

Anna Kościan
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Warszawa

Przyczyny i przejawy uzależnienia od alkoholu

U podstaw dzisiejszego kształtu definicji choroby alkoholowej leży definicja podawana w VIII wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów z 1965 r. opisująca alkoholizm jako: „stan psychicznego i fizycznego uzależnienia, a w nim zwiększenie się tolerancji, zespół abstynencyjny, utrata kontroli picia tj. niemożność powstrzymywania się od picia, a w nałogu dalej posuniętym – zmniejszenie tolerancji”. Następnie termin alkoholizm nałogowy zastąpiono „zespołem uzależnienia od alkoholu”. Termin ten został wprowadzony przez Światową Organizację Zdrowia w IX wersji Międzynarodowej Klasyfikacji z 1978 roku (Woronowicz, 1993, s. 33-38). Zatem „zgodnie z definicją WHO uzależnienie od alkoholu to stan psychiczny i fizyczny wynikający ze współdziałania żywego organizmu i alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu i innymi następstwami, w tym zawsze przymusem ciągłego lub okresowego używania alkoholu po to, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub aby uniknąć objawów wynikających z jego braku, takich jak złe samopoczucie (dyskomfort). Zmiana tolerancji może ale nie musi towarzyszyć temu zjawisku. Człowiek może uzależnić się równolegle od alkoholu i innych środków” (Woronowicz, 2009, s. 36).

W tym miejscu należałoby zastanowić się, w jaki sposób dochodzi do uzależnienia. Dlaczego pewne osoby mogą pić, nie uzależniając się, natomiast inni sięgają po alkohol częściej i uzależniają się od owej substancji. Jerzy Mellibruda opisuje to zjawisko w następujący sposób: „Mechanizmy uzależnienia powstają na skutek intensywnego oddziaływania psychofizycznego alkoholu i stanowią podstawowe przyczyny patologicznego picia u osób uzależnionych oraz załamywania się prób powstrzymywania się od picia. Są aktywizowane przez negatywne stany emocjonalne i doświadczenia związane ze stresem oraz przez specyficzne okoliczności zewnętrzne” (Mellibruda, 1997, s.28). Jest wiele przyczyn sięgania po alkohol, które opiszę tutaj jedynie pokrótce. Ogólnie w literaturze wyróżnianych jest kilka podstawowych koncepcji stawania się osobą uzależnioną. Wśród nich wymienić należy uwarunkowania biologiczne, psychiczne, społeczne i duchowe.

1. Koncepcje stawania się osobą uzależnioną

1.1. Biologiczne uwarunkowanie alkoholizmu

Przyjmując biologiczne uwarunkowania uzależnień sięga się do genetycznego dziedziczenia pewnych właściwości metabolicznych oraz biologicznych właściwości sprzyjających szybkiemu uzależnianiu się od alkoholu. Badania prowadzone m.in. na bliźniętach jedno- i dwujajowych, gdzie jedno z bliźniąt było uzależnione, wykazały, iż u bliźniąt jednojajowych częstotliwość wystąpienia choroby alkoholowej jest większa niż u bliźniąt dwujajowych (Kinney, Leaton, 1996, s. 82). Inne badania wykazały wielokrotnie częstsze występowanie alkoholizmu u synów ojców uzależnionych (Bołoz, 1998, s.83-92). Opisując w skrócie koncepcję biologiczną, dziedziczeniu podlegają pewne właściwości organizmu związane z metabolizmem alkoholu. Utlenianie alkoholu w 90% dokonywane jest w wątrobie, za pomocą enzymów, które wykazują różnice indywidualne w zakresie odmiany i działania. To właśnie ta odmienność może sprzyjać spożyciu alkoholu w większych ilościach, bez odczuwania przykrych konsekwencji, a to z kolei prowadzi do szybszego uzależnienia się od owej substancji (Ryś, 2008). Jak nadmieniał Irena Pospiszyl: „Z hipotezą o biochemicznym podłożu alkoholizmu wiążą się też doniesienia o zaburzeniach w przemianie węglowodanów i tłuszczów u osób wysokiego ryzyka. Zaburzenia te miałyby polegać na niezdolności niektórych aminokwasów do przemiany węglowodanów i tłuszczów w procesie metabolizmu. Alkohol ma ułatwiać ten proces, wywołując tym samym specyficzną potrzebę – głód alkoholowy” (Pospiszyl, 2009, s. 142). Majkowski podaje następujące argumenty na poparcie biologicznej koncepcji uzależnienia:

- - niektórzy ludzie mają wrodzone lub nabyte niedobory endorfin, których niedobór czyni organizm podatnym na uzależnienie;
- - osoby uzależnione zostają uzależnione do końca swojego życia, ponieważ w mózgu zachodzą pewne nieodwracalne zmiany
- - każdy organizm inaczej reaguje na substancję toksyczną, jaką jest alkohol, co świadczy o biologicznym, genetycznym uwarunkowaniu pewnych predyspozycji organizmu do przyjmowania, metabolizowania alkoholu i odczuwaniu efektów jego działania (Majkowski, 1998, s. 76).

1.2. Psychiczne uwarunkowania uzależnień

Do koncepcji poszukujących psychicznych uwarunkowań uzależnień zaliczyć możemy wszystkie teorie nurtów: poznawczego, behawioralnego, analitycznego oraz teorii osobowości.

Do najbardziej interesujących spośród wielu teorii można by zaliczyć koncepcje behawiorystyczne, a mianowicie:

- - hipoteza redukcji napięcia- zgodnie z nią osoba pije w celu uzyskania stanu znacznej redukcji napięcia psychicznego, nauczona jest ona natomiast, iż

poprzez spożywanie alkoholu może osiągnąć ten efekt. Mamy więc tu do czynienia z działaniem wzmocnień pozytywnych;

- - hipoteza uczenia się przez warunkowanie- która wskazuje na rolę zmian (wewnętrznych i zewnętrznych) wywołanych działaniem alkoholu, które mogą sprzyjać osiągnięciu wyznaczonego celu;
- - hipoteza modelowania- która za przyczynę powstawania uzależnienia podaje obserwowane i modelowane destrukcyjnych wzorców picia stosowanych przez osoby bliskie i znaczące. Internalizowane są tu postawy rodziców, innych osób z otoczenia oraz oczekiwane pozytywne efekty działania alkoholu (Ryś, 2008, s. 19-21).

Teorie osobowościowe starają się wyjaśnić powstawanie uzależnienia posiadaniem cech osobowości, które sprzyjają sięganiu po alkohol. Mellibruda wymienia następujące cechy:

- - słabe ego, a zatem negatywny obraz siebie, słaba identyfikacja z płcią, niedojrzałość emocjonalna, wrogość, impulsywność;
- - neurotyczność, wysokie natężenie lęku, lęk przed śmiercią, depresyjność, histeryczność;
- - zwiększona wrażliwość na bodźce, tendencja do intensyfikacji wrażeń i nasilania działania bodźców w celu spotęgowania stymulacji;
- - „zależność od pola”, zależność interpersonalna i emocjonalna (Mellibruda, 1999, s. 20).

1.3. Społeczne uwarunkowania uzależnień

Ważny nurt w poszukiwaniach przyczyn uzależnień stanowią analizy uwarunkowań społecznych. Badania wskazują na bardzo istotny wskaźnik w rozwoju uzależnienia, jakim jest wpływ środowiska rodzinnego. Zgodnie z tą koncepcją, skutek negatywnego i długotrwałego oddziaływania tego najbliższego otoczenia, dochodzi do ukształtowania tzw. osobowości przednałogowej (Karpowicz, 2003, 49-50). W rodzinie dysfunkcyjnej, o której była rozmowa w poprzednich rozdziałach, zaniedbywane są potrzeby dziecka. Wszystkie zachowania, oceny i słowa kierowane w stronę dziecka przez najbliższych są bezkrytycznie internalizowane. Tak tworzy się obraz młodego człowieka bez poczucia bezpieczeństwa, o niskiej samoocenie oraz słabym wglądzie w swoje uczucia, wśród których dominuje poczucie krzywdy, żal i złość. Brakuje również wykształconych odpowiednich metod radzenia sobie ze stresem. Wszystko to składa się na model osobowości sprzyjający sięganiu po alkohol. „Sięgnięcie po substancje uzależniające poprzedza niska samoocena ukształtowana w wyniku doświadczania różnych typów przemocy, nadużyć, zaniedbań, trudności, lęków społecznych i poczucia winy, wywołanego niemożnością sprostania stawianym wymaganiom” (Ryś, 2008, s. 22-23). Sięganiu po alkohol znacznie sprzyjać mogą zatem cechy osobowości, które wykształciły się w konsekwencji przeżytych w dzieciństwie traum, stresu oraz zaniedbań, które trwale zarysowały się w osobowości uzależnionej osoby. Poza niskim poczuciem własnej wartości i innych wymienionych wyżej cech należy jeszcze wskazać nieśmiałość, lęk społeczny,

wynikające z braku odpowiednich umiejętności interpersonalnych, kompetencji w nawiązywaniu i podtrzymywaniu bliskich związków. Alkohol bowiem oddziałując chemicznie na organizm, dodaje odwagi i pewności siebie pijącemu, sprawia, iż postrzega on siebie o wiele korzystniej niż w stanie trzeźwości. Zatem rodzina jest środowiskiem decydującym w znacznej mierze o tym, jak będzie kształtować się osobowość człowieka. Staje się więc naturalnym środowiskiem, które może przyczynić się do powstawania uzależnienia. Najczęściej są to rodziny patologiczne, w których wystąpił problem uzależnienia i współuzależnienia. W rodzinach tych dzieci są zaniedbane, często również doświadczają przemocy różnego rodzaju oraz chronicznego stresu. Dziewiecki wymienia również typy rodzin, które sprzyjają rozwojowi uzależnienia. Są to rodziny reprezentujące silnie konsumpcyjny styl życia, nieprzekazujące dojrzałej, prawidłowej hierarchii wartości, rodziny w których praca zawodowa uniemożliwia odpowiednio częste kontakty między jej członkami oraz zaspokajanie potrzeb jej członków. Są to również rodziny, w której rodzice reprezentują postawy nadopiekuńcze oraz charakteryzują się brakiem równowagi oraz silnymi problemami emocjonalnymi (Dziewiecki, 1998, s. 111-122).

1.4. Czynniki duchowe w uzależnieniach

Inną ciekawą koncepcją poszukującą podłoża uzależnień jest wskazanie na egzystencjalne potrzeby człowieka. Do sięgania po butelkę może tu popychać brak poczucia celu i sensu życia oraz brak spełnionych potrzeb duchowych. Wskazuje się tu na swoistą tęsknotę za celami wyższymi i tym, co nieosiągalne i niedostępne. Alkohol minimalizuje ten niedosyt, dając tymczasowe poczucie wyższości i wszechmocy. Neutralizuje również lub minimalizuje tak znamienny w życiu każdego człowieka lęk przed śmiercią. (Pstrąg, 2000). Dziewiecki podkreśla tu rolę kryzysu w życiu człowieka i braku odpowiedzi na pytania kim jesteśmy, dokąd zmierzamy, jakie są nadrzędne cele naszego istnienia. Podkreśla on również kryzys systemu wartości i brak dojrzałej postawy wobec siebie oraz swojego życia (Dziewiecki, 1998, s. 111-122). „Alkohol ma za zadanie jedynie zneutralizować świadomość braku celów, cierpienie, wypełnić poczucie pustki, znieczulić.” (Pospiszył, 2009, s. 147).

W literaturze odnaleźć możemy jeszcze wiele innych koncepcji powstawania uzależnień. Każda z nich jest prawdziwa i wartościowa. Jest wiele możliwych przyczyn powstania uzależnienia, należy więc uwzględniać wszystkie okoliczności, poczynając od genów i społecznego oddziaływania środowiska rodzinnego człowieka, poprzez jego rozwój, osobowość, cele, oraz potrzeby duchowe. Obecnie powszechnie przyjmuje się łączony model biologiczno- psychologiczno- społeczny (PBS), który jest doskonałym wyjściem i podstawą oddziaływań terapeutycznych (Mellibruda, 1997, s. 277-306).

2. Uzależnienie od alkoholu i jego przejawy

Alkohol jako substancja psychoaktywna ma znaczny wpływ na funkcjonowanie psychofizyczne człowieka. Powoduje upośledzenie sprawności

psychofizycznej i intelektualnej człowieka. (Pospiszyl, 2009, s.126-130). Stopniowo częste i regularne spożywanie alkoholu prowadzi do nieodwracalnych zmian w organizmie. Jak podkreśla Mellibruda, szkodliwe spożywanie alkoholu prowadzi do powstawania zaburzeń emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych oraz pewnych szkód biologicznych, które zagrażać mogą zdrowiu i życiu osoby uzależnionej. (Mellibruda W: Strelau, 2006, s.691). „ Prowadzi do degradacji życia psychicznego, duchowego i religijnego. Powoduje stopniowo utratę zdolności do normalnego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie” (Ryś, 2008, s. 16).

Podstawową właściwością charakteryzującą uzależnienie od alkoholu jest silne pragnienie spożywania alkoholu. Pragnienie to ujawnia się na różnych płaszczyznach funkcjonowania człowieka, jest ono bowiem uwarunkowane biologicznie (organizm uzależnia się od substancji), psychicznie (zaspokajanie potrzeb, zagłuszanie bólu i rozładowywanie napięcia) i behawioralnie (nawyki związane z nadużywaniem substancji). Do diagnozy choroby alkoholowej należy stwierdzić występowanie co najmniej trzech z poniżej podanych objawów:

1. silne pragnienie lub poczucie przymusu zażycia substancji
2. trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z zażywaniem substancji (rozpoczynanie, kończenie i rozmiary zażywania);
3. fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące, gdy zażywanie substancji zostało przerwane lub zmniejszone, przejawiające się specyficznym dla danej substancji zespołem abstynencyjnym oraz zażywaniem tej samej lub podobnej substancji w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
4. stwierdzenie tolerancji (potrzeby zażywania zwiększonej dawki substancji w celu uzyskania efektów poprzednio osiągniętych przy pomocy mniejszych dawek);
5. narastające zaniedbywanie innych źródeł przyjemności lub zainteresowań z powodu zażywania danej substancji albo do usuwania skutków jej działania;
6. zażywanie mimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw, takich jak uszkodzenie wątroby, stany depresyjne występujące po okresach intensywnego używania tych substancji, uszkodzenia funkcjonowania poznawczego związane z substancjami – w tych przypadkach potrzebne jest rozpoznanie, czy zażywający był lub mógł być świadomy natury i zakresu tych szkód (Mellibruda, 1993, s.31-32).

Osoba uzależniona od alkoholu nie kontroluje zarówno ilości jak i jakości spożywanego alkoholu. Substancja ta przejmuje kontrolę nad życiem chorego, wypierając wszystkie inne potrzeby oraz zastępując uznawane wcześniej wartości.

W uzależnieniu mają miejsce nieuświadomione mechanizmy, które utrudniają osobie chorej rozpoznanie rzeczywistych skutków i motywów swojego postępowania. Pragnienie alkoholu uruchamia tzw. myślenie życzeniowe, pozbawiając osobę uzależnioną zdolności do trzeźwej, racjonalnej oceny sytuacji (Mellibruda, 2005, s.705-708).

Jednym z tych mechanizmów jest system iluzji i zaprzeczeń (Ryś, 2008, s. 39). Osoba uzależniona, aby uniknąć sporych kosztów emocjonalnych związanych z

świadomością szkodliwego picia stosuje szereg wymówek i sposobów by przekonać środowisko o tym, iż po pierwsze nie ma problemu z kontrolowaniem swojego picia, po drugie natomiast, nie jest osobą uzależnioną, nie ma problemu z alkoholem. Aby poprzeć swoje argumenty faktami, osoba chora potrafi utrzymywać nawet kilkuletnie okresy abstynencji. Sprawia zatem wrażenie, iż rzeczywiście nie ma problemu. Sam jednak fakt podejmowania takich prób - okresów abstynencji, stanowi niezaprzeczalny dowód na istnienie problemu na tle alkoholowym. Pijąca w sposób kontrolowany osoba nie poświęca czasu i energii na udowadnianie innym braku problemów z nadużywaniem alkoholu. System zaprzeczeń natomiast opisuje wszystkie zachowania osoby uzależnionej zmierzające do takiej interpretacji incydentów alkoholowych, aby w pełni logicznie wyjaśnić i racjonalizować fakt sięgnięcia po alkohol. Często stosowane są wymówki dotyczące okoliczności jego spożycia (*specjalne okazje*), niewielkiej spożywanej ilości (*niegroźne*), powszechności zjawiska (*wszyscy piją*), a nawet szukania przyczyn swojego picia w innych członkach rodziny, otoczenia (*piję przez Ciebie, piję, bo mam taką żonę, jak Ty*). Zjawisko to w interesujący sposób opisuje Wanda Sztander: „Oznacza to, że duża część uwagi i energii człowieka poświęcona jest temu, by sobie i innym objaśnić sens picia, konieczność picia oraz pozytywne strony picia alkoholu. Nie tylko budować usprawiedliwienie dla tego, co było, lecz poszukiwać ideologii dla tego, co pociąga. Więc „odkrycie”, że musi się pić, by cokolwiek załatwić, z całą powagą przeprowadzane dowody, że życie bez alkoholu jest mniej warte, podkreślanie korzyści towarzyskich, egzystencjalnych, ba, zdrowotnych! Jest też powszechne poszukiwanie wzorców osobowych usprawiedliwiających nadużywanie alkoholu, jak: „prawdziwego mężczyzny”, „równej kumpelki”, „kogoś z fantazją” lub „artysty”, itd. Cała ta ideologia jest niezbędna dla ochrony dodatniego bilansu emocjonalnego, o którym już wiemy, że osiągnąć jest przez intoksykację chemiczną” (Sztander, 1993, s.17). Podsumowując - człowiek uzależniony od alkoholu zawsze znajdzie odpowiednie argumenty, które będą usprawiedliwiać nadużywanie przez niego alkoholu (Woronowicz, 1994).

W chorobie alkoholowej licznym zniekształceniom ulegają również procesy poznawcze i myślenie. Chory traci zdolność logicznego myślenia, a jego sądy i przekonania zmieniają się, obraz który postrzega osoba uzależniona jest zafałszowany względem rzeczywistości. Zniekształcenia mogą występować w wielu formach:

- proste zaprzeczanie- pomimo oczywistych dowodów na istnienie pewnych zdarzeń, faktów, osoba uzależniona zaprzecza;
- minimalizowanie problemu- przyznawanie się do uzależnienia, chory jednocześnie przedstawia je w takim świetle, by wydawało się ono mało szkodliwym problemem;
- racjonalizowanie, a więc wspomniane już wcześniej dobieranie argumentów i logiczne wyjaśnianie i usprawiedliwianie swojego picia, co wiąże się ze zmniejszeniem poczucia odpowiedzialności;
- obwinianie innych, czyli zrzucanie odpowiedzialności na innych ludzi, szukanie przyczyny uzależnienia i picia na zewnątrz, w otoczeniu;

- intelektualizowanie, czyli traktowanie swojego uzależnienia w kategorii pojęć abstrakcyjnych, uogólnianie; ma to prowadzić do unikania przyjęcia pełnej dojrzałej postawy świadomości problemu alkoholowego;
- odwracanie uwagi, czyli zmienianie tematu, w celu uniknięcia rozmowy o zaistniałym problemie;
- koloryzowanie wspomnień, czyli zniekształcanie i modelowanie przeszłych wydarzeń na potrzeby chwili obecnej i uzyskania pewnego obrazu siebie w oczach innych ludzi oraz własnych;
- marzeniowe planowanie, a więc tworzenie wizji i planów nierzeczywistych; zauważalne jest tu myślenie życzeniowe, które często objawia się w chorobie alkoholowej; chory tworzy wówczas naiwne fantazje i plany, na zasadzie życzeń dotyczących relanego życia i przyszłości (Ryś, 2008, s. 41).

Kolejnym istotnym obszarem funkcjonowania człowieka, który w chorobie alkoholowej ulega zniekształceniom i upośledzeniom jest sfera emocjonalna. W chorobie alkoholowej, owa substancja staje się głównym źródłem przyjemności i lekiem na każdy ból. Chory w pełni uzależnia się emocjonalnie od substancji i zaczyna powtarzać pewne stereotypowe zachowania związane z alkoholem. Wszelkie przykre stany emocjonalne redukowane są za pomocą alkoholu. Stany napięcia, zmęczenia i zdenerwowania są wówczas trudne do pokonania bez zażycia substancji. Chory nabiera silnego przekonania, iż jest to najlepsza i jedyna droga do radzenia sobie z uczuciami (tamże, s. 41). Pojawia się wówczas mechanizm nałogowej regulacji uczuć (Strelau, 2005, s. 706). Procesy emocjonalne osoby uzależnionej ukierunkowane są na dążenie do spożycia owej substancji. „Osoba uzależniona ma silną tendencję do reagowania na stres poczuciem zagrożenia, któremu często towarzyszą lęk, złość, smutek i ból oraz gotowość do radzenia sobie ze stresem przy pomocy prób bezpośredniego łagodzenia przykrych emocji zamiast prób zmiany okoliczności tworzących stres.”¹ W chorobie alkoholowej wszelkie przykre stany emocjonalne, które bardzo często mają swoje źródło właśnie w skutkach zażywania alkoholu, zostają przekształcone w pragnienie alkoholu, tzw. „głód alkoholowy”. Jest to proces automatyczny. „Pragnienie to obejmuje zarówno nasycone lękiem dążenie do zakończenia stanu cierpienia, jak i pokusę doznania przyjemnej ulgi w chwili złagodzenia tego cierpienia alkoholem. Dołącza się do tego nasilone pragnienie doznawania stanów zmienionej świadomości i ekstatycznych doświadczeń specyficznych dla stanu transu.”² Jest to szczególnie niebezpieczne i trudne do pokonania w procesie psychoterapii. Walka z tzw. głodem alkoholowym wymaga przygotowania i treningu oraz ogromnej siły woli i motywacji. Osobiście podczas pracy z osobami uzależnionymi miałam okazje obserwować trud, jaki ponoszą pacjenci, również osoby doskonale radzące sobie w grupie terapeutycznej. W obliczu uczucia głodu wiele razy poddają się i sięgają po alkohol, aby później znów próbować się podnieść. Zjawisko to jest tym bardziej niebezpieczne, iż może wystąpić nawet po wieloletnich okresach abstynencji. W związku z ostateczną utratą kontroli nad piciem, dla tzw. trzeźwego alkoholika

¹ Mellibruda J., Psychologiczne koncepcje mechanizmów uzależnienia, www.psychologia.edu.pl

² Mellibruda J., *Psychoterapia uzależnienia od alkoholu*. www.psychologia.edu.pl

(osoba uzależniona utrzymująca abstynencję) „złamanie się” wówczas oznacza powrót do picia, a często także spore komplikacje zdrowotne. Zjawisko nałogowej regulacji uczuć jest tak silnie zakorzenione w psychice chorego, iż wymaga czasem lat pracy i ćwiczeń. Każdy mały stres lub problem jest bowiem odbierany jako zagrożenie, występuje tu nasilone poczucie lęku, odporność na zdarzenia stresujące jest osłabiona poprzez biochemiczny wpływ alkoholu na organizm. Wówczas do przykrych stanów psychicznych dochodzą jeszcze odczucia fizyczne w postaci realnego bólu. Jedynym sposobem łagodzenia tych stanów i poszukiwanym rozwiązaniem jest alkohol. Lęk przed utratą lub niedoborem substancji jest wyższy niż przed skutkami jego zażycia i rzeczywistymi problemami, które przecież nie zostają rozwiązane, lecz jedynie zagłuszone przez uśmierzające działanie alkoholu.³ „Mechanizm nałogowego regulowania uczuć powoduje, że uśmierzenie stanów przykrych przy pomocy alkoholu oraz bezpośrednie manipulowanie własnymi stanami stają się najmocniejszymi dążeniami emocjonalnymi. Lęk przed stratą tego, co pozwala na szybkie złagodzenie cierpienia i stresu, ma znacznie większą wagę dla osoby uzależnionej niż strach przed odległymi w czasie skutkami picia. Jest to bardzo ważna przyczyna unikania terapii i negowania własnej choroby” (Mellibruda, 2005, s. 706).

Poprzez zażywanie substancji psychoaktywnej postępuje również proces izolacji emocjonalnej osoby chorej. Uzależniony od alkoholu ulega złudzeniu, iż nie utraci kontroli nad swoim życiem, dopóki będzie kontrolować swoje stany emocjonalne. Próbuje więc manipulować nimi poprzez spożywanie alkoholu. Kulisiewicz podkreśla również, iż w wyniku zażywania alkoholu zmianom ulegają tzw. uczucia wyższe. Nasilają się takie cechy jak egoizm i egocentryzm, chory traci realny kontakt z otoczeniem, jego życie i działania skupione są wokół własnej osoby, alkoholu i sytuacji z nimi związanych. Wzmaga się również pobudliwość i chwiejność emocjonalna oraz drażliwość chorego (Kulisiewicz, 1986).

Trzecim istotnym mechanizmem ujawniającym się w procesie chorobowym będzie mechanizm rozpraszania i rozdawiania „ja”. Jest to proces polegający na ekstremalnych zmianach w sposobie postrzegania własnej osoby. Osobowość chorego ulega znacznej dezintegracji i rozproszeniu. Z jednej strony, w celu podtrzymania poczucia mocy i kontroli nad swoim życiem kreowany jest przez tzw. pijany obraz siebie. Chory postrzega się wówczas jako osobę pełną możliwości, kompetencji i siły. Z drugiej strony po ustąpieniu upojenia alkoholowego następują przykre stany świadomości własnych błędów, choroby, grzechów i złych zamiarów, czynów. Chory zdaje sobie wówczas sprawę ze swoich zaniedbań i błędów, ze swojej słabości i braku realnej kontroli nad życiem⁴. Do powyższych odczuć dochodzą przykre stany emocjonalne, tj. poczucie winy i wstydu, złość i samoobwinianie (Mellibruda, 2005, s. 706).

³ J. Mellibruda, *Psychologiczne koncepcje mechanizmów uzależnienia*. www.psychologia.edu.pl.

⁴ Tamże.

Bibliografia

- Bołoz W., (1998), *Uzależnienia i odpowiedzialność*. Studia nad Rodziną, nr 2, s. 83-92.
- Dziewiecki M., (1998), Rola Kościoła w wychowaniu do wolności w kontekście integralnego spojrzenia na profilaktykę. *Studia nad Rodziną*, nr 2, s. 111-122.
- Karpowicz J., 2(003), *Paradygmaty psychoterapii*. Warszawa: Eneteia.
- Kinney J., Leaton G., (1996), *Zrozumieć alkohol*. Warszawa: PARPA.
- Kulisiewicz T., (1986), *Zespół uzależnienia od alkoholu*. w: I. Wald (red.) Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne. Warszawa: PWN.
- Majkowski W., (1998), Społeczny kontekst uzależnień. *Studia nad Rodziną*, nr 2, s. 75-82.
- Mellibruda J., (1993), *Tajemnice ETOH*. Warszawa: PARPA.
- Mellibruda J., (1997), Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, nr 3.
- Mellibruda J., (1999), *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin*. Warszawa: IPZ.
- Mellibruda J., (2005), *Psychopatologia zjawisk społecznych*: w: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t.3. Gdańsk: GWP.
- Mellibruda J., *Psychologiczne koncepcje mechanizmów uzależnienia*.
www.psychologia.edu.pl.
- Pospiszyl I., (2009), *Patologie społeczne*. Warszawa: PWN.
- Pstrąg D., (2000), *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień*. Rzeszów: WSP.
- Ryś M., (2008), *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: PWN.
- Sztander W., (1993), *Poza kontrolą*. Warszawa: PARPA.
- Woronowicz B. T., 1993, *Alkoholizm jako choroba*. Warszawa: PARPA.
- Woronowicz B.T., (1994), *O czym powinien wiedzieć terapeuta uzależnień*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Woronowicz B., (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa: Media Rodzina.