

Joanna Żeromska-Charlińska  
ORCID: 0000-0002-5921-5810  
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

# Bez znieczulenia – transformatywne uczenie się seniora oddziału terapeutycznego

Without Anaesthesia: Transformative Learning  
of Therapy Ward Seniors

## ABSTRACT

In this article, I attempt to portray the symptoms of an elderly person being in crisis circumstances that encourage change through taking individual risks to increase control over one's own life. The goal of my research was to (re)construct the process of transformative learning trajectory of a senior patient in a therapeutic ward, which constitutes the stages of healing. This study was an attempt to understand the subject's inclusive effort on the road to recovery from the perspective of a therapist working in the Alcohol Addiction Treatment Unit (AATU). My focus on the principles of the interpretative paradigm led me to choose the concept of the kinesthetic subject and attempt to reformulate it on the basis of Jack Mezirow's transformative learning theory. The empirical part sought to find an answer to the question: how do interactions in AATU settings with a patient with alcohol use disorders enable transformative learning? The empirical material was derived from an in-depth interview with an addiction psychotherapy specialist, including the patient's subjective testimonials on the effectiveness of intentional and unintentional therapeutic interactions which

## KEYWORDS

hazardous alcohol use, senior therapeutic interactions, crisis, transformative learning

## SŁOWA KLUCZOWE

ryzykowne używanie alkoholu, senior, oddziaływanie terapeutyczne, kryzys, transformatywne uczenie się

SPI Vol. 26, 2023/3  
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.3.007  
Nadesłano: 28.02.2023  
Zaakceptowano: 17.04.2023

illustrate the patient's learning experience during behavioral changes. The findings indicate that a change in the patient's frame of reference may result from an adaptive commitment to the rules of the therapy process, which force radical transformations of their previous behavioral patterns.

## ABSTRACT

Inspiracją do podjęcia próby przedstawienia przejawów kryzysu kondycji starszego człowieka w okolicznościach mobilizujących do zmian była potrzeba zaakcentowania możliwości podejmowania ryzyka indywidualnego, zwiększającego kontrolę nad własnym życiem. Celem badań uczyniłam (re)konstrukcję konstytuującego etapy zdrowienia procesu trajektorii transformatywnego uczenia się pacjenta w wieku senioralnym w przestrzeni oddziału terapeutycznego. To próba rozumienia inkluzyjnego wysiłku podmiotu w drodze do zdrowienia z perspektywy terapeuty pracującego na Oddziale Terapii Uzależnień Alkoholowych (OTUA). Koncentracja uwagi badacza na założeniach paradygmatu interpretatywnego zdecydowała o wyborze koncepcji podmiotu kinestetycznego oraz próbie przeformułowania jego statusu w teorii uczenia się transformatywnego Jacka Mezirowa. Część empiryczna zmierzała do znalezienia odpowiedzi na pytanie: W jaki sposób oddziaływanie w warunkach OTUA wobec podopiecznego z zaburzeniami używania alkoholu umożliwiają transformatywne uczenie się? Materiał empiryczny pochodzi z wywiadu pogłębionego ze specjalistą psychoterapii uzależnień, obejmującego odniesienia subiektywne pacjenta, efektywność celowych i niezamierzonych oddziaływań terapeutycznych w sytuacji doświadczenia uczenia się zmian zachowania pacjenta. Wyniki eksploracji wskazują, że zmiana ramy odniesienia pacjenta może wynikać z adaptacyjnego zobowiązania do przestrzegania reguł obowiązujących w procesie terapii, wymuszających na nim radykalne przekształcenia dotychczasowych schematów postępowania.

## Wprowadzenie

Znaczącą cechą zespołu uzależnienia w wieku senioralnym jest jego złożoność. Nawarstwiająca się w różnych kombinacjach i różnym nasileniem objawy, dodatkowo zmiany w strukturze neurobiologicznej czy poznawczej, ujawniające się na etapie przed podjęciem ryzyka użycia/nadużycia substancji psychoaktywnej i utrwalone w tym procesie, ponadto zaburzenia emocjonalne, zmiany świadomościowe – to

tylko wycinek problemów z jakimi borykają się pacjenci oddziałów terapeutycznych. Natomiast proces trzeźwienia to długotrwała ścieżka zmagania o siebie, wymagająca od jednostki uzależnionej znaczącego zaangażowania. Działania systemowe ze strony państwa w zakresie prewencji, przeciwdziałania problemowi nadużywania substancji psychoaktywnych, konstruktywne angażowanie się kadry oddziałów terapeutycznych – wszystko to stanowi jakąś próbę przychodzenia z pomocą osobom uzależnionym. Dla badaczy jest również materiałem, który można metodycznie i wielowątkowo opisywać oraz definiować. Rzeczywiste możliwości sprawcze ośrodków terapeutycznych w procesie trzeźwienia pacjentów są licznie opisywane w literaturze przedmiotu. Niewątpliwie niezaprzeczalną wartość eksploracyjną w procesie pokonywania nałogu przez pacjenta stanowią również indywidualne, narracyjne, nasycone argumentami i znaczeniami podejścia terapeutów osób uzależnionych. Badania charakteryzujące procedury dochodzenia do zdrowia pacjentów można uznać za uniwersalne i możliwe do podjęcia z różnych perspektyw, ponieważ zjawisko uzależnienia, za sprawą swej dynamiki i drastycznych skutków w wymiarze indywidualnym i społecznym, wymaga diagnostycznych przedsięwzięć eksploracyjnych. Natomiast sam problem dotyczący uczenia się w sytuacji zmiany stanowi szczególnie kontekst aplikacyjny.

## Specyfika badawcza

W opracowaniu wykorzystałam wyniki badań wskazujące złożoność profilu poznawczo-wykonawczego osoby nadużywającej alkoholu, przejawiającego się znaczącymi zmianami w funkcjonowaniu w sferach: fizycznej, psychicznej, mentalnej. Analiza indywidualnej narracji terapeuty o sensie i warunkach ośmiotygodniowej terapii podjętej przez pacjenta w OTUA, przeprowadzona za pomocą otwartego wywiadu pogłębionego jako metody zbierania materiału empirycznego odzwierciedlającego doświadczenia biograficzne pacjenta (okres terapii), wywiadu skoncentrowanego na problemie – opowiadania, w którym badacz może powracać do głównego wątku, wspierając jednocześnie osobę badaną w trakcie narracji, wyznaczać rozmowie kierunek w postaci dodatkowych pytań w momencie oddalenia od wątku, zadawać pytania dotyczące dotychczas nieporuszonych

tematów (Krüger 2007: 163–164) – wszystko to pozwoliło uchwycić organizację tych doświadczeń, ukierunkowanych na inicjowanie mechanizmów prowadzących do wywołania oczekiwanych zmian. Celem badań była (re)konstrukcja konstytuującego etapy zdrowienia procesu trajektorii transformatywnego uczenia się pacjenta w przestrzeni oddziaływań terapeutycznego. Innymi słowy, chodzi o próbę interpretacji i opisu wypowiedzi terapeuty, które dotyczyły oceny skuteczności opisanego rozwiązania oraz pewnych kierunków jego refleksji zmierzających do usprawniania działań podejmowanych na oddziale terapeutycznym. Cel badań można zatem sformułować w formie pytania: W jaki sposób oddziaływania w warunkach OTUA wobec podopiecznego z zaburzeniami używania alkoholu umożliwiają transformatywne uczenie się?

Aby przeanalizować procesy uczenia się w sytuacji doświadczania zmiany, posłużyłam się zapleczem teoretycznym związanym z teorią transformatywnego uczenia się autorstwa Jacka Mezirowa. Wskazuję etapy transformatywnego uczenia się na przykładzie wypowiedzi terapeuty, opisując procesy obiektywnego i subiektywnego przekształcania posiadanej przez człowieka ramy odniesienia.

W zamierzeniu badawczym decyzję o celowym doborze próby do badań (co oznacza, że to badacz zadecyduje o tym, kto zostanie zakwalifikowany do grupy badanych) z wyspecjalizowanym podmiotem do pracy z osobami przejawiającymi ryzykowne używanie alkoholu oraz decyzję o przeprowadzeniu wywiadu z wykorzystaniem wybranych do niego dyspozycji podjęłam biorąc pod uwagę jego profesjonalizm i doświadczenie zawodowe. Była to osoba, która ma w swojej biografii doświadczenia problemowego nadużywania alkoholu oraz doświadczenia terapii uzależnień jako formy transformatywnego uczenia się. Narracja terapeuty wskazuje etapy uczenia się pacjenta wybranego z uwagi na wymierne efekty zmiany osiągnięte w procesie terapii, czyli znaczący poziom refleksyjności. Nieingerowanie badacza w osobliwą przestrzeń pacjenta podyktowane było faktem jego „obarczenia” i wynikającego z tego poczucia obawy przed ryzykownym poddaniem testowaniu jego wiedzy, podjętej przeze mnie kategorii badawczej czy potencjalnego ewokowania poczucia jego „odrębności” kondycyjnej. Niewątpliwie czynnikiem blokującym narrację pacjenta mogłaby być obawa przed zbytnim subiektywizmem i prawdopodobieństwo udzielania odpowiedzi zyskujących aprobatę

zarówno terapeutów, jak i badacza. Poznawanie drogi zdrowienia człowieka, czyli pewnego wycinka kryzysowej rzeczywistości, otwiera możliwość wyłonienia tych elementów instytucjonalnych oddziaływań, które konstytuują ramy „wychodzenia” pacjenta z nałogu. Rezultaty przeprowadzonych badań zostały przedstawione w formie interpretacji wypowiedzi narratora (Maison 2022: 271–272) w konfrontacji z teorią. Podjęto próbę wyeksponowania granic i ich transgresji w szeroko pojętej perspektywie biograficznej<sup>1</sup> pacjenta, w jego uwikłaniu, z przeżywanymi przez niego egzystencjalno-społecznymi dylematami, niewątpliwie uwrażliwiającymi badacza, czytelnika na problemy i emocje innego, co z kolei może stanowić warunek zrozumienia podlegającego badaniu zastanego mikroświata. Narracja terapeuty jest konstrukcją subiektywną, ale też społeczną, stąd celem analizy uczyniłam zasady tej konstrukcji w oparciu o etapy uczenia się transformatywnego pacjenta. W celu utrzymania integralności tekstu jako konstrukcji liniowej i czasowej stosuję analizę sekwencyjną, respektującą kolejność, w jakiej tekst rozwija temat, czyli to, co zostało powiedziane, powoduje oczekiwania co do dalszego ciągu, czyli badanie ciągłości i przełomów biograficznych. Poszukiwałam związków między kluczowymi decyzjami podejmowanymi przez pacjenta a interpretacją tych faktów przez terapeutę (zob. Konarzewski 2000: 170–172). Dodatkowo w analizie wywiadu kompresowałam dłuższe zdania w krótsze, podsumowujące główny sens wypowiedzi, czyli kondensowałam znaczenia (Kvale 2010: 174–176). Badania zostały przeprowadzone w Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu jednego ze szpitali powiatowych w północnej Polsce. W wywiadzie wziął udział terapeuta posiadający wykształcenie wyższe. Staż pracy badanego to osiem lat.

---

1 Wskazuję trzy etapy transformatywnego uczenia się na przykładzie narracji terapeuty, procesy obiektywnego i subiektywnego przekształcania posiadanej przez pacjenta ramy odniesienia. Marek Ziółkowski (1990: 3–9), Ingeborg K. Helling (1990: 15), Danuta Urbaniak-Zajac (2011: 20) oraz Alicja Jurgiel-Aleksander (2013) wskazują, że badania biograficzne nie są jednorodnie spójną metodą, ale „perspektywą”, w której znajdują się różnorodnie uwarunkowane praktyki badawcze.

## Teoria transformatywnego uczenia Jacka Mezirowa

Koncepcja transformatywnego uczenia się (*transformative learning*) Jacka Mezirowa dotyczy procesu uczenia się człowieka dorosłego, w wyniku czego dokonuje się u niego głęboka przemiana, która zachodzi w indywidualnym sposobie postrzegania i interpretacji siebie oraz świata. W sytuacji, kiedy dotychczasowa rama odniesienia okazuje się niedoskonała i człowiek nie jest w stanie wyjaśnić nowych doświadczeń za pomocą wcześniejszych sposobów interpretacji, powstaje potrzeba wyjścia z dotychczasowej, dysfunkcyjnej ramy odniesienia w celu świadomego kierowania własnymi działaniami. Owa zmiana istniejącej ramy odniesienia może zainicjować uczenie transformatywne (Mezirow 2009: 90–93). Rama odniesienia jest strukturą kultury i języka, dzięki którym podmiot konstruuje znaczenia i sensy doświadczeń, stąd podjęcie terapii i pracy nad sobą w pokonywaniu nałogu może sprzyjać przekształcaniu ram odniesienia. W tym znaczeniu rama odniesienia stanowi odpowiednik poznawczego, emocjonalnego i motywacyjnego filtra, nakładanego na doświadczenia zmysłowe. Kształtuje ona spostrzeganie, pozwala na preselekcję poznania, określenie sposobu interpretacji doświadczeń, myślenia oraz wskazuje kierunek działania. Czym innym jest zatem samo zdarzenie, a czym innym przypisywane mu przez jednostkę znaczenie we własnej biografii (Muszyński, Wrona 2014: 48). W perspektywie określonych przez Mezirowa (2009: 86, 87) wymiarów ram odniesienia zmiany w nawykach mentalnych (utrwalonych sposobach myślenia i działania) zachodzą bardzo rzadko, gdyż lokowane są w podświadomości, a punkty widzenia są rozumiane jako mniej trwałe przejawy nawyków mentalnych i stanowią sądy, uczucia, postawy względem danej sytuacji czy też osoby. Uczenie się transformatywne może być związane z transformacją nawyków mentalnych lub punktów widzenia.

Aby mogło ono nastąpić, niezbędna jest krytyczna refleksja podmiotu nad uwarunkowaniami, kontekstem swojej wiedzy. Uczenie się transformatywne pojawia się w sytuacjach konfliktu jako skutek przekraczania ujawniających się symptomów problemu (Illeris: 2006). Zmiana dotychczasowej ramy odniesienia jest procesem, na który składają się trzy etapy. Pierwszym etapem jest krytyczna refleksja nad własnymi założeniami, drugim dyskurs (specyficzny dialog

wewnętrzny), trzecim zaś działaniem. Ów proces przebiega następującej kolejności: (1) uruchomienie procesu zmiany ramy odniesienia na skutek pojawienia się dylematu dezorientacyjnego; (2) autobadanie, polegające na analizie siebie, czemu może towarzyszyć poczucie wstydu lub winy; (3) krytyczna ocena założeń epistemologicznych, społeczno-kulturowych, psychologicznych; (4) dostrzeżenie, że inne osoby doświadczają podobnego stanu niezadowolenia, powodującego podobną u nich zmianę; (5) rozpoznanie możliwości wyboru nowych ról, relacji międzyludzkich i działań; (6) planowanie przebiegu działania; (7) zdobywanie wiedzy i umiejętności niezbędnych do realizacji zaplanowanych działań; (8) próby podejmowania nowych ról; (9) budowanie kompetencji i pewności siebie w nowych rolach i relacjach; (10) reinterpretacja własnego życia z uwzględnieniem warunków wyznaczonych przez nową ramę odniesienia (Mezirow 2000: 10–11; Locraf Cuddapah 2005, za: Pleskot-Makulska 2007: 90). Poddanie pacjenta programowi terapeutycznemu wiąże się z nabywaniem przez niego nowych doświadczeń oraz pojawieniem się nieporównywalnych do wcześniejszych sposobów wglądu w rzeczywistość.

Doświadczenia procesu terapeutycznego pacjenta ujawniają elementy epifaniczne i prowokujące zmiany w funkcjonowaniu. Zmiany dotyczą przeformułowania sposobu postrzegania przez podmiot, zdobywania nowego podejścia do posiadanej wiedzy o sobie, innych, otaczającej rzeczywistości, a także zmianę sposobu podejścia do nabywania nowych doświadczeń (Frąckowiak 2012: 147). Teorią wyjaśniającą proces uczenia się dorosłego, prowadzącą do przemiany wizji, interpretacji i dokonywania zmian, jest właśnie teoria Mezirowa, określana jako rewolucja epistemologiczna w rozwoju indywidualnym człowieka (Mezirow 1991, za: Pleskot-Makulska 2007: 82). Owa zmiana jest transformacją myślenia. Jak pisze Anna Perkowska-Klejman, „przekształcenia mogą być mniejsze lub większe i mogą mieć mały lub duży wpływ na życie dorosłego. Ich trwałość także może być różna. Transformacje myślenia są ściśle związane z naszą perspektywą poznawczą, na którą składają się nasze doświadczenia, wiedza i zakorzenienie społeczno-kulturowe” (Perkowska-Klejman 2018: 33). Doświadczenia człowieka nadużywającego alkoholu niewątpliwie generują życiowe dylematy dezorientacyjne, począwszy od momentu inicjacji picia, poprzez zmiany w funkcjonowaniu i narastający kryzys

osobowościowy, rodzinny, zawodowy, po poczucie bezradności, upokorzenia. Ponadto źródłem doświadczania dylematu dezorientacyjnego przez podmiot wykazujący ryzykowne zachowania jest społeczna przestrzeń wykluczająca, piętnująca. Podjęte badania nawiązują do próby (z)rozumienia wysiłków podmiotu w pokonywaniu nałogu przy wsparciu instytucjonalnym. W dążeniu do zmiany stylu życia, w którym zachowania ryzykowne tracą atrakcyjność, zostają uruchomione schematy znaczeniowe, określone struktury poznawcze z rozbudowaną sferą emocjonalną i wolicjonalną, funkcjonujące jako rama odniesienia (indywidualna mapa, tożsamość pojęciowa). Tworzą ją: nawyki mentalne i punkty widzenia (Mezirow 1997, za: Pleskot-Makulska 2007: 86). W założeniach teorii Mezirowa uczenie się jest wymiarem transgresyjnym człowieka i koncentruje się nie tylko na status quo, tu i teraz, ale zorientowane jest na to, co jako potencjalne może się stać, co powinno zostać urealnione, ulepszone. Usytuowana w edukacji potencjalność w sposób konstytutywny wiąże się z ideą człowieka „możliwego”, ustawicznie stającego się, do czegoś zmierzającego, dążącego (Ostrowska 2020: 36). Wykorzystując wskazaną powyżej teorię, przeprowadziłam analizę refleksji terapeuty, związanej z uczeniem się pacjenta w przestrzeni, w której doświadczał zmian.

## Cele terapii uzależnień od alkoholu

Założenia procesu leczenia w oddziale terapii uzależnień od alkoholu zgodnie z obowiązującymi standardami skoncentrowane są na realizacji celów terapeutycznych obowiązujących w podstawowym programie terapeutycznym. Proces leczenia pozwala na nabywanie wiedzy dotyczącej mechanizmów uzależnienia, umiejętności rozpoznawania zmieniających się schematów myślenia, reagowania. W procesie diagnostycznym pacjent jest zapoznawany z podstawowymi pojęciami dotyczącymi identyfikowania, genezy oraz możliwości konstruktywnego przewyciężania głodu i nawrotów picia. Jest to szczególnie istotny etap pracy terapeutycznej. Przerwanie błędnego koła powstawania nowych problemów życiowych, przy jednoczesnym tracaniu umiejętności ich rozwiązywania w wyniku zmian dokonujących się w psychice chorego, może zostać zrealizowane jedynie poprzez zatrzymanie nawyku picia. Kolejnym celem terapeutycznym jest profilowanie realnej tożsamości, czyli uświadomienie



sobie problemu, jego skali, obszarów, w jakich nałóg działa destrukcyjnie. Dodatkowo podmiot oddziaływań z problemem uzależnienia krzyżowego ma szansę zrozumienia własnej sytuacji. Chodzi tu o możliwość wglądu w konsekwencje, reaktywność używania substancji, ale też jednocześnie o zaakceptowanie własnego uzależnienia oraz uznanie własnej bezsilności i zgodę na świadome uczestnictwo w długofalowym procesie odwykowym. Nadrzędnym jednak celem leczenia w oddziale terapeutycznym jest tworzenie względnie trwałej motywacji do podjęcia dalszego leczenia, uwzględniającego elementy treningów interpersonalnych, takich jak trening asertywności, warsztatów komunikacyjnych czy warsztatów radzenia sobie z emocjami. Ma to pomóc osobom znajdującym się na początkowym etapie abstynencji zwiększyć szanse na jej utrzymanie. Ten cel osiąga się za pomocą wykładów oraz rozmów na temat sposobów leczenia oraz przedstawiania korzyści z jego kontynuowania. Zamierzonym skutkiem powyższych działań ma być wytworzenie w świadomości pacjenta motywacji wewnętrznej, czyli wzięcia odpowiedzialności za własne leczenie, czerpania z niego pożytku oraz samodoskonalenie (Brusik 2012: 452).

## Transformatywna przestrzeń uczenia się pacjenta oddziału terapeutycznego. Uczenie się w sytuacji doświadczania zmiany. Z narracji terapeuty

Analizując doświadczenia codzienności podmiotu, można domniemywać, że przestaje on realizować przypisane jemu role formatywne (męża, ojca, architekta). Jednocześnie ujawnia on stan dysonansu poznawczego, co jest niejako pierwszym etapem transformatywnego uczenia się – podmiot dokonuje krytycznej refleksji nad swoimi dotychczasowymi przekonaniem. Dotychczasowe sposoby nadawania znaczeń zawodzą w istniejącej ramie odniesienia, podmiot doświadcza pewnych dysproporcji, rozbieżności w percepcji siebie, otoczenia, uświadamiając sobie jednocześnie własną nieprzystawalność, odchylenie. Z narracji terapeuty można wnioskować, że dokonanie wglądu w proces zmiany behawioralnej pacjenta jest zadaniem trudnym i złożonym, chociażby z uwagi na fakt nieuniknionej subiektywnej oceny w wymiarze aksjologicznym czy rangowaniu własnych

zachowań pacjenta, dostarczającego informacji o jego wewnętrznych stanach i okolicznościach w jakich przebiega działanie, co generuje potrzeby inicjowania zmian. Inna kwestia to kontekst zmiany behawioralnej i jej uwarunkowań. Reaktywność zachowania i auto-projektowanie zmian warunkowane są przeszłymi doświadczeniami stanowiącymi istotę ich genezy czy zmiany schematu behawioralnego. W odniesieniu do przypadku pacjenta owe płaszczyzny lokowane są w przestrzeni korzystnych zmian zachowania/niekorzystnych z faktu utrzymania abstynencji. Z perspektywy osiągnięcia zmian behawioralnych pacjenta ważne jest określenie celowanego kierunku terapii w programie OTUA, wspierającego ocenę zmian zamierzonych, czy tych stanowiących efekt poboczny 24-godzinnego przebywania w oddziale, co wymusza u niego konieczność dostosowania się do panujących tam reguł.

Kolejnym etapem zmiany ram odniesienia jest ukierunkowanie na poszukiwanie sposobu oceny własnej racjonalności i racjonalności innych. To swoiste dialogowanie wewnętrzne podmiotu, przybierające charakter analizy, deliberowania nad sposobem postrzegania siebie i innych – to zmaganie się z jakże złożoną materią. Chodzi tu o różnorodność kognitywną, wielość znaczeń i sensów odkrywanych w perspektywie dialektyki stawania się podmiotem, o redefiniowanie sytuacji, w jakiej podmiot się znalazł, i o trud odpowiadania na stawiane sobie wciąż te same pytania. Niewątpliwie, jak twierdzi terapeuta, istotnym aspektem jest pozytywna autopercepcja zmiany przez pacjenta. Podopieczny początkowo zmagał się z nieumiejętnością zaprzestania wykonywania destrukcyjnej czynności, a jego funkcjonowanie znacząco wybiegało poza utrwalone nawyki sięgania po alkohol. Pomimo zaprzestania picia w oddziale, destabilizacyjne, nałogowe schematy zachowań pozostawały nadal realizowane na osi kontinuum: od ukrywania alkoholu po utrwalone reakcje agresywne w przezwyciężaniu stresu. Respondent podkreślił, że powszechnie funkcjonujące przekonanie o braku możliwości powrotu do picia w sposób kontrolowany wskazuje na abstynencję jako miernik efektywnej terapii uzależnienia. Skonstatował, że utrzymanie abstynencji przez pacjenta jest tylko jednym z elementów terapii w OTUA. Jednak biorąc pod uwagę wieloletni okres picia, jest to korzystny przejaw transformowania posiadanej ramy odniesienia, uelastyczniającej się stopniowo na wprowadzane zmiany. Trzecim etapem transformatywnego uczenia

się w teorii Mezirowa jest działanie, podjęcie go lub zaniechanie. W złożonej procedurze terapeutycznej (treningi zachowań: asertywność wobec agresywności czy uległości, tzw. zalecenia dla trzeźwiejących alkoholików: przewyciężanie złości, głodu alkoholowego) istotne jest zrozumienie autodestrukcji i zmotywowanie do jej zmiany, to specyficznie konstruktywne uczenie się zmiany utrwalonych reakcji nałogowych, wzbogacania zakresu swoich zachowań. Oprócz celowanego oddziaływania na pacjenta, pozostaje on pod wpływem dodatkowej stymulacji farmakologicznej, higienicznej, dietetycznej, uczestniczy w terapii zajęciowej, zebraniach społeczności oddziału, zajęciach gimnastycznych. Są to warunki konieczne do uczestnictwa w terapii na oddziale, nieprzebranie ich jest obarczone możliwością wyłączenia z terapii.

Pacjentem uczestniczącym w indywidualnym oraz grupowym programie terapeutycznym był mężczyzna w starszym wieku, żonaty, posiadający wykształcenie średnie, z zawodu biegły rewident. Rozpoczął trzy programy terapeutyczne, nieprzerwanie przez jeden rok uczestniczył w mityngach AA, miał za sobą około półtora roku abstynencji, skierowany na terapię został na mocy wyroku sądowego (wszczenie procedury niebieskiej karty).

Jedną z metod wykorzystywanych w trakcie terapii jest autoanaliza dokonywana z wykorzystaniem tzw. „przewodnika samopoznania”, czyli rodzaju notatnika, w którym pacjent zapisuje swoje refleksje na temat rodziny, pracy czy własnych zachowań agresywnych. Wsparciem dla pacjenta są prelekcje edukacyjne, gdyż – jak pokazuje jego przypadek – wewnętrzny, odczuwany ciężar emocjonalny jest niejako przekierowywany na odpowiedzialność innych czy zrzędzenie losu, co z kolei zmniejsza poczucie odpowiedzialności własnej. Ścieżka biograficzna pacjenta wskazuje, że wychowywał się w rodzinie, w której dominował autorytarny styl, stąd ujawniane przez niego poczucie niezrozumienia potrzeb czy problemów. Natomiast konwersacyjny wymiar relacji pomocowej, jak też program oddziału ocenia jako elementy wzmacniające jego potencjały i zdyscyplinowanie. Pacjent dokonuje próby uświadomienia sobie dotychczasowego sposobu myślenia i funkcjonowania w konfrontacji z przyjętym nowym rozumieniem, odnajdywaniem się w kreowanej na nowo rzeczywistości. Podopieczny traktuje proces terapeutyczny zadaniowo, nie dostrzega atrybucji w procesie zmiany znaczeń, nie wykazuje zaintrygowania

zadaniami, wykazuje natomiast zniechęcenie, zrezygnowanie wobec proponowanych pisemnych form oddziaływania. Osiągany w ten sposób efekt nie zależy od intencji i działań terapeuty. Znaczące przesilenie w procesie wychodzenia z nałogu nastąpiło w piątym tygodniu terapii, natomiast zmiennym predyktorem w przebiegu terapii było formatywne przeformułowywanie się podopiecznego do oczekiwań terapeuty i grupy, dokonywał on wtedy adaptacyjnego wnioskowania do zaistniałych okoliczności. Niechętnie uaktywniał się w realizacji prac pisemnych, choć dostrzegał symptomatyczne korzyści, dokonywał pewnych korekt w wymiarze behawioralnym. Personalnie wykazywał umiejętność określenia własnych korzyści: wiedzy wynikającej z objawów, faz, etapów trzeźwienia, uznania bezsilności, ograniczeń, możliwości, symptomów utraty kontroli, głodu alkoholowego. Zdecydowanie pozytywnym aspektem w terapii pacjenta był stan pogłębionej świadomości osobistego problemu, natomiast trudnością pozostawało dla niego wnioskowanie wartościujące w wypowiedziach zawartych w przewodniku samopoznania w zakładce „konsekwencje nadużywania”. Problemem pozostającym nierozstrzygniętą „zagadką” była w jego wypadku kwestia relacji rodzinnych. Zdecydowanie wykazywał tendencję do unikania, przemilczania czy marginalnego traktowania tego tematu, odczuwał poczucie wstydu, złościł się, konsekwentnie unikał podejmowania kwestii dotyczącej wszczęcia procedury niebieskiej karty. Zaświadczenie o sobie samym pacjenta miało miejsce w pierwszym i drugim oraz szóstym i siódmym tygodniu terapii, choć w znaczącej przewadze lokowane było w sferze życzeniowej, w przyszłości. To typowy przejaw mechanizmu uzależnienia, wskazujący jednocześnie na fakt dostrzeżenia problemu i potencjalnej motywacji do zmiany: unikanie miejsc, ludzi, sytuacji ryzyka sięgnięcia po alkohol, jakości relacji z najbliższymi, sytuacji zawodowej, zainteresowań czy powrót do tych sprzed kryzysu. W jego przypadku ocena rzeczywistej motywacji do zmiany schematów funkcjonowania miała w zasadzie charakter prognostyczny i deklaracyjny. Pozorny plan zmiany zachowań pacjenta, niezbędnych do niezwłocznego wprowadzenia, nie został zrealizowany. Odkładał w czasie obowiązki, jak wynika z opisu w przewodniku w zakładce „koncentracja wokół picia”, co z kolei powodowało u niego natężenie napięcia emocjonalnego, potęgując potrzebę spożywania alkoholu. Niezależnie od czasu przeznaczanego na ponowne przygotowanie zadania terapeutycznego

przez pacjenta (do dwóch tygodni), wykonywał je w przeddzień wyznaczonego terminu. Pacjent uczył się stosować do założeń programu HALT, stanowiącego osiową część filozofii zdrowienia – „jak przewycięzać zagrożenie w czasie trzeźwienia?”. W kontekście wypracowywania przez siebie „na nowo” światopoglądu, oddawania prymatu zdrowemu rozsądkowi nad negatywnymi emocjami, wnioskował, że nieradzenie sobie z głodem alkoholowym w trakcie programu terapeutycznego skłoni go do złamania abstynencji, w konsekwencji silnie go demotywiąc. W konsekwencji zaakceptowanie zasad programu terapeutycznego przez pacjenta nie przełożyło się u niego na wykształcenie odporności na stres, gdyż z powodu chęci utraty wagi zaniechał regularnego spożywania posiłków, dodatkowo zrezygnował z optymalnej ilości snu na rzecz prowadzenia rozmów ze współpensionariuszami. Wśród przyczyn osłabiających skuteczność procesu utrwalania zmian u pacjenta, które w zamiarze winny przedłużyć okres abstynencji, można wyliczyć: zbyt krótki okres rekonwalescencji, intensywny psychologiczny mechanizm uzależnienia w początkowej fazie leczenia czy znacząco utrwalone szkodliwe schematy zachowań. Niewątpliwie analiza własnych problemów pacjenta w pogłębionej terapii indywidualnej stanowiła predyktor wzmacniający motywację do wprowadzania zmian, odchodzenia od destrukcyjnego używania alkoholu, a także przyswajania wiedzy dotyczącej mechanizmów uzależnienia oraz umiejętności rozpoznawania zmieniających się własnych schematów myślenia czy reagowania. W analizowanym przypadku blokery utrudniające inicjowanie zmian wystąpiły nie tylko w procesie terapeutycznym, co z kolei wskazywało deklaracyjną, niestabilną motywację. Buforowanie emocji w procesie psychologicznego mechanizmu regulacyjnego pacjenta oscylowało wokół uczuć osobowościowo specyficznych, dynamiki procesu wychodzenia z nałogu, z poczuciem wewnętrznego zagubienia, zwiększonej egocentryzacji w tej fazie terapii. Emocjonalny *rollercoaster* u pacjenta to egzemplifikacja ujawniających się nieuchronnych trudności, zapomnianych, ambiwalentnych uczuć, pożądanych i korzystnych w dłuższej perspektywie. Z punktu widzenia pacjenta stanowi to o braku oczekiwanych efektów, nieoczywistego znaczenia, sensowności terapii. Pacjent sporządził indywidualny spis licznych rozwiązań substytucyjnych ułatwiających wstrzemięźliwość oraz propozycje zachowań przeciwdziałających potencjalnej eskalacji agresji. Sporządzenie listy

nie sprawiło mu trudności, choć część z proponowanych sposobów łagodzenia stanów napięcia nie miała umocowania w realnej przestrzeni w aspekcie indywidualnych możliwości, jak też okoliczności ich realizacji. Wskazane przez niego działania, np. seans filmowy czy zajęcia na basenie mogą stanowić środek odstresowujący w codzienności, jednak w nagłej stresogennej sytuacji, podwyższającej stan napięcia, raczej nie będą możliwe do zrealizowania. Wśród konstruktywnych i realnych sposobów przeciwdziałania eskalacji emocji (możliwych do podjęcia już w oddziale), które przedstawił w trakcie zajęć grupowych oraz przedyskutował z innymi członkami grupy, zaliczył: aktywność fizyczną, posiłkowanie się wymianą myśli z terapeutą, uczestnikami terapii, czytanie książek, słuchanie muzyki, przygotowanie i spożycie posiłku. Symptomatyczne jest korzystanie w oddziale z kilku sposobów aktywności, np. palenie papierosów (nie wystąpiło na liście, gdyż jest to zachowanie nałogowe), jedzenie (założenia programu HALT). Jednak z upływem czasu styl funkcjonowania pacjenta na oddziale nie ulegał istotnej zmianie. Pacjent stosunkowo często chodził na siłownię i grał w tenisa stołowego, korzystał również z biblioteczki oddziału. Niechętnie natomiast angażował się w rozmowy o własnych stanach emocjonalnych, nie podejmował prób inicjowania spotkania terapeutycznego, mimo zmagania się z problemem i świadomości tegoż. Starał się odwręcać w czasie mówienia o problemach. W sytuacji konieczności ujawnienia swego stanu emocjonalnego wykazywał tendencję do unikania rozmów na temat nieprzyjemnego – w jego odczuciu – problemu. Wykazywał epizodycznie agresywne zachowania, miał problemy z przyjmowaniem krytyki dotyczącej jego funkcjonowania na oddziale, reagował rozdrażnieniem i wybuchami złości, nad którymi nie potrafił zapanować. Należy jednak odnotować zmianę jego postawy w końcowej fazie terapii wobec komunikatów zwrotnych terapeuty, które zaczął w końcu postrzegać jako konkretną pomoc zmierzającą do korekty jego własnych deficytów. Z uwagi na ograniczenia czasowe rekonwalescencji pacjent dokonał jedynie pewnych zmian anormatywnych reakcji emocjonalnych.

Niewątpliwie to od decyzji pacjenta zawsze zależy możliwość racjonalnego spożytkowania osiągniętego dzięki programowi terapeutycznemu poziomu korekty problemowego funkcjonowania. To samo należy odnieść do wytrwałości w dalszej pracy nad zmianą

sposobu życia, co zawsze wymaga silnej motywacji, zaangażowania i wytrwałości.

Ważnym elementem organizacji życia na oddziale terapeutycznym jest również przestrzeganie zasad higieny życia osobistego. Dotyczy to przede wszystkim: obowiązku korzystania jeden raz dziennie z prysznica, golenia się, schludnego ubierania się, utrzymania porządku w miejscu odpoczynku, przestrzegania harmonogramu dnia (posiłki o określonych porach, zajęcia), dyżurów sprzątanina, gimnastyki, realizowania wyznaczonej funkcji, przyjmowania leków, wysypiania się. Zdaniem terapeuty, pacjent nie wykazywał oporu wobec narzuconych regulaminem wymogów, konsekwentnie dbał o swoją formę w ramach ścisłej diety. Przeznaczał na sen pięć, sześć godzin, co tłumaczył stanami lęku, niepokoju. Postawa pacjenta wobec zaproponowanej mu terapii uwidaczniała się w jego zachowawczym podejściu, a nawet w obojętności wobec prób wypracowania zmiany dotychczasowej kondycji.

## Podsumowanie i perspektywy

Dokonując analizy przeprowadzonych badań, należy się odwołać – w myśl teorii Mezirowa – do przeramowania obiektywnego sytuacji pacjenta, który poddaje krytycznej refleksji racjonalność terapeuty, grupy pacjentów, najbliższych oraz do przeramowania subiektywnego, w którym pacjent poddaje krytycznej refleksji własne przekonania. Zmiany ramy odniesienia mogą mieć różny zakres, od zmiany punktu widzenia po transformację nawyków mentalnych (Mezirow 1997: 7). Należy dodać, że uczenie się mężczyzny w procesie terapii dokonywało się w określonych ramach czasowych i przestrzennych. Pacjent miał szansę upełnomocnienia, uchwycenia nowej przestrzeni emocji, przemyśleń, uczuć, potrzeb, konfrontując je podczas sesji z innymi, terapeutą, by móc dookreślić własne możliwości rozwojowe, wolne od zdeterminowania, ale i niepozbawione możliwości przejścia do autentycznego poznawania i kształtowania własnego losu (dzięki subiektywnej zmianie ramy odniesienia w wyniku transformatywnego uczenia się). W wyniku doświadczeń terapeutycznych, w kontakcie z innymi uczestnikami, pacjent w pewnym zakresie dostrzegał inne możliwości percepcji rzeczywistości czy zmiany swoich przekonań. Nie dokonał jednak zmiany własnego punktu widzenia, być może



kolejny udział w terapii pozwoli mu zrozumieć sens stosowanych oddziaływań terapeutycznych oraz dostrzec własne potencjały, bez poczucia bycia cenzurowanym przez terapeutów i uczestników terapii.

Kolejny etap uczenia transformatywnego odnosi się do rozpatrywania przez pacjenta zmian behawioralnych jako potencjalnie niemożliwych, z racji posiadanych już przedzałożeń (kolejna terapia) i doświadczeń terapeutycznych niewykraczających poza rutynowy schemat, zawężających przestrzeń jego analiz kognitywnych i afektywnych. Aktywność pacjenta była pochodną wcześniejszych etapów transformatywnego uczenia się, wskazującą efekt zmiany dokonującej się w trakcie programu terapeutycznego. Podopieczny przeceniał własne możliwości i umiejętności, co prawdopodobnie było wywołane brakiem rzeczywistych zagrożeń jego abstynencji w trakcie pobytu na oddziale stacjonarnym. Mogło to być spowodowane obciążeniem psychicznym wynikającym z mechanizmu uzależnienia. Według Mezirowa na trzecim etapie zmian ram odniesienia to działanie winno stanowić próbę adaptacji jednostki do nowej, ukonstytuowanej w wyniku uczenia się ramy odniesienia. Trudno ocenić, na ile potencjalne zmiany zachowania pacjenta były efektem terapii (adaptacja do zasad pobytu na oddziale), a w jakim stopniu ważna tu była regeneracja organicznej po zaprzestaniu picia chęci do podjęcia pracy nad własnym rozwojem osobowym i zupełnym zreorganizowaniem sytuacji życiowej w celu wyeliminowania uzależnienia od alkoholu. Przeprowadzone badania wskazują pewne odpowiedzi na to, na ile realne są możliwości zmian zachowania podmiotu zaangażowanego w realizację programu terapeutycznego. Wszak transformacja ram odniesienia jest szansą na rozwój jednostki sprawczo podejmującej próby rozwiązywania dylematów dezorientacyjnych. Jednak, jak to wynika z przeprowadzonych badań, nie jest to zabieg w pełni dostępny każdemu. Dotychczasowe rozumienie wydarzeń zostaje u pacjenta uzupełnione nowymi doświadczeniami, dzięki którym uczy się on rozumieć swoją sytuację. Podejmuje krytyczną autorefleksję nad swoimi dotychczasowymi nawykami mentalnymi i utrwalonymi punktami widzenia. W opinii terapeuty pacjent nie wykazywał jednak pokory poznawczej, która umożliwiłaby mu zdobycie szerszej wiedzy o ryzyku związanym z jego uzależnieniem czy zrozumieniem sensu transformacji. W analizowanym przypadku wiąże się to z przeciwstawianiem się próbom narzucania znaczeń, których do końca się



nie akceptuje. Socjalizowane ramy odniesienia w procesie funkcjonowania w danej kulturze są na tyle silnie blokujące, że stają się niejako oderwane od wzorów społecznego funkcjonowania. Deskryptorem łączącym transformatywne uczenie się pacjenta-seniora z procesem terapeutycznym jest niezaprzeczalnie jego refleksyjność, wspomagająca wewnętrzną zmianę. Zdaniem Agnieszki Bron (2006: 12), transformacja może skutkować pojawieniem się problemów emocjonalnych, przyczyniając się do kryzysu indywidualnego i społecznego. Jednakże istotą uczenia się jest szukanie w codziennym doświadczeniu, co oznacza afektywne i motywacyjne uczenie się, zawierające także komponent społeczny przejawiający się w relacjach z otoczeniem. Wiedza zdobywana przez odczuwanie, doświadczenie i działanie, wynika z krytycznej refleksji nad doświadczeniem i ukierunkowana jest na pragmatyzm w poradzeniu sobie w nowej/obcej sytuacji.

Swoista, krytyczna refleksja seniora-pacjenta wobec zagrożonej, chwiejnej tożsamości, w obliczu trudnych dróg myślenia o własnym upodmiotowieniu, toruje jednak możliwości zmiany. Poddanie się terapii antyalkoholowej jest sposobem transformowania zgoła innym od wcześniej realizowanego, chociażby z uwagi na potencjał edukacyjny wynikający z przewartościowania i sprzyjającej zmiany w kierunku autowaloryzacji i autoidentyfikacji. Trudny proces terapeutycznej walki o siebie, dokonujący się w subiektywnej ramie odniesienia, wymusza wypracowywanie zmiany wspierającej odzyskiwanie kontroli nad własnym losem czy wyzwalamie się z nawyków obciążających „jesień życia”. Utrata siebie sprzed lat, uwikłanie w uzależnienie – wszystko to wstrzymuje autentyczną sprawczość uzależnionego seniora. Proces terapeutyczny staje się jednak jego szansą, jest próbą przepracowania, poddania modyfikacji deficytów wynikających z dotychczasowego uzależnienia.

## Bibliografia

- Bron A. (2006). *Rozumienie uczenia się w teoriach andragogicznych*, „Teraz-niejszość – Człowiek – Edukacja”, nr 4(36), s. 7–24.
- Brusik A. (2012). *Psychologia kadry zarządzającej, czyli jak znajomość ludzkich charakterów pomaga w zarządzaniu*, [w:] M. Maćkiewicz, E. Drop (red.), *Młoda psychologia*. t. 1, Warszawa: Liberilibri, s. 443–462.
- Frąckowiak A. (2012). *Zmiana jako kategoria edukacji dorosłych*, [w:] *Rocznik Andragogiczny 2012*, s. 141–153.

- Helling I.K. (1990). *Metoda badań biograficznych*, [w:] J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, Warszawa–Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 13–37.
- Illeris K. (2006). *Trzy wymiary uczenia się. Poznawcze, emocjonalne i społeczne ramy współczesnej teorii uczenia się*, przeł. A. Jurgiel i in., Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP.
- Jurgiel-Aleksander A. (2013). *Doświadczenie edukacyjne w perspektywie andragogicznej. Studium biograficzno-fenomenograficzne*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Konarzewski K. (2000). *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kvale S. (2010). *Prowadzenie wywiadów*, przeł. A. Dziuban, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krüger H.H. (2007). *Metody badań w pedagogice*, przeł. D. Sztobryn, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Maison D. (2022). *Jakościowe metody badań społecznych. Podejście aplikacyjne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mezirow J. (1997). *Transformative Learning: Theory to Practice. Transformative Learning in Action: Insights from Practice*, „New Directions for Adult and Continuing Education”, nr 74, s. 5–12.
- Mezirow J. (2000). *Learning to Think Like an Adult: Core Concepts of Transformation Theory*, [w:] J. Mezirow & Associates, *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*, San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Mezirow J. (2009). *An Overview on Transformative Learning*, [w:] K. Illeris (red.), *Contemporary Theories of Learning: Learning Theorists... in Their Own Words*, London–New York: Routledge; Taylor & Francis Group.
- Muszyński M., Wrona M. (2014). *Teoria uczenia się egzystencjalnego i transformatywnego. Możliwości wykorzystania wiedzy andragogicznej w praktyce coachingowej*, „Coaching Review”, nr 1, s. 30–59.
- Ostrowska U. (2020). *Doświadczenie „conditio humana” przez człowieka współczesnego. W trosce o społeczeństwo z perspektywy aksjologicznej*, Gorzów Wielkopolski: Akademia im. Jakuba z Paradyża.
- Perkowska-Klejman A. (2018). *Transformacyjne uczenie się dorosłych w świetle teorii Jacka Mezirowa*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych”, nr 1, s. 29–43.
- Pleskot-Makulska K. (2007). *Teoria uczenia się transformatywnego autorstwa Jacka Mezirowa*, „Rocznik Andragogiczny”, s. 81–96.
- Urbaniak-Zajac D. (2011). *Biograficzna perspektywa badawcza*, [w:] E. Dubas, W. Świtalski (red.), *Uczenie się z biografii innych*, Łódź: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego, s. 9–16.
- Włodarek J., Ziółkowski M. (1990). *Teoretyczny i empiryczny status metody biograficznej we współczesnej socjologii*, [w:] J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, Warszawa–Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 3–9.

## ADRES DO KORESPONDENCJI:

Dr Joanna Żeromska-Charlińska  
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie  
Wydział Nauk Społecznych  
e-mail: joanna.charlinska@uwm.edu.pl