsce, *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 1992: 63–100.
- Staniaszek M., *Farmakoterapia w stanach uzależnień (materiały z sympozjum)*, Radziejowice 9–10 grudnia 1985 roku, Spółdzielcza Agencja Reklamowa, Warszawa 1987.
- Staniaszek M., Is psychotherapeutic intervention (psychotherapy) an alternative to medication?, Abstracts of the VIII Conference on Ethanol-drug Interactions and Pharmacological Treatment of Alcohol Dependence, *Polish Journal of Pharmacology*, 54(5), 2002: 531–540.
- Staniaszek M., Sprawozdanie z konferencji „Rodzina w systemie wsparcia społecznego I pomocy osobom z problemem alkoholowym”, *Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne*, 2(9), 2019 [w druku].
- Stanisz A., *Rodzina made in Poland: antropologia pokrewieństwa i życia rodzinnego*, Wydawca: Agata Stanisz, Poznań 2013.
- Stankowska M., Czy taki diabeł straszny? O współzamieszkiwaniu synowych i teściowych, [w:] M. Łukasiuk, M. Jewdokimow (red.), *Socjologia zamieszkiwania*, Wydawnictwo Naukowe Sub Lupa, Warszawa 2014: 63–85.
- Stępień J. R., Rostocki W. A., Wywiady eksperckie i wywiady delfickie w socjologii – możliwości i konsekwencje wykorzystania. Przykłady doświadczeń badawczych, *Przegląd Socjologiczny*, 62(1), 2013: 87–100.
- Stoppel B., Rozbrajając „Walczące słowa” Judith Butler, *Przestrzenie Teorii*, 17, 2012: 63–78.
- Strauss A. L., *Qualitative analysis for social scientists*, University Press, Cambridge 1987.
- Strauss A. L., Fagerhaugh S., Suczek B., *Trajektorie choroby. Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*, Nomos, Kraków 2012: 373–388.
- Strong M. D., Doctors and dirty work – the case of alcoholism, *Sociology of Health & Illness*, 2(1), 1980: 24–47.
- Strzelecki W., Pawlak P., Korzyści i niebezpieczeństwa autodiagnozy psychologicznej opartej na źródłach internetowych, *Zeszyty Naukowe. Studia Informatica/Uniwersytet Szczeciński*, 28, 2011: 345–355.
- Suitor J. J., Pillemer K., Choosing daughters: Exploring why mothers favor adult daughters over sons, *Sociological Perspectives*, 49(2), 2006: 139–161.

- Suito J. J., Pillemer K., Sechrist J., Within-family differences in mothers' support to adult children, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 2006: 10–17.
- Susman J., Disability, stigma and deviance, *Social Science & Medicine*, 38(1), 1994: 15–22.
- Suwalska J., Suwalska A., Neumann-Podczaska A., Łojko D., Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów, *Psychiatria Polska*, 51(3), 2017: 495–502.
- Szadura J., O ludowej etiologii wrodzonego kalectwa, *Literatura Ludowa*, 62(6), 2018: 70–82.
- Szasz T., *Insanity: The idea and its consequences*, Syracuse University Press, New York 1997.
- Szasz T., *The medicalization of everyday life: Selected essays*, Syracuse University Press, Syracuse 2007.
- Szasz T., *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, Harper Perennial, New York 1974.
- Szczepanik R., „Otworzyło mi się wtedy okno na inny świat. Otworzyło mi to oczy na moje życie”. O wydarzeniach (punktach zwrotnych) inicjujących próby zerwania przez recydywistów z przestępczym stylem życia, *Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne*, 2(1), 2016: 238–255.
- Szczepanik R., Status badacza „jakościowego” w środowisku osób naznaczonych i wykluczonych społecznie, [w:] P. Dzieduszyński (red.), *Naznaczeni, odrzucani i dyskryminowani w badaniach naukowych i praktyce wychowawczej. Ujęcie interdyscyplinarne*, Wydawnictwo WSBiNoZ w Łodzi, Łódź 2017: 21–39.
- Szczepanik R., *Stawanie się recydywistą. Kariery instytucjonalne osób powracających do przestępczości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.
- Szczepanik R., Miszewski K., Wpływ długoterminowego uwięzienia na rodziny więźniów – stan wiedzy i zaniedbane kierunki badań, *Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja*, 30, 2016: 53–95.
- Szczepanik R., Okólska K., Zapomniani rodzice (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu, *Alcohol Drug Addict/Alkoholizm i Narkomania*, 31(4), 2018: 273–300.
- Szczepanik R., Śliwerski A., Obietnice bez pokrycia. Etyczne i prawne granice (nie) ujawniania informacji o przestępstwie w badaniach naukowych i psychoterapii, *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 24(1): 151–172.
- Szluz B., Doświadczanie choroby alkoholowej w rodzinie (w ujęciu socjologicznym), *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 12(2), 2018: 241–248.
- Sztander W., *Interwencja wobec osoby uzależnionej*, Materiały Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/921-interwencja-wobec-osoby-uzaleznionej.html> (dostęp: 24.05.2019).
- Szukalski P., *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Wydawnictwo Uniwersyte-
tu Łódzkiego, Łódź 2012.
- Szwajca K., Drath W., Gondek K., Kasprzak P., Kuszytkiewicz A., Ramus K., Sowa W., Ślęzak K., Nowy pacjent, stare problemy? Kontekst diagnozowania uzależnienia od Internetu, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2, 2014: 145–149.
- Ślęzak I., Refleksje nad zagadnieniem piętna w relacjach badacza i badanych na podstawie wywiadów z kobietami świadczącymi usługi seksualne, *Nauka i Szkolnictwo Wyższe*, 1, 2013: 153–166.
- Tabakowska E., *Gramatyka i obrazowanie. Wprowadzenie do językoznawstwa kognitywnego*, Wydawnictwo Polska Akademia Nauk, Kraków 1995.
- Tannenbaum F., *Crime and community*, Ginn and Company, Boston 1938.
- Taperek M., Potworni imigranci w Szatańskich wersetach Salmana Rushdiego. Przypadek Saladyna Czamczawalli, *Teksty Drugie*, 3, 2016: 375–395.
- Tokarczyk R., Etyka kata w ujęciu porównawczym, *Prawo i Polityka*, 1, 2009: 125–137.
- Trębińska-Szumigraj E., *Współuzależnienie matek narkomanów*, GWP, Gdańsk 2010.
- Tsekeris C., Ntali E., Koutrias A., Chatzoulis A., Boomerang kids in contemporary Greece: young people's experience of coming home again, *Hellenic Observatory Papers on Greece and South-East Europe*, 108, 2017: 1–49.
- Umberson D., Reczek C., Interactive stress and coping around parenting: Explaining trajectories of change in intimate relationships over the life course, *Advances in Life Course Research*, 1(12), 2007: 87–121.

- Urbańska S., Profesjonalizacja macierzyństwa jako proces odpodmiotowienia matki. Analiza dyskursów poradnika „Twoje Dziecko” z 2003 i 1975 roku, [w:] B. Budrowska (red.), *Kobiety, feminizm, demokracja: wybrane zagadnienia z seminarium IFiS PAN z lat 2001–2009*, ISiS PAN, Warszawa 2009: 19–42.
- Vassallo S., Smart D., Price-Robertson R., The roles that parents play in the lives of their young children, *Family Matters*, 82, 2009: 8–14.
- Waleszczyński A., *Feministyczna etyka troski. Założenia i aspiracje*, Środkowoeuropejski Instytut Zmiany Społecznej, Warszawa 2013.
- Walker J. P., Lee R. E., Uncovering strengths of children of alcoholic parents, *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 1998: 521–538.
- Warchala J., *Kategoria potoczności w języku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2003.
- Watters E., *Crazy like us. The globalization of the American psyche*, Free Press, New York 2010.
- Wąsik J. J., Staniaszek M. (red.), *Zwalczanie narkomanii w Polsce i w świecie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1993.
- Weier M., Christina L., Stagnant or successful, carefree or anxious? Australian university students' goals and beliefs about adulthood and their current well-being, *Australian Psychologist*, 51(6), 2016: 422–430.
- Wendland M., *Konstruktoryzm komunikacyjny*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM, Poznań 2011.
- White W., Cloud W., Recovery capital: A primer for addictions professionals, *Counselor*, 9(5), 2008: 22–27.
- Wieczorek Ł., Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz systemu leczenia uzależnień w Warszawie i w społeczności lokalnej, *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(2), 2015: 103–117.
- Wieczorkowska M., Choroba jako podstawa konstruowania nowych tożsamości w zmedykalizowanym świecie, *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 45, 2013: 83–99.
- Wieczorkowska M., Czy starość jest chorobą? – medykacja starości w Polsce, *Przegląd Socjologiczny*, 62(2), 2013: 109–134.
- Wieczorkowska M., Czy świat jest kliniką? O procesach medykacji we współczesnych społeczeństwach kapitalistycznych. Recenzja książki Michała Nowakowskiego, „Medykacja i demedykacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego”, *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 56, 2016: 147–154.
- Wieczorkowska M., Medykacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej, *Przegląd Socjologiczny*, 61(2), 2012: 31–56.
- Wieczorkowska M., Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medykacji – zarys problematyki, *Przegląd Socjologiczny*, 66(1), 2017: 33–52.
- Wieteska M., Międzypokoleniowy dialog wspólnie zamieszkujących dorosłych dzieci i ich rodziców – perspektywa społeczno-ekonomiczna, *Wychowanie w Rodzinie*, 11(1), 2015: 154–177.
- Wilkoń A., *Typologia odmian językowych współczesnej polszczyzny*, wyd. 2 poprawione i uzupełnione, Uniwersytet Śląski, Katowice 2000.
- Willson A. E., Shuey K. M., Elder Jr G. H., Wickrama K. A., Ambivalence in mother-adult child relations: A dyadic analysis, *Social Psychology Quarterly*, 69(3), 2006: 235–252.
- Witkowski L., *Edukacja wobec sporów o (po)nowoczesność*, IBE, Warszawa 2007.
- Witkowski L., *Humanistyka stosowana. Wirtuozeria, pasje, inicjacje*, Impuls, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Kraków 2018.
- Witkowski T., *Zakazana psychologia. Pomiędzy szarlatanerią a nauką*, t. 1, Biblioteka Moderadora, Taszów 2009.
- Witosz B., O dyskursie wykluczenia i dyskursach wykluczonych z perspektywy lingwistycznej, *Tekst i dyskurs – Text und Diskurs*, 3, 2010: 9–25.
- Wróblewski M., Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych, [w:] K. Abriszewski, A. F. Kola, J. Kowalewski (red.), *Humanistyka (pół)peryferii*, Colloquia Humaniorum, Olsztyn 2016: 23–54.
- Wróblewski M., Polityka standardów. Konstruowanie pola obiektywności w diagnostyce psychiatrycznej na przykładzie DSM-III, *Kultura i Edukacja*, 4(90), 2012: 64–87.

- Wiktorowicz M., Narracje biograficzne osób przełamujących wzorce życia rodzin dotkniętych problemem alkoholizmu (Komunikat z badań), *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologia*, 41, 2012: 65–77.
- Wodnicka D., Sprawozdanie z konferencji naukowej „Różne obrazy solidarności w scenariuszach rodzinnych”, Warszawa, 15 grudnia 2016, *Societas/Communitas*, 24(2), 2017: 253–258.
- Wojciechowska L., *Syndrom pustego gniazda: dobrostan matek usamodzielniających się dzieci*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2008.
- Wood H. P., Duffy E. L., Psychological factors in alcoholic women, *American Journal of Psychiatry*, 123(3), 1966: 341–345.
- Woroniecka G., „Ja” czy „my” w przestrzeni? Doświadczenia i klasyfikacje w sytuacjach współzamieszkiwani, [w:] M. Łukasiuk, M. Jewdokimow (red.), *Sociologia zamieszkiwania*, Wydawnictwo Naukowe Sub Lupa, Warszawa 2014: 37–60.
- Woźniak Z., Solidarność międzypokoleniowa w starzejącym się świecie – perspektywy i zagrożenia, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 74(3), 2012: 21–63.
- Wróblewski M., *Medyalizacja nadpobudliwości. Od globalnego standardu do peryferyjnych praktyk*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2018.
- Wrzesień W., Zmiana pokoleń w czasach globalnej anomii, *Societas/Communitas*, 24(2), 2017: 37–52.
- Wylegała A., Badacz z Polski na Ukrainie: problemy metodologiczne, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 9(4), 2013: 140–151.
- Zagaja A., Pawlikowski J., Problem nadrozpoznowalności w kontekście dostępu do nowych technologii medycznych, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 22(1), 2016: 1–6.
- Zamojska E., „Murzynek Bambo wiecznie żywy!” Rzeczywistość politycznej poprawności w podręcznikach szkolnych, *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 2012: 53–66.
- Zawadzka A. S., Czarkowska L. D., Grajewska-Kulda M., Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych – praktyczny przewodnik dla coachów, *Coaching Review*, 1(9), 2017: 106–128.
- Z Ewą Woydyło rozmawia Wojciech Maziarski. Wydział Specjalne *Wysokich Obcasów*: „Psychologia uzależnień” 07.2017.
- Zieliński W., Bocheńskiego zachęta do filozofii politycznej niepoprawności, *Filo-Sofija*, 21(2), 2013: 187–208.
- Zola I. K., Medicine as an institution of social control, *The Sociological Review*, 20(4), 1972: 487–504.
- Zucker D. M., Concept clarification of grief in mothers of children with an addiction, *JAN Leading Global Nursing Research*, 71(4), 2015: 751–767.
- Żulewska-Sak J., Dąbrowska K., Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia – jakościowa analiza porównawcza, *Alkoholizm i Narkomania*, 18(3), 2005: 63–77.

Aneks

Fragmety wywiadu z Markiem Staniaszkiem

przeprowadzonego dnia 14.11.2018 roku przez Gabrielę Dobińską

Marek Staniaszek: Moje życie zawodowe jako psychiatry wiązało się generalnie z uzależnieniami. To jeszcze dawne lata posthipisowskie, kiedy pracowałem w szpitalu psychiatrycznym w Lubiążu, który zorganizował jeden z pierwszych w Polsce oddziałów dla narkomanów. To byli młodzi ludzie w wieku 18–30 lat. I tam już wtedy współpracowaliśmy, tzn. próbowaliśmy współpracować, z rodzicami. To był oddział w szpitalu psychiatrycznym na Dolnym Śląsku, a młodzież była z całej Polski, dlatego też rodzice rzadko tam przyjeżdżali. Dlatego nie udało się wypracować jakichś bardziej zorganizowanych grupowych form, tylko indywidualne kontakty, porady. Później, gdy już pracowałem w Warszawie i zorganizowałem tam pierwszy w Polsce oddział detoksykacyjny dla narkomanów, też pracowaliśmy z rodzicami. Doświadczenia były różne. Zdarzało się, że rodzice na ten oddział, który był zamknięty, izolowany, wnosili narkotyki.

Gabriela Dobińska: Rodzice przynosili dzieciom narkotyki?

Tak, bo rodzice byli szantażowani: „jeżeli nie przyniesiesz, to ja się wypiszę”. Pamiętam taką sytuację: mama jednego chłopaka, inteligentnego z wyższym wykształceniem, 30-latką bez mała, przyniosła tort na jego urodziny posypany cukrem pudrem z amfetaminą.

I Państwo się zorientowali?

Później się zorientowaliśmy i był dylemat, co z tym zrobić – czy zakazać mamie przychodzenia, utrzymywania kontaktu? Dla tej mamy jej syn to był cały świat. Jednak, samotnie go wychowywała. Wiedziała o jego nałogu. Zawsze chciała mu pomóc. Cieszyła się, że jest w szpitalu. Bała się, że gdy syn wróci do domu, to znowu dokona jakichś przestępstw, trafi do więzienia. Postawy rodziców [...] dorosłych narkomanów były bardzo lękowe, często z dużą nieufnością do lekarzy, do zespołu terapeutycznego. Pozornie niby chętnie współpracowali, ale nie stosowali się do zaleceń. Później, gdy powstawały grupy samopomocowe tych rodziców, to oni mogli opowiadać o tym, jakie mają problemy, jak sobie radzili. [Na przykład – przyp. aut.] trudna sytuacja dla jednej z matek – w wigilię przyszedł

syn, który nie mieszkał w domu, mieszkał na ulicach Warszawy. Przyszedł i chciał, żeby go wpuściła na wspólną kolację. Jak nie wpuścić dziecka na wigilię? I miała dylemat, bo poprzednio, gdy go wpuszczala, to on pomimo obietnic stale ją okradał, wynosił wszystko. Ale to był szczególny dzień. [...] Jak można nie spożyć wspólnej wieczerzy wigilijnej? I ona przygotowała tę wieczerzę. Połowę mu dała, ale do mieszkania nie wpuściła. I on na tej klatce schodowej – pod drzwiami spożywał tę kolację wigilijną, a ona samotnie – u siebie. Rodzice próbowali różnych sposobów, aby pomóc dziecku, chcieli zmotywować je do zmiany, czasem kończyło się to tragicznie [...]. Porównując, bo pracowałem też z alkoholikami i byłem szefem oddziału odwykowego, zaobserwowałem istotną różnicę, o ile rodzice narkomanów organizowali się, tworzyli różne grupy wsparcia, samopomocowe, nawet formalne stowarzyszenia rodziców, to rodzice alkoholików nie mieli i nie mają takich pomysłów, aby zorganizować się, współpracować. Dotyczy to też rodziców młodych alkoholików.

Młodych dorosłych.

To były zawsze takie bardziej indywidualne spotkania. Dziwi mnie, że w systemie leczenia nie ma rozbudowanego wsparcia i pomocy dla rodziców. Jedynie ruch AA-owski coś oferuje. Ale poza ruchem AA-owskim nie ma nic takiego. Zauważyłem, że rodzice alkoholików nie chcą [...] spotkań grupowych.

A jak Pan myśli, z czego to wynika?

Przyczyn jest kilka. Generalnie w polskim społeczeństwie nie ma takiej tradycji, żeby się organizować do rozwiązania jakiegoś ważnego problemu. Problem narkomański był wtedy nowy, jeszcze nieduży i bardzo silnie stymulował rodziców, którym zależało na uratowaniu dziecka. Rodzice czuli zagrożenia i niebezpieczeństwo. Natomiast większość rodziców alkoholików nie uważała i nadal nie uważa, że jest to naprawdę poważny problem zdrowotny, że to jest choroba. Picie alkoholu jest wszak społecznie akceptowane. Rodzicom chodzi głównie o to, żeby ich dziecko, zazwyczaj syn, piło mniej – normalnie. Z drugiej strony szkody, jakie wywołuje narkotyki, są szybsze i groźniejsze niż po alkoholu.

Bo to bardziej długofalowo się rozwija...

...długo. I nie widać tego obsuwania, pogorszenia funkcjonowania indywidualnego i społecznego, nie chcę nazywać tego psychodegradacją. Rodzice nie widzą, że problemy i zagrożenia są bardziej rozciągnięte w czasie. Problem dla rodziny zaczyna się wtedy, gdy ten dorosły syn, nadmiernie pijący, ma już 35, 40 lat i stanowi dla rodziców problem w codziennym funkcjonowaniu, bo oni muszą go utrzymywać – ponadto on często też przestaje być sprawny społecznie. Młody alkoholik jeszcze jest zdrowy somatycznie, nie choruje, potrafi znaleźć sobie pracę. Natomiast starsi alkoholicy mają z tym duży problem, nie radzą sobie z życiem. Ich rodzice czują się już wtedy bezradni, [...] uważają, że może im pomóc jakaś władza państwowa, która spowoduje, że syn będzie się przymusowo leczyć. Uważają, że jeśli państwowe instytucje się zaangażują, to zdejmą jednocześnie odpowiedzialność z nich i ta rodzina nie musi ze swej strony czynić

dużego wysiłku – mobilizować się. Rodzina nie czuje się odpowiedzialna za to, że powinna się zmienić, aby mu pomóc. Rodzice narkomanów rzadko mówili, że trzeba wprowadzić przymusowe leczenie dla ich dzieci, może dlatego, że widzieli, iż ówczesne przymusowe leczenie odwykowe – przeciwalkoholowe było nieskuteczne. W Polsce od ponad 60 lat jest instytucja przymusowego leczenia odwykowego alkoholików (teraz to się nazywa inaczej – zobowiązanie do poddania się leczeniu). W społecznym przekazie oznacza to, że problem alkoholowy powinno rozwiązać przede wszystkim państwo [...]. Rodzina może zmobilizować się jedynie, aby załatwić synowi wszywkę, umieścić na jakimś odtruciu [...]. Dochodzi jeszcze tutaj bardzo często do różnicy postaw wśród rodziców. Matki są bardziej tolerancyjne, ojcowie – rygorystyczni. Matki mówią: „on jest taki biedny, trzeba mu pomóc”. Ojcowie żądają raczej, żeby ten syn coś robił, pracował, nie robił awantur, był spokojny. Nie ma tej współpracy w domu między rodzicami. Wielokrotnie się z tym spotykam też jako biegły sądowy, gdy wydaję opinie w przedmiocie uzależnienia. [...] Rodzice są pomiędzy sobą podzieleni – jak postępować wobec syna. Matki chcą mu pomóc, nadskakują, cieszą się, że on przyszedł jednego dnia trzeźwy i że obiecuje nie pić. Dla nich jest ważne, żeby tylko nie pił. On nawet nie musi płacić za swoje utrzymanie. Ojcowie, jeśli sami nie mają problemu alkoholowego, są bardziej egzekwujący. Oni chcą traktować syna jako dorosłego. Jednak ojcowie nie są nastawieni na współpracę z lekarzami, z terapeutami i na wymianę doświadczeń z innymi rodzicami. Natomiast matki bardziej są nastawione na kontakt z terapeutami. Ale jest to kontakt [...] bardziej o charakterze ochronnym; nie chodzi o to, żeby wprowadzić jakieś wyraźne zmiany. Nasuwa mi się taki przykład. Niedawno złożony został przez instytucję państwową, chyba przez opiekę społeczną, wniosek o zobowiązanie pięćdziesięcioletniego mężczyzny do poddania się leczeniu. [...] I ten dorosły mężczyzna, niepracujący od lat, stale pijący, nie przychodzi do biegłych na badanie. Zgłaszała się natomiast jego matka, która go usprawiedliwia, że on jest chory, przeziębiony, źle się czuje. W sytuacjach, kiedy ona dostrzega, że on jest w długim ciągu picia, wywozi go taksówką do znajomego ośrodka odwykowego: „oni już go tam znają, powiedzieli, że zawsze mogę go przywieźć”. A on po wyjściu z ośrodka kontynuuje swój nałóg i znów pije. Matka nie jest w stanie od niego niczego wyegzekwować. Ona (jest nauczycielką) mówi: „ja wiem, że ja robię błędy, ale ja się o niego tak boję, że mu się coś stanie”.

Ten lęk, niepokój macierzyński jeszcze jest bardzo silny i uniemożliwia zmiany.

Żeby go ochronić, to może nawet popełnić błąd świadomie?

Ona wie, że to, co robi, jest nieskuteczne.

Żeby, żeby zapewnić mu bezpieczeństwo.

Nawet jeśli perspektywicznie jest to nieskuteczne, a nawet niekorzystne, to dla niej najważniejsze jest doraźne zadziałanie, jakieś udzielenie pomocy, ochrony. Oczywiście jest to forma pewnego usprawiedliwiania się: ja się bardzo staram, chcę mu pomóc, żeby on nie pił. Nawet mu załatwiam ośrodek i zawożę go tam taksówką.

A ojcowie dlaczego nie współpracują? To może wynikać z tego, że oni się wstydzą, nie przyznają się do tego problemu, że matki jakby bardziej odczuwają tę bezradność czy... to podobnie?

Ojcowie uważają, podobnie jak duża część społeczeństwa, że osoby niepijące są słabe. To nie są 'prawdziwymi' mężczyznami, bo prawdziwi mężczyźni piją, nawet jeśli nie potrafią zachować kontroli. Tolerancja ojców na picie alkoholu przez ich synów jest zdecydowanie większa niż matek. O tym nie zawsze się tak wprost mówi: „skoro prawdziwy mężczyzna pije, to mój syn też może pić; skoro ja piję i potrafię sobie z tym radzić, to **nie oczekuję** od syna, żeby on przestał pić czy podjął terapię”.

Tylko żeby pił z umiarem.

Żeby pił mniej, pracował i nie był agresywny.

A matki? Jakie mają oczekiwania?

...one oczekują, żeby syn nie pił całkiem lub bardzo rzadko, żeby był dobrym, grzecznym dzieckiem. One nie dostrzegają [...], że dziecko jest dorosłym człowiekiem, że chce niezależności, autonomii i że też powinien ponosi odpowiedzialność. Bardzo ważna jest kwestia, jak postąpić z dzieckiem, dorosłym dzieckiem alkoholikiem, który w domu znęca się, bije, czyli narusza prawo.

Kradnie.

Kradnie, wynosi z domu. Kradzież domowa jest tolerowana, natomiast agresja nie. Ojcowie na ogół nie tolerują i nie akceptują agresji w domu. Agresja [...] jest kierowana przede wszystkim wobec matek: wyzwiska, przemoc, żądanie pieniędzy. Matki bardzo rzadko są gotowe złożyć zawiadomienie na policji, zgłosić do prokuratury. Jeśli nawet doraźnie, sytuacyjnie złożą takie zawiadomienie, to szybko je wycofują, zmieniają zdanie. Nie są konsekwentne w przeciwieństwie do większości ojców.

Ojcowie zgłaszają?

Stosunek rodziców do agresji jest zróżnicowany. Ojciec mówi: „ja zawiadomię, wezwę policję”. A matka: „nie możemy zgłosić, bo będzie krzywda, będzie kara, prokurator, wyrok, sprawa”. I tak dalej. Ojcowie widzą zagrożenie, chcą konsekwencji w postępowaniu wobec syna, aby skorygować jego zachowania. Matki często wycofują zgłoszenie. Przypuszczam, że jest to przejaw funkcjonowania nas jako społeczeństwa. Nasze najbliższe rodziny są bardziej otwarte na kontakty w szerszej, dużej rodzinie, ale są zamknięte na zewnątrz – i więzi ogólnospołecznych jest mało. Stąd też nie ma takiej gotowości do współpracy z innymi, z obcymi. Postawy ojców się różnią od postaw matek w stosunku do dorosłych dzieci. Taki przykład – matka mówi: „mąż już przestał się do nas odzywać, bo nie potrafi, nie jest w stanie wyegzekwować zmiany zachowania syna, który od 2 lat nie pracuje, a ja się tym zajmuję, karmię go”.

I on się na to nie godzi?

Ojciec się na to nie godzi i dlatego często oni nie odzywają się do siebie.

Jak się wtedy współpracuje z takimi rodzicami, kiedy jest między nimi niezgoda?

Nie ma tej współpracy.

Rozumiem, że to jest strasznie ciężko?

Po pierwsze, ci rodzice rzadko chcą współpracować. Żeby chociaż chcieli uczestniczyć w jakichś zajęciach edukacyjnych, żeby dowiedzieć się, na czym polega choroba, jakie są objawy, następstwa i szkody. Niestety nie ma takiej gotowości, chęci do poszerzenia wiedzy. Czasem jest to wymiana między nimi jakichś własnych doświadczeń: jak postępować gdzie się zgłosić. To jest jedna kwestia. Druga: nie ma u nas przekonania, że są niektóre przewlekłe choroby, np. zaburzenia psychiczne, choćby właśnie uzależnienia, że do ich skutecznego leczenia potrzebne jest zaangażowanie najbliższych, a nie tylko dobry specjalista. Dominuje model, że jeśli człowiek choruje, to jest jego indywidualny problem, sam idzie do lekarza i...

...dostaje lekarstwo.

Nie widzimy, że jeśli jest jakiś problem u nas w rodzinie, np. nadużywanie alkoholu, to jest problem nas wszystkich, całej rodziny, i że trzeba go wspólnie rozwiązywać. Nie ma też takiej chęci, żeby na temat swojej choroby więcej wiedzieć. Zdecydowanie łatwiej jest, kiedy ci rodzice są młodszy niż starsi, więcej wtedy mogą skorzystać z Internetu. Widzę różnicę, że dawniej były jedynie książki, ulotki – skąd można było uzyskać wiedzę na temat problemu alkoholowego. Teraz przez Internet jest dość łatwo.

Ale znajdują rzetelne informacje czy czasami posługują się mitami?

W większości są to rzetelne informacje. [...] My, terapeuci, wiemy, jak skuteczniej pomóc osobie uzależnionej, jak włączyć współmałżonka w proces terapeutyczny. Wiemy, jak pomóc partnerowi, jak włączyć go do terapii [...]. Nie wiemy natomiast, w jaki sposób włączyć rodziców, jaka miałyby być ich rola. Wydawałoby się, że należy przygotować ich do usamodzielnienia dziecka bo syn powinien być dorosły, samodzielny i odpowiedzialny za siebie. Ale rodzice zawsze go przyciągną, zwłaszcza matka go wpuści, będzie mógł znów u nich zamieszkać. Szczególnie w sytuacji, kiedy został sam. Bo, proszę zwrócić uwagę, że duża grupa alkoholików, dorosłych pijących, która straciła swoje rodziny. Żony przestały już angażować się – ich zasoby i siły się skończyły: koniec, rozstajemy się. Skoro zatem została go niedobra żona, to ja, jako matka, czy my, rodzice, musimy mu pomóc, bo on został skrzywdzony. [...] ci rodzice nadal widzą w tym pijącym, dorosłym mężczyźnie swoje małe dziecko i traktują go jak niezaradne dziecko. Często trudno im jest coś zasugerować, żeby próbowali zmienić, inaczej traktować swego syna. [...] ja kieruję się zasadą – gdy przychodzą rodzice, bo chcą, żeby dziecko przestało brać narkotyki, pić alkohol, żeby się zmieniło, [...] to słyszą:

„jeżeli pani chce, żeby się pani dziecko zmieniło, powinna pani najpierw sama się zmienić”. Dla wielu rodziców było to po pewnym czasie zrozumiałe, przekonujące i oni byli w stanie to zaakceptować emocjonalnie i intelektualnie. Trudno natomiast oczekiwać od 60–70-letniej kobiety, żeby tę zasadę zaczęła stosować, że jeżeli pani chce, żeby pani syn mniej pił, to musi pani inaczej go traktować, powinna pani zmienić swoje podejście. [...] osobom starszym trudno jest zmienić swoje dotychczasowe postępowanie czy przyzwyczajenia, również myślowe.

Ale dopytują, jeżeli mam się zmienić, to w jaki sposób? Jak mam się zmienić?

Rzadko dopytują [...] – „ja nie mogę się zmienić, już taka jestem i taka zostanę, bo ile lat mi zostało do śmierci”. Starsi ludzie też patrzą trochę inaczej, czyli z perspektywy zbliżającego się końca ich życia. I nie chcą (myślę, że wielu spośród nich nieświadomie) znaleźć się w sytuacji śmierci ich dziecka. Bo jest to naruszenie porządku naturalnego. Oni tym bardziej się boją o swój los, bo wiedzą, w jakim stopniu są zależni od swoich dorosłych dzieci. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, gdy jest samotna matka, często wdowa, i 40–50-letni pijący syn. Próbuje sobie przypomnieć, czy są takie sytuacje dotyczące kobiet, że matka jest z pijącą córką, ale są to sytuacje sporadyczne.

Bo zawsze mówimy o tych synach i chciałam zapytać, jak...

Przybywa kobiet pijących nadmiernie, jest ich coraz więcej w poradniach i szpitalach. Odsetek 20–30-letnich kobiet znacznie wzrasta, jest ich ponad 10%. Będzie duży problem społeczny i terapeutyczny za ponad 20 lat. Kim będą wtedy te obecnie pijące kobiety? Dawniej pochodziły z obrzeża społecznego, niskich warstw społecznych. To się wyraźnie zmienia. Nadal w rodzinach przeważa dorośli pijący syn. I stąd problem dla ojca...

I matki.

Głównie matki, która jest tą samotną matką, wychowującą samotnie syna często od 20–30 lat. I ona, roztaczając taką ciepłą i serdeczną opiekę, nie dawała męskich wzorców, właściwych dla synów [...]. Więc wychowywało go otoczenie, środowisko i koledzy. [...] często ta chęć podjęcia leczenia u tych starszych alkoholików (czyli ok. 50 lat) wynika, pomijając własne problemy zdrowotne, ze śmierci kolegów, a nie namowy matki. „Matka mi cały czas mówiła, całe życie, że piję za dużo. No i co? No i tak gadała, a ja wiedziałem swoje” – to są słowa pacjentów. Matka [...] to nie jest autorytet na zmianę poglądów i postaw. Bardzo trudno jest też zasugerować tym starszym paniom, żeby zadbały o siebie, o jakiś komfort, spokój na koniec życia. Że też mają prawo do spokoju, do niebania się, do jakiejś przyjemności. „Nie, ja już całe życie taka byłam i się nie zmienię” – to jest jedna z podstawowych takich przeszkód we wzmacnianiu tych matek. Nie ma w nich generalnie gotowości w sobie, żeby się zmienić, że ja mogę – czy to dla siebie, czy ze względu na syna.

A w jaki sposób ona mogłaby zadbać o siebie? W takim sensie, że skoro cały czas boryka się z tym problemem syna i musi się nim opiekować, przyjmuje go do domu, i tak pielęguje...

Obsługuje go.

...tak, i o niego dba, więc jej życie jest zawładnięte tym problemem. W jaki sposób ona mogłaby o siebie zadbać w tej rzeczywistości opieki nad synem uzależnionym?

Jeśli byłaby w stanie próbować stawiać granice i nie zmieniać swoich decyzji czy gróźb. Bo bardzo często...

Niekonsekwentne są.

Zdecydowanie są niekonsekwentne.

A czym grożą?

A to „wezwę policję”, a to „cię nie wpuszczę, jak będziesz pijany”. No ale wpuszczają. [...] „bo gdzie on się podzieje? Albo mi zrobi awantury, będzie walił w drzwi, będzie wstyd przed sąsiadami”. Tu jest jeszcze jeden element – zachowanie problemu alkoholowego w tajemnicy, na ile się da, w skrytości, niewyniesienie problemu na zewnątrz, nieujawnianie poza dom, bo co powiedzą sąsiedzi... To oczywiście jest ważne, w jakim środowisku się mieszka...

No tak, zapewne.

To jest dość istotne, czy to są bloki, apartamentowce czy kamienice. Tam jest duża więź sąsiedzka, w tym pozytywnym znaczeniu – oni nie tylko razem piją, ale też sobie pomagają. Tam nie ma tajemnic, jak jest na przykład w blokach, gdzie jest większa anonimowość, separacja, autonomia. Tam dominuje indywidualny lęk i o siebie, i o niego. Z jednej strony – wstyd, „jak go nie wpuszczę, to będzie awantura, sąsiedzi, policja”, zwłaszcza jeśli jeszcze nigdy tak nie było. [...] bo jeśli jest po raz kolejny policja, to tak trochę to powszednie, tam już wiadomo, sąsiedzi wiedzą. Ale jest lęk o dziecko, że coś mu się stanie, że może go pobiją [...].

A co powoduje, że one jednak zgłaszają się i poszukują pomocy? Z jednej strony nie są gotowe na zmianę, a z drugiej trochę tej zmiany poszukują.

...jeśli są skrajnie zmęczone i bezradne, to chcą, żeby jakaś instytucja państwa rozwiązała ten problem. Są takie instytucje: Miejskie i Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, których jednym z zadań jest motywowanie zgłoszonych osób do podjęcia leczenia, terapii, do zmiany zachowań. Oprócz tego komisje mają inne zadania: środowiskowe, pomocy, wsparcia tych rodzin, zwłaszcza dzieci. [...] niekiedy pod presją, na przykład pomocy społecznej, która coraz lepiej funkcjonuje w Polsce (vide instytucja niebieskiej karty), matka daje się przekonać, żeby zgłosić syna do takiej komisji. To jest duże wyrzeczenie, duży wysiłek dla takich starszych osób, żeby się zgłosiły. I rola rodzica do tego się ogranicza [...]. Perspektywa włączenia starszych rodziców w proces terapeutyczny ich dorosłych synów alkoholików wydaje mi się wątpliwa i trudna do realizacji.

Są przecież różne otoczenia, środowiska, grupy. Ja, jako biegły, przeprowadzając badanie, próbuję nawiązać kontakt z tymi rodzinami, zwłaszcza w sytuacji, jeśli syn [...] na moje pytanie, kto może potwierdzić, że pan nie pije alkoholu albo ograniczył picie, odpowiada „matka”. Próbuję wtedy telefonicznie kontaktować się z matką, czasem zapraszam. I widzę u niej takie poczucie bezradności, że ona niewiele może zrobić, żeby syn nie pił. Może dać mu pieniądze, żeby poszedł do lekarza, zrobił sobie wszystko albo znajdzie mu jakieś dobre miejsce do leczenia.

A co poza tym instytucja oferuje rodzicom? Są jakieś formy wsparcia czy w ogóle formy współpracy z ramienia instytucji? Czy współpracuje się głównie z osobą uzależnioną, a rodzice to jest element dodatkowy?

Głównie współpracuje się z pacjentem i z jego partnerem. W relacji z rodzicem nie ma partnerstwa. [...] poza tym pacjenci, ci dorośli alkoholicy, nie oczekują od rodziców, poza obsługą i zapewnieniem spokoju i bytu materialnego, pomocy i wspierania w procesie terapeutycznym. Dla alkoholika matka nie jest autorytetem – „co ona może mi tu pomóc, doradzić, w czym?” Ojciec już może, bo ojciec postawi granice i nie wpuści do domu.

To jest skuteczne? Te taktyki ojców?

Myślę, że bardziej skuteczne, bo na lepszej płaszczyźnie widzą sytuację syna alkoholika, że on też musi coś zrobić, dać, że nie jest wszystko jemu podporządkowane, że świat nie będzie się kręcił wokół niego, tak jak mama się kręci. No i że mogą być przykre konsekwencje, [...] w różnym oczywiście aspekcie – prawnym, finansowym i tak dalej.

Czyli poza tymi rozmowami, które Pan sam w sumie inicjuje, dzwoniąc, dopytując, prosząc o ewentualny kontakt, to instytucja nie wychodzi z żadną inicjatywą?

...ja już nie pracuję w żadnej instytucji terapeutycznej. Doraźnie jeszcze konsultuję, ale dobrze pamiętam, jak było do tej pory. Z tego, co się orientuję, to instytucja [...] oczekuje, że ma się zgłosić dorosły alkoholik, który chce się leczyć i nie pić. Bo [...] instytucja zajmuje się tymi, którzy z jakiegoś powodu przyszli i chcą coś ze sobą zrobić, przynajmniej pozornie. Często spotykam się z osobami, gdzie jest opór tej osoby pijącej – „ja nie mam problemu alkoholowego, ja nie potrzebuję leczenia, byłem na terapii, nic mi to nie dało, dalej piję, źle żeście mnie leczyli, bo ja nadal piję” [...].

A rodzice też się tacy zdarzają, którzy mówią – „źle leczyliście mojego syna, bo pije nadal”? Czy to wygląda już trochę inaczej?

Incydentalnie tak – „bo nie był w dobrym miejscu, tam miał złe towarzystwo”. Jeśli uważają, że syn jest niewłaściwie leczony, to radzę niech szukają innego miejsca lub zrobią wszystko. To jest kolejny problem. [...] Obecny system leczenia odwykowego terapii odwykowej przyjmuje zaledwie 15–20% spośród uzależnionych. Od wielu lat jest oparty na psychoterapii. Zanegował farmakoterapię i różne formy wsparcia lekowego i nie wykorzystuje tego potencjału. Takim

ewidentnym przykładem jest kwestia stosowania Esperalu. Jest to lek stosowany na całym świecie. W Polsce legalny, ale stosowany tylko prywatnie. Państwowe instytucje od lat z niego nie korzystają, mimo że jest skuteczny. W poprzednim ustroju Esperal był powszechnie stosowany w leczeniu odwykowym – Esperal i Anticol. Niestety często, zbyt często, ówczesne leczenie do tego się ograniczało, dominował model biologiczny: farmakoterapia i ergoterapia. Po zmianie ustroju w Polsce nastąpiło w lecznictwie odwykowym takie wahnięcie w skrajnie drugą stronę. Uznano, że jedynymi metodami skutecznymi są metody psychoterapii. Całkowicie zanegowano farmakoterapię i, co gorsze, uznano ją za szkodliwą. I teraz wytworzyła się taka sytuacja, że w placówkach publicznych dominującą formą terapii jest psychoterapia (przez 200 godzin). Natomiast nie jest dopuszczana jakakolwiek inna forma leczenia, np. farmakoterapia ukierunkowana na zachowywanie abstynencji. Nie jest możliwe dokonanie wszywkę Esperalu w państwowych placówkach odwykowych. Natomiast można tę wszywkę zrobić prywatnie, płacąc 200–400 złotych. Dotyczy to nie tylko Esperalu, ale też Naltreksonu, Campralu. To jest zmiana ze szkodą dla pacjentów. Porównując system leczenia dla alkoholików i dla narkomanów, to widzę, że system opieki narkomańskiej, opierający się dawniej na społecznościach terapeutycznych, na ośrodkach tworzonych głównie przez Marka Kotańskiego, na tyle się zmienił, na tyle jest elastyczny, że dopuszcza nie tylko psychoterapię, ale też farmakoterapię w różnej fazie leczenia. Na przykład dawniej niewyobrażalne było, żeby w ośrodkach terapeutycznych stacjonarnych można było podawać pacjentowi na przykład Metadon. A teraz jest to praktykowane. Nie zetknąłem się z sytuacją, żeby w którymś ośrodku dla alkoholików były stosowane leki – Anticol czy Esperal, które pomagałyby pacjentowi utrzymać abstynencję. [...] Model leczenia uzależnienia alkoholowego przez ostatnie lata nie rozwija się. Po wielu latach nowatorskich metod system się zamknął w sobie. To, co było kiedyś postępowaniem, nie rozwinęło się, stało się bardzo zachowawcze.

A rodzice jak się do tego ustosunkowują? Psychoterapia versus farmakoterapia. Czasami czytani, ci, którzy szukają w Internecie, jak wcześniej wspominaliśmy, przychodzą i proponują coś?

Oni wiedzą, że zgłaszając się do publicznych placówek odwykowych, nie otrzymają farmakoterapii.

Wiedzą już z reguły?

Wiedzą, że nie otrzymają, bo tu się nie stosuje. [...] jeżeli chcą otrzymać jakieś wsparcie lekowe, to idą prywatnie do lekarza psychiatry, który może ordynować leki, albo idą do chirurga, żeby zrobić wszywkę.

Jak tak Pan obserwuje z punktu widzenia swojej praktyki, to jakie są tendencje rodziców – bardziej optują przy psychoterapii, czy raczej uważają, że skuteczniejsze są leki?

To jest bardzo różne, nie ma jakichś tendencji. [...] to zależy od pacjenta, czego on chce – czy doraźnie nie pić i pokazać, że teraz nie pije i utrzymuje abstynencję, czy poprzez psychoterapię chce dokonać przewartościowania swojego

życia, myślenia, systemu wartości. Rodzice nie decydują, oni przede wszystkim chcą spełnić to, czego syn chce. Jeśli chce wszystko, to dają mu pieniądze na Esperal, a jeśli chce iść na terapię, to próbują mu pomóc, załatwią dobry ośrodek. Będą go w tym wspierać.

Czyli z reguły podtrzymują jego zdanie? Czy radzą mu – a może lepiej byłoby tak czy lepiej tak, czy z reguły raczej podążają za propozycjami dziecka, dorosłego dziecka?

...jeżeliby mieli siłę i odwagę, umiejętność nacisku i proponowania, to zrobiliby to znacznie wcześniej, gdy problem się zaczynał, narastał, a nie kiedy dochodzi do [...] wieloletniego uzależnienia i złego funkcjonowania społecznego. Ci rodzice teraz nie mają takich umiejętności.

A w jakiś sposób włączają się w leczenie dorosłego dziecka?

Przynoszą mu wiktuały, słodycze i chcą, żeby jak najwięcej skorzystał z terapii, z pobytu w szpitalu. Im dłużej tam będzie, tym lepiej. To jest zrozumiałe, są uspokojeni.

Tak, mają też takie poczucie, że oprócz tego, że jest w domu spokojniej, to oni też pewnie czują się lepiej, bo wiedzą, że ich dziecko jest bezpieczne.

Tak, oczywiście. Im dłużej będzie w takiej placówce, tym więcej może skorzystać.

A z jakimi rodzicami współpracuje się najlepiej?

Z młodymi. [...] po przekroczeniu wieku, np. 60 lat, nie ma współpracy. Incydentalne sytuacje mogą być, oczywiście. Ale to wtedy osobowość rodzica musi być inna.

I ci młodzi mają taką osobowość?

Ci młodszy rodzice są otwarci na świat, [...] gotowi do współpracy, ustalania zasad, granic, kontraktów, sami są gotowi się zaangażować. Starsi rodzice absolutnie nie. I to jest zrozumiałe, często są chorzy, schorowani...

A chciałam jeszcze o tych młodych rodzicach zapytać – w jaki sposób się angażują?

Przychodzą, dopytują się. [...] tu jest ta większa aktywność – „czy ja coś mogę zrobić”, czasami się pojawia pytanie „jak ja powinnam postępować”.

I co wtedy Pan mówi? Bo to jest dosyć trudne pytanie od rodzica?

Zachęcam przede wszystkim do czytania [...], uzyskania tej podstawowej wiedzy. A później możemy ustalać pewne propozycje, jakieś zasady. To, z czym rodzice często nie mogą się pogodzić, to to, że pierwsza terapia rzadko kiedy przynosi trwały efekt. Dopiero kolejna, kolejny pobyt w oddziale wywołuje zmiany w sensie abstynencji albo znacznego ograniczenia picia. [...] pojawia się jednak niejasność – jakie zadania ma spełniać obecnie lecznictwo odwykowe.

Dotychczas dominującym celem leczenia było zachowywanie abstynencji. Czy możliwa jest rezygnacja z tego dogmatycznego podejścia na rzecz czegoś, co się nazywa ograniczeniem, redukcją szkód, zmniejszeniem picia (*harm reduction*). Jest to de facto akceptowanie niezachowywania (przejściowo) abstynencji. Takie podejście jest dla rodziców (starszych osób) i chyba większości społeczeństwa trudne do zaakceptowania. Dlatego też, gdy proponujemy – niech syn przyjdzie najpierw na zajęcia dla osób nadużywających alkoholu, niech przemyśli, zobaczy i spróbuje ograniczyć picie – to często widzę zdziwienie w oczach żony, rodziców, „no jak to? On przecież ma nie pić!”. Oczekiwanie społeczne jest też takie, że po terapii odwykowej on nie będzie pił w ogóle.

Ale przystają na tę redukcję, godzą się, czy raczej...?

Oni tylko zyskują jakąś wiedzę w tym zakresie, ale ostateczna decyzja i tak nie należy do nich, oni mogą tylko namawiać. Natomiast bardzo trudno jest ustalić zasady, jak ma funkcjonować rodzina w czasie terapii i po niej, jakie mają być nowe relacje.

I te zasady wypracowują sobie wspólnie z terapeutą czy...

Tak, z terapeutą [...], szkoda, że grup samopomocowych nie ma.

Ale oni sami te zasady wymyślają i konsultują z terapeutą, czy to jest tak, że one są już ustalone i omawiane?

To jest za każdym razem indywidualnie ustalane, ale to jest bardziej podpowiedź terapeuty, jak to miałyby być. Ilość czasu, który jest przeznaczony w terapii osoby uzależnionej dla jego partnera, dla rodziców, jest niewielka. Ponadto należy pamiętać, że wielu pacjentów alkoholików nie chce udziału rodziny. „Ja jestem dorosły i nie będzie mi tutaj mama przychodzić. Nie dość, że cały czas chodzi wszędzie za mną, to jeszcze chce przychodzić ze mną do poradni”. To jest oceniane jako niepotrzebny przejaw kontroli, a nie wsparcie. Przecież te matki [...] starają się nadal panować nad sytuacją, nad jego zachowaniem, mają dużą tolerancję – akceptują niedotrzymanie umowy przez syna. Miał nie pić, a pije [...]. Kobiety, jak wiadomo, mają większą umiejętność dostosowania się do trudnych sytuacji.

Właśnie o te zasady chciałam dopytać – zasady życia codziennego. Ła- mie zasadę i pije. I jakie wtedy ponosi konsekwencje.

Żadnych.

Żadnych?

A jakie ponosi?

Ale ustalają sobie te zasady i jest ten kontrakt, który powinien...

To jest tylko taki straszak.

On nie ma racjonalnego wydzwieku?

Podobnym straszakiem jest groźenie rozwodem przez żony.

A jak to jest z tym niewpuszczaniem do domu, bo faktycznie wielokrotnie się pojawia ten dylemat – wpuszczać do domu czy nie wpuszczać? Niektórzy decydują, żeby w ogóle z tego domu wyrzucić... I jak to wygląda od strony terapeutów? Raczej mówią, żeby granice stawiać twardo, wyrzucić z domu faktycznie?

Jeżeli jest podpisany czy ustalony obopólnie kontrakt, że jeżeli przyjdę pijany, to nie będę mógł wejść do domu, to należy się go trzymać. Ale to ma być nienarzucone, lecz ustalone [...].

I rodzice wypełniają ten kontrakt?

Skądże! Tak jak wspomniałem, matki się boją: „coś mu się stanie, to wstyd przed sąsiadami, będzie się awanturować, będzie agresja”. Rodzice są poza tym słabsi fizycznie od dorosłego dziecka. A jeszcze pojawia się dodatkowy problem – jeśli syn jest tam zameldowany, to ma prawo tam mieszkać. Przecież picie alkoholu nie jest zabronione. Zabroniona prawnie jest agresja. Pytanie – jak tę normę społeczną egzekwować i skąd się w ogóle wzięła instytucja zobowiązania do leczenia? To są wzory komunistyczne, sowieckie, gdzie był przymus leczenia [...]. I izolacja w specjalnych ośrodkach przez dwa lata. W Polsce zostało to przejęte w latach 50., później modyfikowane i złagodzone. Obecnie istnieje w naszym kraju instytucja zobowiązania do poddania się leczeniu. Instytucja ta jest niezgodna ze standardami demokratycznego życia społecznego. Ponadto jest niezasadna terapeutycznie. W Polsce nie obowiązuje przymus leczenia żadnej choroby z wyjątkiem chorób zakaźnych i osób chorych psychicznie, jeśli stanowią one bezpośrednie zagrożenie dla siebie albo dla otoczenia. Ja miałem możliwość aktywnie uczestniczyć w przygotowaniu obowiązującej ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Wtedy, w 1982 roku, wprowadziliśmy ten przepis o zobowiązaniu do leczenia. Na ówczesne warunki komunistyczne był to oczywiście postęp, bo zlikwidowano wtedy prawny przymus leczenia. Sąd nie mógł nadal nakazać leczenia i pozbawić wolności. Teraz sąd może jedynie nakazać policji, aby przymusowo kogoś dowieźć do ośrodka stacjonarnego. Bardzo często tak się zdarza, że alkoholik nie wyraża zgody na pobyt w szpitalu. I szpitale różnie sobie z tym radzą. Jedne przyjmują na dzień do obserwacji, a inne warunkują przyjęcie zgodą pacjenta. Uważam, że ten przepis o zobowiązaniu do poddania się leczeniu jest anachroniczny, nie tylko dlatego, że ma prawie 40 lat, ale dlatego, że jest przejawem przedmiotowego traktowania pacjenta, człowieka [...] powinien zostać dawno zlikwidowany. Czego uczy ten przepis, ta cała instytucja, która w świadomości społecznej nadal funkcjonuje jako przymusowe leczenie? „Damy go na odwyk, na przymusowe leczenie. Tam go wyleczą, naprawią”. Pomijam już aspekt terapeutyczny, bo jak można przymusowo komuś pomóc? Bez jego udziału i zaangażowania. [...] Jest jeszcze inna istotna kwestia – gdy alkoholik narusza normy społeczne, demoralizuje, znęca się, nie łoży na rodzinę i tak dalej, to jest on kierowany na leczenie odwykowe, żeby się leczył. A jeżeli osoba, która także

demoralizuje i nie łoży na rodzinę, ale nie jest alkoholikiem, to w stosunku do niej zastosowanie mają tylko przepisy karne. Okazuje się, że jeśli jest on alkoholikiem, jest uzależniony, co stwierdzają biegli, to jest wtedy łagodniej traktowany przez prawo. Niektórzy mówią, że są w pewnym sensie taką „świętą krową”, nie ponoszą konsekwencji swojego zachowania. [...] to jest pewien paradoks, w aspektach terapeutycznych bardzo niekorzystny. [...] tylko 10–15% osób spośród osób zobowiązanych do leczenia wchodzi w program terapeutyczny emocjonalnie, a reszta jest nastawiona na przeczekanie...

I powrót.

...i to są skutki nieterapeutyczne. Ta osoba czuje się pokrzywdzona – „bo żona wsadziła mnie do szpitala, matka wsadziła mnie do szpitala, krzywda mi się dzieje”.

Czyli obciążają winą rodziców, tak?

Tak, oczywiście.

O to, że to matka zdecydowała...

Tak, bo matka wykorzystuje instytucję państwową do leczenia syna, jeśli on nie chce się leczyć. Przecież można pić i chorować, nie trzeba być zdrowym nieprawdą? I dlatego uważam, że ten przepis o zobowiązaniu do leczenia powinien być już dawno zlikwidowany.

A jak matki sobie z tym radzą, kiedy syn ma do nich pretensje?

On chce dalej pić. Nie ma w nim motywacji, nawet zewnętrznej. [...] gdyby nie było instytucji zobowiązania do leczenia, gdyby nie było instytucji, to za znęcanie się nad rodziną sąd mógłby powiedzieć „zawieszam panu karę pod warunkiem, że podejmie pan leczenie”. I wtedy on kalkuluje, czy mu się to opłaca. A teraz swoje niezadowolenie alkoholik kieruje do najbliższych – „przez ciebie jestem w szpitalu”.

No tak, no bo ty zawiadomiłaś.

A gdyby nie było takiej instytucji, to byłoby: „sąd mnie skazał ” albo „dał mi szansę”. Nie chciałbym tu za dużo komentować, ale [...] uważam, że obecny model, system postępowania w stosunku do osób uzależnionych w Polsce jest przestarzały zarówno poprzez utrzymywanie instytucji zobowiązania do leczenia, jak i poprzez wąską ofertę terapeutyczną – skierowany jest głównie do mieszkańców miast. Natomiast nie ma realnych propozycji dla mieszkańców wsi i małych miejscowości, tam też mieszkają alkoholicy oraz ich rodziny – oni nie mają możliwości częstego przyjeżdżania do miasta na terapię.

Jeszcze chciałabym wrócić do wątku wyrzucania z domu. Są jakieś alternatywne rozwiązania? Czy rodzice mogą zrobić coś innego, czy jest im coś proponowane, być może sugerowane przez terapeutów, wypracowane

jakieś inne sposoby niż to niewpuszczanie i wyrzucanie? Czy to jest jednak taka ostateczność?

Nie, to nie jest aż taka ostateczność. Po pierwsze, czy jest alternatywa, gdzie ktoś ma przebywać? Przez wiele lat w Polsce okazywało się, że nie można wprowadzić zakazu zbliżania się sprawcy do ofiary. [...] Bo gdzie on będzie mieszkać, jeśli nie będzie mógł wrócić do domu. Obecnie funkcjonuje już przepis o zakazie zbliżania się do domu, do rodziny, do bliskich. I nie ma skarg, społecznego niezadowolenia, że ktoś poniósł szkody z tego powodu. Mąż, partner nie może zbliżać się do żony, partnerki na odległość bliżej niż 100 metrów. Nie może mieszkać w domu, mimo że jest tam zameldowany, że to jest jego mieszkanie. [...] W świadomości społecznej jest to akceptowane. Niech pójdzie do kolegów, do rodziny. Musi respektować ten zakaz zbliżania się. Dlaczego zatem w stosunku do osób uzależnionych od alkoholu a sprawców przemocy, nie można tego zrealizować? [...]. To jest dla wielu rodzin skrajność, bardzo trudna sytuacja, ale to wcale nie znaczy, że jeśli ja go nie wpuszczę do domu, to nie będzie mieć gdzie mieszkać. Są przecież koledzy, dalsza rodzina, znajomi, a także schroniska, noclegownie.

No tak, ale te matki pomyślą, że porzuciły dziecko w potrzebie.

Zgoda, to jest trudne, to jest bardzo trudne. Oni są przyzwyczajeni do tego, że gdy są nietrzeźwi, to matki ich myją, ubierają, karmią, sprzątają wymiociny [...].

Jak tu sobie poradzić z taką sytuacją, o której mówiliśmy na początku. Jest wigilia, przychodzi syn, chce spożyć kolację wigilijną, a jednak matka podjęła taką decyzję, że go nie wpuszcza. Pytanie, czy ta matka wcześniej konsultowała się z terapeutami, ustalali jakieś takie zasady, kontrakty?

Należała do grupy wsparcia. Kilkakrotnie wcześniej stawiała już granice synowi, ale gdy ulegała mu i wpuszczała do domu, to on ją okradał.

Bardzo trudna sytuacja, prawda?

Nawet dramatyczna. Ona mi mówi: „Zdecydowałam się, żeby nim wstrząsnąć” [...]. To jest bardzo trudna sytuacja, tak jak cała kwestia co się ma dzieć z dzieckiem dorosłym będącym w nałogu. Ostatecznością jest izolacja więzienna dla ratowania życia. Jednak trudno jest terapeutcie lekarzowi powiedzieć: „To lepiej niech on trafi do więzienia”. Nabieram jednak coraz więcej przekonania, [...] że to jest czasami jedyna możliwość przedłużenia życia. To jest, jak mówiłem, bardzo trudne i kontrowersyjne, ale też potwierdzone przez pacjentów: „Ja bym nigdy nie przestał brać, nie przestał pić, gdybym się nie znalazł w więzieniu”. Tu już nie chodzi o możliwość terapii odwykowej w więzieniu, bo teraz istnieją nowe oferty, więziennictwo bardzo pod tym względem poszło do przodu [...]. Ale to jest dla nich otrzeźwienie i ratowanie życia. Bo pójście do ośrodka jest często traktowane jako tymczasowe – „w każdej chwili mogę z niego wyjść” i wychodzą po kilku dniach lub tygodniach. Ale te wszystkie mechanizmy psychologiczne i uwarunkowania środowiskowe zostają. Czas więzienny pozwala na odizolowanie od narkotyku, alkoholu, a także od nałogowego środowiska. To jest też regeneracja organizmu,

połączeń neuronalnych w mózgu odbudowanie różnych neuroprzekaźników. [...] Oczywiście niektórzy po kilku latach wychodzą dalej z nastawieniem „będę pić, będę brać”. Tu nie ma idealnych rozwiązań, ale dla wielu z nich to jest przedłużenie życia. Stąd na przykład wzięto się podejście *harm reduction* – redukcji szkód. Można mu pomóc, jeśli będzie żyć. [...] warunkiem jest niewpuszczanie dziecka do domu czy wezwanie policji, żeby zabrali go do izby wytrzeźwień. Wymaga to pewnej siły w sobie. A większość tych starszych matek takiej siły nie ma. Chcą tylko spokoju, nie chcą wysiłku, nie chcą starań, aktywności, walki. Chcą oddać dziecko instytucji państwowej, żeby się instytucja państwowa zajęła. Mają do tego święte prawo.

No tak, bo też już nie mają siły walczyć.

...nie mają, to jest kwestia oczywiście przesunięcia akcentu. Kto jest odpowiedzialny za to, że pije mój syn. On jest za to odpowiedzialny. Jeśli on to uzna, to wtedy można coś robić. Jeśli uzna, że to nie on jest odpowiedzialny, to nic nie można zrobić. Sensem terapii jest uznanie, że ja jestem odpowiedzialny za siebie, za swoje czyny, za swoje życie [...]. Chcę podkreślić, że robicie bardzo ważną rzecz, te badania. Ciekaw jestem, co wyjdzie i czy to będzie mieć jakieś przełożenie w praktyce. Ja uważam, że nie ma konieczności angażować rodziców w proces terapeutyczny, instytucjonalny. Każdy jest odpowiedzialny za siebie. Jeżeli natomiast pacjent chciałby włączyć najbliższych w proces trzeźwienia, zdrowienia, to system powinien to umożliwiać.

Rozumiem.

I dlatego uważam, że [...] tworzenie jakiegoś specjalnego programu nie jest potrzebne. Natomiast celowym jest, żeby było miejsce, gdzie matki mogą uzyskać dla siebie jakieś wsparcie i pomoc, nie ze względu, że to pomoże synowi, ale że to pomoże jej. Takie możliwości powinny być i to niezależnie od tego, czy syn pije, czy jest w terapii. Dlatego tak istotny jest ruch samopomocowy, wsparcia wzajemnego, radzenia sobie w życiu na co dzień. I to jest bardziej rola systemu opieki społecznej niż służby zdrowia, leczenia odwykowego. Bo nie jest chorobą to, co nazywamy koalkoholizmem czy współuzależnieniem. Czym innym jest natomiast program terapeutyczny dla rodzin, tutaj można działać. A przede wszystkim powinno się mieć na celu ochronę dzieci. Zbyt mało mówi się o tym, że dziecko ma prawo do spokoju w domu, w rodzinie, i że obowiązkiem także instytucji państwowej jest, również w Polsce, zapewnienie tego spokoju.

Tego bezpieczeństwa.

To, co w niektórych krajach na Zachodzie jest nawet przesadą: częste zabieranie dziecka z rodziny, to u nas za słabo to działa. Za późno są interwencje zewnętrzne instytucji państwowych, w tym z powodu problemów alkoholowych. Alkoholik nie czuje się odpowiedzialny za warunki, jakie zapewnia swoim dzieciom. Dla niego ważniejsze są relacje z partnerką, z żoną, z rodzicami...

A dziecko jest pomijane.

A dziecka nie ma, nie ma jego jako rodzica. W programie terapeutycznym rzadko też pacjent jest przygotowywany do odbudowy relacji rodzicielskich. Ma zaległe alimenty, dziecka nie widuje, bo jest ono przy matce, nie ma z nim kontaktu. [...] i obowiązkiem państwa jest interwencja, ingerencja w ochronę dzieci, swoich przyszłych obywateli...

Dziękuję bardzo za rozmowę.

Oznaczenia wywiadów

Symbol	Opis
B	Badacz/ka
LTU	Lekarz psychiatrii
E	Dane z wywiadu eksperckiego
PS	Pracownik socjalny/pracownica socjalna
GKRPA	Osoba z gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych
P	Pastor
K	Ksiądz
PTU	Terapeuta/-ka uzależnień z (podstawowym lub jedynym) doświadczeniem pracy w instytucjach publicznych
PTUP	Terapeuta/-ka uzależnień z doświadczeniem w instytucjach służby zdrowia/MONAR i własnym gabinecie psychoterapeutycznym
RMS/C	Rodzic – matka (dorosłego/-ej) syna/córki pijącego/-ej alkohol problemowo
ROS	Rodzic – ojciec (dorosłego) syna pijącego alkohol problemowo
RD	Rodzeństwo osób problemowo pijących alkohol
FP	Wywiad fokusowy, policjant
FK	Wywiad fokusowy, kurator/ka sądowa
FTU	Wywiad fokusowy, terapeuta/-ka uzależnień
FTUO	Wywiad fokusowy, terapeutka uzależnień, ośrodek interwencji kryzysowej
FPSFFf	Wywiad fokusowy, pracownik/-ica socjalny/-a
FITU	Wywiad fokusowy, instruktorka terapii uzależnień
NK	Notatka z konferencji

