

Jakub Trzebiatowski

Pomiędzy światem „czynnego alkoholizmu” a rzeczywistością zdrowienia. Mechanizmy (re)socjalizacyjne anonimowych alkoholików

Abstrakt Celem artykułu jest przedstawienie specyfiki mechanizmów (re)socjalizacji anonimowych alkoholików w perspektywie zamiany subświata „czynnego alkoholizmu” na rzeczywistość zdrowienia.

Prezentowane w opracowaniu konkluzje i wnioski formułowałem w oparciu o badania jakościowe, które zyskały charakter monograficzno-biograficzny. Wykorzystałem procedurę badań terenowych oraz procedurę badań sondażowych pogłębionych. Przyjąłem ponadto kryteria metodologii teorii ugruntowanej. Próba badawcza liczyła 18 zdrowiejących alkoholików poznańskich grup AA.

W wyniku przeprowadzonych badań empirycznych wyselekcjonowałem cztery mechanizmy (re)socjalizacji: afiliacyjno-afektywny, komunikacyjno-poznawczy, katharsis – budowania nowej tożsamości oraz podtrzymywania nawrócenia. Za sprawą wspomnianych mechanizmów aktorzy społeczni zyskiwali szansę na alternację – subświat terapeutyczny AA stopniowo stawał się „rzeczywistością podstawową” – „światem życia codziennego” zdrowiejących alkoholików.

Słowa kluczowe zamiana światów, alternacja, subświat „czynnej choroby alkoholowej”, subświat zdrowienia, mechanizmy (re)socjalizacji, anonimowi alkoholicy

Jakub Trzebiatowski, obronił pracę doktorską na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Wyróżniona przez Radę Naukową Instytutu Socjologii dysertacja, zatytułowana „(Re)socjalizacyjne ścieżki rekonstrukcji ról społecznych na przykładzie zdrowiejących alkoholików poznańskich grup Anonimowych Alkoholików” zakwalifikowana została do reprezentowania w konkursie organizowanym przez Prezesa Rady Ministrów na najlepszą pracę doktorską w 2013 roku. Pracuje jako specjalista terapii uzależ-

nień. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół socjologii teoretycznej, społecznej perspektywy psychoterapii, społeczności terapeutycznych oraz problematyki uzależnień. Jest autorem książki *(Re)socjalizacyjne ścieżki rekonstrukcji ról społecznych na przykładzie zdrowiejących alkoholików poznańskich grup Anonimowych Alkoholików* oraz kilku artykułów naukowych.

Dane adresowe autora:

e-mail: trzaq3@wp.pl

Świat społeczny to „prawdopodobnie nieskończenie wiele – różnych porządków rzeczywistości, z których każdy odznacza się swoim własnym, szczególnym i odrębnym stylem istnienia” (Schütz 2008: 17). Podając przykłady innych społecznych rzeczywistości, wskazać można między innymi na subświat życia rodzinnego, subświat zdrowia i choroby, subświat psychoterapii, subświat zbierania znaczków, subświat wspinaczki, subświat homoseksualności czy subświat marzeń sennych (Strauss 1982: 121; Schütz 2008: 17). Liczba subświatów na arenie rzeczywistości społecznej jest funkcją podmiotowej (samo)świadomości. Niektóre spośród tych światów dostępne są doświadczeniu każdej jednostki, inne zaś nie.

Podkreślić należy, że dla uczestników życia społecznego naturalnym wydaje się nieskrępowane poruszanie się pomiędzy subświatami. Czymś oczywistym jest wzajemne przenikanie się rozmaitych rzeczywistości. Posłużyć się w tym przypadku można przykładem podmiotu, który zawodowo pracuje w domu, opiekując się jednocześnie dziećmi. Po obudzeniu dzieci, sporządzeniu śniadania oraz przypilnowaniu, czy przed wyjściem do szkoły zapakowały książki do tornistrów, podmiot ten może migrować do subświata zawodowego. Upewniając się, że dzieci wsiadły do szkolnego autobusu, udaje się do swojego gabinetu, włącza komputer i kontynuuje pisanie powieści kryminalnej.

Wówczas, gdy pochłonięty jest aktywnością w danym subświecie „na jakiś czas zapomina o swoich powiązaniach z innymi mikroświatami” (Schütz 2008: 17). Z subświata rodzinnego przenosi się na

grunt subświata zawodowego. Jego pracą, z której utrzymuje rodzinę, jest bowiem pisanie książek. Gdy postawi pierwsze kroki w przestrzeni subświata zawodowego i uświadomi sobie, że w kolejnym rozdziale powinien wyjaśnić motywy postępowania głównego bohatera, może zadzwonić telefon, na pewien czas przerywając podążanie za bohaterami powieści. Okazać się może, że to telefonuje przyjaciel z zaproszeniem na przyjęcie niespodziankę. Podmiot ponownie opuści subświat zawodowy, zastanawiając się nad wyborem stosownego prezentu oraz planując drogę powrotną z przyjęcia. „Świadomość potrafi poruszać się w różnych sferach rzeczywistości. Mówiąc inaczej, jestem świadomy świata składającego się z wielu rzeczywistości” (Berger, Luckmann 1983: 52).

Skoro jednak rzeczywistość świata społecznego konstytuowana jest z wielu subświatów, a aktorzy społeczni wciąż się pomiędzy nimi przemieszczają, dlaczego pełniąc role w teatrze dnia codziennego, spotykamy się na gruncie tej samej rzeczywistości – dostępnej dla większości z nas? „Wśród wielu rzeczywistości jest jedna, która jawi się jako rzeczywistość par excellence. Jest to rzeczywistość życia codziennego. Jej uprzywilejowane miejsce upoważnia do przyznania jej miana rzeczywistości podstawowej” (Berger, Luckmann 1983: 53). Innymi słowy, subświat rodzinny, subświat zawodowy czy subświat choroby to „enklawy w obrębie rzeczywistości podstawowej, wyróżniające się zawężonymi znaczeniami i sposobami doświadczenia” (Schütz 2008: 25).

Warto, moim zdaniem, postawić pytanie, czy i ewentualnie, z jakich powodów dany subświat

może wymknąć się kontroli podmiotu, i co istotniejsze, czy może on przejść funkcję rzeczywistości podstawowej?

Jeżeli aktor społeczny pod wpływem środków halucynogennych starał się będzie uchronić pasażerów komunikacji masowej przed inwazją obcych, prawdopodobne jest, że pasażerowie nie będą podzielali przyjmowanej przez niego definicji sytuacji¹ (Thomas, Znaniecki 1976). Wtedy też, przez wzgląd na dbałość o podtrzymanie swoich systemów znaczeń, przekażą zwolennika środków halucynogennych opiece instytucji, której zadaniem będzie przywrócenie poprzedniego sposobu postrzegania rzeczywistości. Społeczeństwo zadba o wydobywanie podróżnika z subświata wizji i przywróci wiarę w namacalną powszechność przyjmowanych znaczeń, symboli czy kulturowych wzorów w ramach rzeczywistości podstawowej.

Definicje sytuacji (Thomas, Znaniecki 1976) osoby będącej pod wpływem środków halucynogennych nie są bowiem akceptowane i intersubiektywnie podzielane przez innych uczestników życia społecznego. Zażywając narkotyk, jednostka powoduje modyfikowanie percepcji (podmiotowej wiedzy o) rzeczywistości, którą dzieli z innymi. Nie jest tym samym możliwe uzgodnienie podczas interakcji (czy też nawet, do pewnego stopnia, wynegocjowanie) symboli i znaczeń umożliwiających stworzenie jej „tej samej” rzeczywistości. Jednym więc z powodów utraty kontroli nad danym subświatem, który równocześnie pełni rolę rzeczywi-

stości podstawowej (w krótszej bądź dłuższej perspektywie czasowej), może być zażycie substancji chemicznej.

Mniej lub bardziej świadoma rezygnacja z uczestniczenia w intersubiektywnie dostępnej rzeczywistości podstawowej jest charakterystyczna dla aktorów, którzy cierpią na chorobę alkoholową². Podkreślić należy, że (okazjonalne) spożywanie alkoholu, niebędące skutkiem uzależnienia, różni się od chronicznej, systematycznej intoksykacji. Jednostek okazjonalnie migrujących do subświata „libacji” nie dotyczą zazwyczaj wymierne koszty społeczne (w wyjątkowych sytuacjach społeczność umieszcza je na jakiś czas w izolatkach – podobnie jak to się dzieje w przypadku chorób zakaźnych).

Aktorzy społeczni zapadający na alkoholizm ponoszą konsekwencje zdecydowanie bardziej poważne. Już we wczesnych etapach choroby zaczynają się pojawiać trudności związane z akceptowalnymi społecznie sposobami pełnienia ról. Postępująca dysfunkcjonalność obejmować zaczyna swym zasięgiem subświaty życia alkoholika w perspektywie globalnej. W życiu rodzinnym aktor stopniowo wycofuje się z czynności dotąd wykonywanych – odbierania dzieci z przedszkola/szkoły, sprzątnięcia czy pomocy w zakupach. Aktywność jednostki na gruncie subświata rodzinnego, za-

² Wykorzystać także mogłem perspektywę światów społecznych sformułowaną przez T. Shibutaniego bądź propozycję A. Straussa. W obu koncepcjach autorzy podkreślają rolę koncentrowania aktywności aktorów społecznych (podstawowej aktywności – *primary activity*) wokół istotnych dla nich, biograficznych priorytetów (Strauss 1984: 124; 1993: 213; Clarke 1990: 131; Kacperczyk 2005: 168). Wówczas rzeczywistość „zbierania znaczków, wspinaczki” lub „homoseksualności” (Strauss 1982: 121) utożsamiałbym z subświatem „czynnej choroby”, z kolei spożywanie alkoholu postrzegalbym w ramach *primary activity*.

¹ „Sytuacja jest zespołem wartości i postaw, z którymi jednostka czy grupa ma do czynienia w procesie działalności i według których planuje się działalność oraz ocenia wyniki” (Thomas, Znaniecki 1976: 85, t. 1).

równy rodziny pochodzenia, jak i prokreacji, znacząco się zmienia. Aktor ma coraz większe trudności w perspektywie pełnienia ról zawodowych. Także stopień zaangażowania w relacje społeczne związane z rolami przyjaciela/znajomego ulega postępującemu osłabianiu. Subświat „czynnej choroby” przejmuje zatem kontrolę nad pozostałymi subświatami, jednocześnie zyskując miano rzeczywistości podstawowej.

Specyfika choroby alkoholowej powoduje mniejsze bądź większe zniekształcenia „wiedzy” regulującej sposób funkcjonowania na arenie rzeczywistości podstawowej. Zaznaczyć należy, że dzieje się tak, abstrahując od faktu, czy osoba cierpiąca na uzależnienie znajduje się wciąż pod wpływem alkoholu oraz niezależnie od tego, czy potrafi zachować dłuższe bądź krótsze okresy abstynencji (Trzebiatowski 2008/2009).

Wydawać by się bowiem mogło, że w chwili, kiedy jednostka wytrzeźwieje i/lub przez dłuższy okres powstrzymuje się od konsumpcji, wówczas z powodzeniem ponownie odnajdzie się w rzeczywistości świata społecznego. W wyniku powstrzymywania się od spożywania alkoholu zamiana światów automatycznie nie następuje. Co jeszcze bardziej intrygujące, nie musi się tak stać nawet wtedy, kiedy aktor będący uczestnikiem spotkań anonimowych alkoholików (AA) zachowuje abstynencję trwającą rok i dłużej, nie pracując jednocześnie nad przemianą sposobu funkcjonowania w świecie społecznym (Trzebiatowski 2010).

Jakkolwiek utrzymywanie abstynencji jest warunkiem *sine qua non* zamiany światów, to jest niewy-

starczające, aby znaleźć się w subświecie zdrowienia. Pochodzące z poprzedniej rzeczywistości „czynnej choroby” definicje sytuacji³ (Thomas, Znaniecki 1976) to uniemożliwiają.

Cóż powinno się wydarzyć, aby podmiot zyskał szansę na powrót do świata, który wszyscy dzielimy? Miejsce powinna mieć alternacja, czyli przemiana „prawie całkowita”, w której „jednostka zmienia światy” (Berger, Luckmann 1983: 240).

W artykule dokonuję zatem analizy charakterystyki mechanizmów (re)socjalizacji AA oraz poszukuję odpowiedzi na pytanie, czy porzucenie subświata „czynnego alkoholizmu” na rzecz subświata zdrowienia AA jest możliwe. Aby alternacja mogła zakończyć się sukcesem, mechanizmy (re)socjalizacji powinny bowiem „od nowa przesądzić, czemu przypisze się walor realności” (Berger, Luckmann 1983: 241).

Inspiracje teoretyczne oraz założenia metodologiczne

Koncepcja teoretyczna artykułu została sformułowana na fundamencie paradygmatu interpretatywnego, który określany jest także paradygmatem społecznej definicji sytuacji, paradygmatem

³ Zamiast terminem definicji sytuacji z powodzeniem mogłem posłużyć się „schematami typizującymi”, jako że „rzeczywistość życia codziennego zawiera schematy typizujące, które pozwalają mi uświadomić sobie, jak postrzega się innych oraz jak ma się z nimi do czynienia. (...) Wszystkie te typizacje nieustannie wpływają na moje z nim interakcje” (Berger, Luckmann 1983: 64). Równie dobrze mógłbym także zastosować pojęcie habitusu, czyli „wytwór interioryzacji zasad arbitralności kulturowej zdolnej do samoodtwarzania po zatrzymaniu działania pedagogicznego i tym samym do odtwarzania w praktyce zasad zinterioryzowanej arbitralności” (Bourdieu, Passeron 2006: 109).

absolutystycznym czy fenomenologicznym (Hałas 2006: 29).

Na gruncie paradygmatu interpretatywnego wykorzystuję założenia teorii działań oraz socjologii fenomenologicznej. Autorzy reprezentujący symboliczny interakcjonizm zakładają, że „stająca się” rzeczywistość jest konstruowana i odtwarzana podczas nieustannie zachodzących interakcji (Blumer 1975; 1984; 2007; Mead 1975). Rzecznicy socjologii fenomenologicznej postulują natomiast, że aktorzy społeczni w wyniku gromadzonej oraz „przepracowywanej” wiedzy, zdobywanej dzięki interakcjom na gruncie rozmaitych społecznych światów, konstruuja subiektywną percepcję rzeczywistości społecznej (Berger, Luckmann 1983; Schütz 2008).

Dokonując integracji założeń obu koncepcji, przyjmuję, że wcześniejsze oraz aktualne doświadczenia biograficzne, powstające za pośrednictwem interakcji, są źródłem wiedzy, na podstawie której aktorzy społeczni wciąż na nowo podejmują wysiłek definiowania oraz stwarzania światów społecznych dzielonych intersubiektywnie wraz z innymi uczestnikami życia społecznego (Blumer 1975; 1984; 2007; Mead 1975; Schütz 2008).

Prezentowane w opracowaniu konkluzje i wnioski formułowałem w oparciu o badania jakościowe, które zyskały charakter monograficzno-biograficzny. Zastosowałem procedurę badań terenowych oraz procedurę badań sondażowych pogłębionych, gdzie pośród metod badawczych wykorzystałem metodę monograficzną, biograficzną oraz typologiczną. Przyjąłem ponadto kryteria metodologii

teorii ugruntowanej. Jej zaletą w przypadku moich badań było to, że „będąca zwykle teorią średniego zasięgu jest łatwa do zoperacjonalizowania” (Konecki 2000: 42).

Metoda monograficzna umożliwiła potraktowanie sieci grup anonimowych alkoholików w kategoriach specyficznej całości – jako wspólnotę działających, cechującą się charakterystyczną dla niej „kulturą”. Wykorzystanie zalet metody biograficznej pozwoliło nie tylko zrozumieć specyfikę społeczności terapeutycznej, ale również umożliwiło rozpatrywanie indywidualnych „odpowiedzi” wobec zjawisk w niej występujących (mechanizmów [re]socjalizacji). Metoda typologiczna umożliwiła natomiast wydobycie ukrytych dotąd pod zasłoną codziennych interakcji prawidłowości, dokonanie selekcji ich istotności oraz ostatecznie – sformułowanie wniosków ilustrujących wpływ mechanizmów (re)socjalizacji AA na poszczególnych członków wspólnoty.

Jako że „teorie ugruntowane tworzy się w procesie badania ze zgromadzonych danych” (Moustakas 2001: 14), wykorzystałem trzy techniki ich generowania: wywiad swobodny, wywiad narracyjny oraz technikę obserwacji uczestniczącej⁴.

⁴ Pośród innych technik wspomnieć można o „swobodnych rozmowach” z alkoholikami za pośrednictwem Internetu na stronie www.alkoholizm.com.pl. Pomimo że wartość badawcza tych rozmów była niewielka, to pozwoliła w pewien sposób potwierdzać wciąż uzyskiwane informacje. Starałem się także możliwie często odwiedzać strony internetowe zawierające materiały na temat samoorganizowania się chorych oraz materiały publikowane w czasopiśmie „Alkoholizm i Narkomania” (www.ain.edu.pl). Pomimo że nie należały do podstawowych źródeł, to stanowiły wartościowe uzupełnienie.

Dzięki triangulacji⁵, czyli łączeniu rozmaitych źródeł informacji oraz narzędzi metodologicznych (Konecki 2005), uzyskałem materiał empiryczny o dużym stopniu rzetelności i wiarygodności. W badaniu zdecydowałem się na triangulację gromadzenia danych (użyłem trzech różnych technik ich generowania – wywiadów swobodnych, wywiadów narracyjnych oraz techniki obserwacji uczestniczącej)⁶.

Wywiad swobodny miał na celu uszczegółowienie problematyki. Początkowe wywiady swobodne charakteryzowały się więc dużym stopniem ogólności (badani opowiadali wówczas o różnicach pomiędzy sposobem funkcjonowania na arenie życia społecznego przed wstąpieniem do AA i o tym, co uległo zmianie po wstąpieniu do AA). W kontekście procesu generowania danych miało to spełnić określone zadanie. Przede wszystkim uzyskałem możliwość skonstruowania mapy problematyki, uszczegółowienia oraz sformułowania „listy dyspozycji” do wywiadów narracyjnych (Glaser, Holton 2004).

W ramach metodologii teorii ugruntowanej zastosowałem strategię teoretycznego pobierania próbek (Konecki 2000). Dzięki kodowaniu rzeczowe-

⁵ Zdaniem N. Denzina triangulacja ma zastosowanie w czterech przypadkach. Pierwszy to triangulacja danych, czyli weryfikacja celów badawczych odbywająca się na podstawie materiału zgromadzonego z co najmniej dwóch odrębnych źródeł. Drugi przypadek to triangulacja badawcza, czyli możliwość analizowania tego samego problemu przez dwóch bądź większą liczbę badaczy. Trzeci to triangulacja teoretyczna – analizowanie danych faktów z punktu widzenia kilkunastu różnych perspektyw teoretycznych. Ostatni czwarty przypadek – triangulacja metodologiczna – to użycie co najmniej dwóch różnych tradycji metodologicznych, na przykład ilościowej oraz jakościowej (por. Denzin 1990).

⁶ Por. Konecki (2005).

mu wyłoniła się kategoria alternacji – przemiany światów. Za sprawą kodowania zogniskowanego wyodrębniłem natomiast kategorię centralną – będącą przedmiotem publikacji mechanizmy (re)socjalizacji. Następnie za pośrednictwem kodowania teoretycznego (notom teoretycznym pisany na bieżąco podczas procesu generowania danych) analizowałem relacje pomiędzy mechanizmami (re)socjalizacji.

Dodać należy, że strategia nieustannego porównywania (Konecki 2000: 30–31) umożliwiła pracę „na gorąco” na gromadzonym materiale badawczym, dzięki czemu możliwe okazało się zamknięcie analizowanego zjawiska w pewnych ramach. To z kolei pozwoliło na precyzyjne wyjaśnianie rozpatrywanego fenomenu dzięki uwzględnieniu dialektyki oraz oszacowaniu istotności elementów go konstytuujących. Jako badacz dysponowałem wówczas mapą konturową, na której zazaczyłem punkty orientacyjne – miejsca wspólne i te, które zdecydowanie się od siebie różniły.

Teoretyczne nasycenie (Konecki 2000: 31) miało miejsce w chwili, gdy ogółem przeprowadziłem 36 wywiadów swobodnych i narracyjnych (18 wywiadów swobodnych oraz 18 wywiadów narracyjnych). Niezależnie od specyfiki danej grupy anonimowych alkoholików (miejsca odbywania się spotkań zdrowiejących w Poznaniu, różnorodności uczestników tych spotkań – losów karier biograficznych itp.), spostrzegłem, że wpływ grup AA na respondentów w perspektywie przemiany światów charakteryzuje występowanie czterech mechanizmów (re)socjalizacji.

Dalsza analiza oddziaływania grup AA na osoby badane nie była konieczna, gdyż nie zmieniłaby ani ilości eksplorowanych procesów, ani cech dla tych procesów typowych. Innymi słowy, oddziaływanie wyselekcjonowanych mechanizmów (re)socjalizacji poznańskich grup Wspólnoty Anonimowych Alkoholików było, po pierwsze, „powtarzalne” (w każdej grupie występowały te same mechanizmy), z drugiej zaś strony mechanizmy charakteryzowały się tymi samymi cechami.

Jako że nazwy mechanizmów miały odzwierciedlać charakter danego procesu, określiłem je kolejno mianem: mechanizmu afiliacyjno-afektywnego, mechanizmu komunikacyjno-poznawczego, mechanizmu katharsis – budowania nowej tożsamości oraz mechanizmu podtrzymywania nawrócenia.

Istotną rolę w perspektywie badań spełniła technika obserwacji uczestniczącej. Decyzja, aby stać się jednym z uczestników AA, zapadła na wczesnych etapach konceptualizacji. Za minimum badawcze przyjąłem 50 godzin obserwacji uczestniczącej (z anonimowymi alkoholikami spędziłem około 80 godzin, począwszy od 2008 roku).

Wybór grup AA został dokonany w oparciu o listę spotkań otwartych, w których udział mogli brać „niezależni cywile” (jak to określali członkowie AA). Następnie przygotowałem szczegółowy plan przebywania z anonimowymi alkoholikami poza ich „oficjalnymi spotkaniami na grupach” (spotkania w domach i klubach trzeźwości⁷). Poprosiłem również

o umożliwienie współuczestniczenia w służbie Telefonu Zaufania Anonimowych Alkoholików oraz spotkaniach Intergrupy Regionu AA Warta.

Z punktu widzenia prowadzonych analiz, wiele cennych danych uzyskałem w drodze rozmów nieformalnych podczas spotkań towarzyskich. Z reguły miały one miejsce przy okazji rozmaitych wydarzeń związanych z życiem Domu Trzeźwości na Alejach Marcinkowskiego 24 w Poznaniu oraz Klubu Abstynenta „Zwycięstwo” przy ulicy Litewskiej 8 w Poznaniu. Wernisaże, koncerty, występy Teatru „Emocje” czy wystawy prac klubowiczów gromadziły wielu gości. Przy tej okazji miałem możliwość wglądu w „strukturę dnia codziennego” anonimowych alkoholików.

Próba badawcza liczyła 25 uczestników spotkań AA. Ze względu na trudności z przeprowadzeniem wywiadów bądź uzyskanie niepełnych informacji analizie poddałem 18 wywiadów składających się z części narracyjnej oraz swobodnej.

Pośród respondentów większość stanowili mężczyźni (10 w stosunku do 8 kobiet). Najmłodszy uczestnik miał dwadzieścia dziewięć lat, najstarszy zaś – sześćdziesiąt siedem. Okres zdrowienia we Wspólnocie Anonimowych Alkoholików wynosił od niespełna sześciu miesięcy do dwudziestu trzech lat.

Z subświata „czynnego alkoholizmu” do rzeczywistości zdrowienia – mechanizmy (re)socjalizacji AA

W wyniku przeprowadzonych badań zauważyłem, że mechanizmami (re)socjalizacji wykorzystywa-

ny przez anonimowych alkoholików, umożliwiającymi zmianę subświata „czynnej choroby” na subświat zdrowienia, były: mechanizm afiliacyjno-afektywny, mechanizm komunikacyjno-poznawczy, mechanizm katharsis – budowanie nowej tożsamości oraz mechanizm podtrzymywania nawrócenia.

Mechanizm afiliacyjno-afektywny (1)

Mechanizm afiliacyjno-afektywny utożsamiałem z procesem przebudowy relacji emocjonalnych, który równoznaczny był z przemianą grup odniesienia (Shibutani 1962: 141; Łoś 1976: 107–115). Przebudowa więzi społecznych pod wpływem oddziaływania grup AA znajdowała urzeczywistnienie, po pierwsze, w fakcie, że zdrowiejący alkoholicy wygaszali bądź rezygnowali z kontaktów łączących ich z subświatem „czynnego alkoholizmu”, po drugie – konstruowali nowe więzi na gruncie subświata terapeutycznego AA. Obu formom przemiany towarzyszyło (re)socjalizowanie podmiotowej sfery emocjonalnej.

Pierwsze oblicze mechanizmu oznaczało, że o ile wcześniej potrzeby afiliacyjno-afektywne zaspokajali przyjaciele i znajomi wywodzący się z subświata „czynnej choroby”, o tyle, po wstąpieniu badanych w szeregi AA, ich rola zaczynała systematycznie maleć. Nie następowało to jednak na zasadzie ostrego cięcia, zdecydowanego odizolowania się od wpływów poprzedniego kręgu znajomych. „Nie zmieniłam od razu znajomych. Nie zrywałam przyjaźni. Przecież piłam z nimi wiele lat. Taka święta nie byłam. A radzili mi, że najprościej – to zerwać wszystkie kontakty. Nie chciałam tak robić,

jak to tak” (Katarzyna⁸, lat 54, trzynastoletni staż zdrowienia w AA).

W chwili podjęcia leczenia zdrowiejący nie zerwali gwałtownie więzi, pomimo tego, że tak sugerowano we wspólnocie. Zmiana stylu życia w początkowym okresie pobytu w ruchu nie nastąpiła. „Kiedyś normą było łażenie po knajpach. Nadal w nich bywałam, nie pijąc. Co miałam robić? Jak piłam, każdy weekend spędzałam w pubach. Ciężko było zrozumieć, że można inaczej spędzać czas” (Danuta, lat 51, roczny staż zdrowienia w AA). Badani nie tylko nie rezygnowali z przebywania w miejscach, w których wcześniej spożywali alkohol, ale również nie chcieli zrywać kontaktów z przyjaciółmi – ważnych w perspektywie relacji emocjonalnych. „Dużo dla siebie znaczyliśmy, przynajmniej tak czułam. Wspieraliśmy się, pomagaliśmy” (Katarzyna, lat 54, trzynastoletni staż zdrowienia w AA). Innymi słowy, osoby, z którymi respondenci spożywali alkohol, udzielały wsparcia emocjonalnego i były niejako „centrum afiliacyjno-afektywnym”, gdzie badani mogli uzyskać pomoc.

W miarę postępowania zdrowienia badani zaczęli dostrzegać, że grono „starych przyjaciół” stanowi, po pierwsze, zagrożenie dla ich nieustabilizowanej abstynencji, po drugie zaś – interesuje ich podtrzymywanie stosunków społecznych tylko o tyle, o ile mogą korzystać z ich zasobów: kapitału społecznego bądź ekonomicznego. Kapitał społeczny rozumiany jest tutaj jako zestaw środków, których źródłem jest wysoka pozycja społeczna. „Oni mieli ze mną bardzo dobrze, wszystko mogłam załatwić.

⁸ Imiona respondentów zostały zmienione ze względu na konieczność zachowania anonimowości.

Miałam silną pozycję i takie układy, że hej” (Katarzyna, lat 54, trzynastoletni staż zdrowienia w AA). Wykorzystywanie przez grono znajomych kapitału ekonomicznego to natomiast fundowanie przez respondenta alkoholu. „Tak było od zawsze, od czasów studiów tak zostało. Szybko awansowałam i na nasze warunki zarabiałem krocie. Nie widziałem problemu, postawić raz czy drugi. Coś załatwić. To przecież normalka, nie? (...) Szybko się do tego przyzwyczaili” (Mateusz, lat 31, czteroletni staż zdrowienia w AA). Punkt zwrotny (*turning point*) (por. Bokszański 1989: 136; Hałas 2006: 258) w dynamice więzi emocjonalnych następował wtedy, kiedy badani po rozpoczęciu leczenia, odmawiając wykorzystywania ich kapitałów, licząc na zaspokojenie potrzeb emocjonalno-ekspresyjnych: uzyskania oparcia i pomocy w trudnej sytuacji, spotykali się z odrzuceniem i ostracyzmem ze strony przyjaciół. Okazywało się bowiem, że przyjaciele skłonni są towarzyszyć w kryzysie jedynie za cenę uzyskania konkretnych korzyści.

Wiesz, było mi strasznie źle, bardzo trudno. Tyle nowych rzeczy w tym AA. Nie mogłem się pozbierać. Myślałem, że jak się spotkamy i pogadamy, pobędziemy ze sobą, jakoś mi się to poukłada, znajdę dystans. Siedzimy, a patrzę, tylko czekają, jak zacznę stawiać. A przecież wiedzieli, że nie piję. To jak? Miałem stawiać kolejkę, jak sam nie piję? Szok. I tak nie miałem dużo kasy, ale otworzy mi się oczy. (Mateusz, lat 31, czteroletni staż zdrowienia w AA)

W chwili, kiedy respondenci dostrzegali zmianę sposobu traktowania ich przez znajomych, uświadamiali sobie, jaki charakter więzi łączył ich z owymi osobami. Jak konkludowała Krystyna:

[p]o kilku miesiącach w AA dotarło do mnie, jakie to były znajomości. No, miałam przykłady, jakie to przyjaźnie, zero wsparcia. (...) Byłam samotna. Miałam tylko przyjaciół ze starego życia. A to było tak, że byli dla mnie zagrożeniem, bo mogłam się napić. No... I widziałam też na trzeźwo, jakie to towarzystwo interesowne i że interesuje ich tylko, co mogą dostać. (Krystyna, lat 61, szesnastoletni staż zdrowienia w AA)

Przyczyną napięcia towarzyszącego badanym były także wskazówki i sugestie osób z „nowego świata” – rzeczywistości zdrowienia AA. Anonimowi alkoholicy zalecają swoim członkom, aby nie podtrzymywali kontaktów społecznych sprzed wstąpienia na ścieżkę zdrowienia.

Gdy respondenci utwierdzali się w osądzie odnośnie charakteru stosunków społecznych, jakie do tej pory były ich udziałem, następowała przemiana sposobu działania. „Ze starymi ludźmi, których uważałem za przyjaciół, przestało mnie coś łączyć. Nie było z nimi o czym gadać. Coraz rzadziej się z nimi kontaktowałem” (Cezary, lat 43, dwuletni staż zdrowienia w AA). Badani stwierdzali, że będąc trzeźwymi, dostrzegali specyfikę więzi łączącej ich z przyjaciółmi: obecnie niewiele jest powodów bycia razem – na przykład tematów do rozmowy. Ponadto dawni kompani zaprzestali interesować się losem respondentów. „Czułam złość, ale nie na nich, a na siebie, że się sama oszukiwałam, że mam przyjaciół” (Katarzyna, lat 54, trzynastoletni staż zdrowienia w AA). Starając się uzasadnić przyjmowaną wobec badanych strategię działania, przyjaciele pochodzący z subświata „czynnej choroby” wyjaśniali, że uczestniczenie w mitingach grup anonimowych alkoholiców „namieszało im w głowie” – „przerobiono im mózg”. „Nagle okazało się,

że jestem dziwna, że mi mózg przerobili w tym AA” (Izabela, lat 29, półroczny staż zdrowienia w AA). „Oni pili... Ja też, to wszystko grało. A jak się wyłamałem, śmiali się ze mnie, że do jakiejś sekty się zapisałem” (Mateusz, lat 31, czteroletni staż zdrowienia w AA). Dawni przyjaciele, chcąc podtrzymać wynegocjowaną definicję sytuacji, w której spożywanie alkoholu było podstawowym spoiwem cementującym stosunki społeczne, pragnąc utrzymać *status quo* ładu społecznego na gruncie kręgu towarzyskiego, uznawali zdrowiejących alkoholiców za obcych, dziwnych i niepasujących do grona. W interesujący sposób przemianę postrzegania więzi tłumaczył Marcin. Zapytany, czy w chwili kiedy rozpoczął leczenie kontaktował się z dawnymi znajomymi, zauważył:

[p]arę razy tam byłem. Potem stwierdziłem, że to bez sensu. Zepsułem im komfort picia i brania. Wszystko kręciło się, najpierw, żeby zdobyć towar, jechać do knajpy i się nałoić. Jak byłem kilka miesięcy czysty, dziwiłem się, że tak długo można czekać na towar. Hm... Mielśmy pogadać, może w gry zagrać razem, a ci kilka godzin czekali na towar. Nic nie można było zrobić, zanim towaru nie było. A tu jeden nawiedzony, czyli ja, gada im, że można ze tego wyjść, że nie trzeba wcale pić ani palić. Nie słuchali, jakbym do ściany gadał. Zrozumiałem, że tu się nie liczą ludzie, liczy się byle się zmuścić. (Marcin, lat 39, sześćioletni staż zdrowienia w AA)

Na tym etapie biografii respondenci intensywnie doświadczali trudów zdrowienia. Następująca przemiana grup odniesienia w perspektywie mechanizmu afiliacyjno-afektywnego powodowała bowiem, że znajdowali się w specyficznym stanie społecznej próżni. „Zostawiają cię wszyscy. Jesteś sama. Nie możesz chodzić w stare miejsca” (Katarzyna, lat 54, trzynastoletni staż zdrowienia w AA). Stan ów charakte-

ryzował się tym, że poprzednie stosunki społeczne, zapewniające między innymi zaspokajanie potrzeb, zostały zerwane, nowe zaś nie zostały zbudowane. Badani znajdowali się pomiędzy światami – subświatem choroby a subświatem zdrowienia AA. Stwierdzić zatem można istnienie anomii – braku więzi społecznych. Podkreślić w tym przypadku należy ponadto fakt, że stosunki społeczne w obrębie rodziny pochodzenia i/lub prokreacji także znajdowały się w gruntownej przebudowie. Potęgowało to stres oraz poczucie alienacji. Jak wyjaśniał jeden z badanych: „na imieniny i imprezy rodzinne też nie chodziłem. Tam się pije. To zostaje tylko AA. Dołowało mnie to” (Jurek, lat 49, dwunastoletni staż zdrowienia w AA). Pomimo utraty znaczących w perspektywie afiliacji i afektu więzi, badani nie rezygnowali z kolejnych kroków prowadzących do „nowego świata”.

Przychodziłam dużo, dużo wcześniej przed mitingiem do klubu i siedziałam, czekałam, aż ktoś przyjdzie. Wiedziałam, że tak jestem bezpieczna. Dziwnie się czułam, no jak, przychodzi, nie ma co ze sobą zrobić? (...) Ale szybko nawiązałam kontakty w AA. Nawet nie wiem, kiedy mnie to pochłonęło. (Małgorzata, lat 45, siedmioletni staż zdrowienia w AA)

Drugie oblicze mechanizmu znajdowało wyraz w gwałtownej izolacji od wcześniejszych więzi. O ile na przykładzie pierwszej postaci pokazano, że rola dotychczasowej grupy odniesienia, wywodzącej się z subświata „czynnej choroby”, stopniowo zaczynała maleć, o tyle drugie oblicze cechowało odcięcie tych wpływów na zasadzie „ostrego cięcia”. Następową zdecydowaną separacją od poprzedniego kręgu znajomych. Zabieg ów aktualizował się poprzez umieszczenie dawnych przyjaciół po drugiej stronie muru, który badani budowali, aby chronić się przed

oddziaływaniem poprzedniej „rzeczywistości czynnej choroby”. „Na początku trzeźwienia po prostu trzymałem się od nich z dala. Nie mogę powiedzieć. (...) Uciekałem od nich. Wiedziałem, że szybko się rozjeżdżie, że wstąpiłem do tych alkoholików (*uśmiech*). (...) Omijałem z daleka miejsca, gdzie pili” (Henryk, lat 67, dwudziestotrzyletni staż zdrowienia w AA). Respondenci „palili mosty”, izolując się od wcześniejszych, sprzed okresu wstąpienia do AA, stosunków społecznych. Taktyka taka umożliwiała w ich opinii bezzwłoczne opuszczenie granic „starego świata” wraz ze wszystkim, co ten świat uosabiał. „Przestałem chadzać do kumpli od kielicha. No... Zamiast tego jechałem na grupę” (Grzegorz, lat 59, czteroletni staż zdrowienia w AA). Ze znajomymi – w okresie, kiedy pozostawali w „czynnym uzależnieniu” – badani spotykali się przede wszystkim w celu wspólnego spożywania alkoholu. „Gdy piłem, kumplowałem się z takimi co chlali. Głównie spotykaliśmy się, żeby pić. Piło się coraz więcej” (Henryk, lat 67, dwudziestotrzyletni staż zdrowienia w AA). Jakkolwiek separacja od tych stosunków społecznych spełniała konkretną funkcję – chroniła przed możliwością złamania abstynencji, to w początkowym okresie pobytu we Wspólnocie Anonimowych Alkoholików respondenci mieli z tego powodu wyrzuty sumienia. „No... Miałem kaca moralnego. (...) Przez następne lata miałem wyrzuty sumienia i poczucie winy” (Marcin, lat 39, sześciolatni staż zdrowienia w AA). Nadmienić należy, że dawni znajomi, podobnie jak to się działo w pierwszej postaci mechanizmu (stopniowym wygaszaniu afiliacji – afektu), wykluczali zdrowiejących z kręgu przyjaciół. „Momentalnie rozeszła się wieść, że nie piję i jestem nienormalny. Całe towarzystwo miało mnie, i chyba nadal ma, za głupka” (Aleksander, lat 33, sześciolatni staż zdrowienia

w AA). Migracja do nowej rzeczywistości subświata terapeutycznego AA miała więc wymierną cenę.

Pomimo kosztów, jakie badani ponieśli, uciekając ze starego świata – czyli poczucia winy, wyrzutów sumienia oraz statusu „nienormalnych”, odzyskali „samyh siebie”, dziś mają dobre samopoczucie i są dumni z własnej trzeźwości. „Tylko, że to ja czuję się wspaniale, nareszcie jestem sobą i nie piję... [powiedziane z naciskiem]” (Aleksander, lat 33, sześciolatni staż zdrowienia w AA). Znaleźli ponadto kontekst społeczny, w którym możliwe jest nie tylko funkcjonowanie bez narażania na szwank abstynencji, ale i nawiązywanie więzi jakościowo innych niż na gruncie poprzedniego świata „czynnej choroby”.

Zdrowiejący – niezależnie od tego, czy stopniowo czy gwałtownie zrywali stosunki społeczne – deklarowali, że nie podtrzymywali więzi z osobami wywodzącymi się z poprzednich grup odniesienia. Działo się tak przede wszystkim na skutek (re)socjalizacji emocjonalnej sfery podmiotowej. Pierwszym krokiem na drodze tej przemiany było odczucie akceptacji oraz zrozumienia na spotkaniach grup anonimowych alkoholików.

B: Dziwnie się czułam, z kilku powodów. Nikt mi nie przerywał, jak mówiłam, nikt tego nie komentował. To było dziwne. (...) Za starych czasów, chyba nikt mnie nie rozumiał. A tu byłam zaakceptowana jaka jestem. Czułam, że jestem rozumiana i że łączy nas niewidzialna nić.

JT: Co to za nić?

B: Nie-alkoholik nie zrozumie, że picie to nic przyjemnego, my to wiedzieliśmy, dlatego rozumieliśmy się bez słów. (Barbara, lat 39, ośmioletni staż zdrowienia w AA)

Respondenci podkreślali rolę atmosfery panującej na mitingach AA. Nikt nie przerywał ani nie komentował ich wypowiedzi. Fakt ów wynikał bezpośrednio ze specyfiki zasad regulujących spotkania, mających odzwierciedlenie w preambule oraz 12 Tradycjach AA⁹. „Na grupach jeden mówi, reszta słucha. To zapewnia komfort wypowiedzi, budzi poczucie godności i być może doniosłości wypowiedzianych kwestii. Niewątpliwie to wzmacnia” (Grzegorz, lat 59, czteroletni staż zdrowienia w AA). Badani spostrzegali, że towarzysze, z którymi wcześniej spożywali alkohol, nie zaspokajali ich potrzeb emocjonalnych, a liczyli jedynie na uzyskiwanie niematerialnych i materialnych korzyści. „Kumple od kielicha to żadni przyjaciele. To w AA zobaczyłem, nie można w ogóle na nich liczyć” (Aleksander, lat 33, sześciolatni staż zdrowienia w AA). O ile zdrowiejący nie uzyskiwali wsparcia emocjonalnego: zrozumienia, akceptacji, zainteresowania ich losem oraz pomocy w kryzysie od grona dawnych przyjaciół, o tyle mogli na nie liczyć na gruncie nowego dla nich świata – rzeczywistości terapeutycznej anonimowych alkoholików.

Drugim krokiem na drodze przemiany sfery emocjonalnej było konstruowanie więzi ze „znaczącymi innymi” wywodzącymi się z AA (Berger, Luckmann 1983). Następową przemianą grupy odniesienia. O ile wcześniej funkcję ową spełniały kręgi towarzyskie z subświata choroby, o tyle po wstąpieniu do wspólnoty, badani coraz częściej skłonni byli lokować osoby „znaczące” na gruncie rzeczywistości terapeutycznej. „Tomek fajnie mówił, zdecydowanie, z naciskiem, aż ciarki przechodziły. Imponowa-

⁹ Por. *Anonimowi Alkoholicy* 2006.

ło mi to” (Mateusz, lat 31, czteroletni staż zdrowienia w AA). „Znaczącymi innymi” były więc osoby wywodzące się z rzeczywistości zdrowienia AA, które służyły respondentom za dostarczycieli nowych definicji sytuacji – zarówno w perspektywie afiliacyjno-afektywnej, jak i poznawczej. Z nimi badani budowali relacje, nabywali schematy poznawcze oraz uczyli się nowych wzorów postępowania. Innymi słowy, „znaczący inni są przewodnikami na drodze do nowej rzeczywistości (...) uobecniają oni strukturę uwiarygodnienia i pośredniczą w dostępie jednostki do nowego świata” (Berger, Luckmann 1983: 241). Respondenci wyróżnili dwa rodzaje osób „znaczących” w perspektywie mechanizmu afektywnego. Po pierwsze, byli to sponsorzy¹⁰, po drugie zaś – inni AA, z którymi badani się utożsamiali.

Nadmienić należy, że przemiana podmiotowej sfery emocjonalnej nie następowała z dnia na dzień. W zależności od uwarunkowań podmiotowych, jej (re)socjalizowanie trwało od kilku miesięcy do kilkunastu lat. „W końcu zacząłem wypełniać pustkę po starych koleżkach. (...) Parę lat zleciało. W AA zawierałem znajomości” (Henryk, lat 67, dwudziestotrzyletni staż zdrowienia w AA). Pustka po poprzednich więziach społecznych z czasem zaczęła się wypełniać, zdrowiejący natomiast zaczęli nawiązywać i budować w AA nowe relacje.

Mechanizm komunikacyjno-poznawczy (2)

Mechanizm komunikacyjno-poznawczy utożsamiałem z wykorzystywaniem przez respondentów schematów interpretacji oraz definicji sytuacji

¹⁰ Sponsor był przewodnikiem po nowym świecie, wyjaśniał reguły nim rządzące, wprowadzał w życie wspólnoty.

„znaczących innych” z subświata zdrowienia AA, będących „centrum poznawczym” (Berger, Luckmann 1983: 241). (Re)socjalizowanie oznaczało więc ponowne nabywanie wartości i norm (bądź modyfikowanie sposobu postrzegania wartości i norm uprzednio zinternalizowanych), które następowało równocześnie z procesem zmieniania grup odniesienia (Shibutani 1962: 141; Łoś 1976: 107–115).

Proces zamiany światów, szczególnie w jego początkowej fazie, był dla respondentów doświadczeniem trudnym. „Na początku było ciężko. Pić mi się chciało jak diabli” (Aleksander, lat 33, sześćdziesięcioletni staż zdrowienia w AA). Biografię respondentów wypełniał czas poświęcony spotkaniom AA oraz ewentualnie terapii, jeśli zdecydowali się na uczestniczenie w zinstytucjonalizowanych formach leczenia choroby alkoholowej¹¹. „Większość czasu po pracy byłem na grupach. To dobrze, nie myślałem o napiciu. No i tam poznałem nowych ludzi w takiej samej sytuacji” (Krzysztof, lat 30, dwuletni staż zdrowienia w AA). Alternacja rzeczywistości czynnego alkoholizmu na subświat zdrowienia oznaczała, że badani (gwałtownie bądź stopniowo) wygaszali wcześniejsze stosunki społeczne. Działo się to jednak nie tylko w perspektywie mechanizmu afiliacyjno-afektywnego, ale także w kontekście mechanizmu komunikacyjno-poznawczego. Stary świat odchodził w zapomnienie. Respondenci uczyli się niejako żyć od nowa. Postępująca (re)socjalizacja zakładała w mniejszym bądź większym stopniu „modyfikację poznawczą”. Wspólnota AA, będąc „nową” gru-

pą odniesienia, dostarczała – za sprawą „znaczących innych” – zarówno schematów poznawczych, jak i wzorów ról. Grupy AA, stanowiąc „strukturę uwiarygodnienia” (Berger, Luckmann 1983), nie tylko proponowały receptę na nowy sposób życia, ale i dopilnowywały, aby się on urzeczywistniał na gruncie ścieżek biograficznych. Warto zatem prześledzić krok po kroku, w jaki sposób proces (re)socjalizowania w kontekście mechanizmu komunikacyjno-poznawczego aktualizował się podczas oddziaływań terapeutycznych.

(Re)socjalizację utożsamiać należy z obcowaniem badanych z osobami wywodzącymi się z subświata zdrowienia: „chodzę na grupy. Tam czerpię wiedzę” (Aleksander, lat 33, sześćdziesięcioletni staż zdrowienia w AA). Za sprawą członków wspólnoty AA miało wówczas miejsce niejako powtarzanie „lekcji socjalizacyjnych”, jakie odbywały się na jej pierwotnym etapie: „uczyłam się żyć od nowa bez alkoholu” (Katarzyna, lat 54, trzynastoletni staż zdrowienia w AA). W świetle mechanizmu komunikacyjno-poznawczego oznaczało to „intensywną koncentrację wszelkich ważnych interakcji w grupie, która wciela strukturę uwiarygodnienia, a zwłaszcza w osobach, którym przypisano zadanie resocjalizacji” (Berger, Luckmann 1983: 241). Konieczność ponowienia socjalizacji wynikała – można by posłużyć się stwierdzeniami respondentów – z faktu, że:

[z]orientowałam się, że nic nie umiem i nic nie wiem. O sobie, ludziach i życiu. Jak ktoś ma ataki paniki po zaprzestaniu picia, że nie może wyjść na dwór, tak się boi, to rozumie, że jest w punkcie wyjścia i musi zacząć wszystko od nowa. (Małgorzata, lat 45, siedmioletni staż zdrowienia w AA)

Podobnie nieodzowność procesu (re)socjalizacji uzasadniał Jurek:

[p]iłem dobrze ponad trzydzieści lat. To proste. Ostro pijąc od gówniarza, nie rozwijałem się. A w AA się mówi, że jak się nie rozwijasz, to się cofasz. No więc trzydzieści lat byłem zamrożony. Bez pomocy alkoholu nie umiałem nic załatwić. (Jurek, lat 49, dwunastoletni staż zdrowienia w AA)

Niektórzy spośród respondentów skłonni byli uzasadniać niezbędność (re)socjalizacji doświadczeniami biograficznymi jeszcze sprzed zachorowania na alkoholizm. Zdaniem Mateusza:

[n]ikt nie nauczył mnie wielu rzeczy. Nawet jakbym nie osiągnął dna, to i tak musiałbym od nowa się dużo uczyć. (...) Rodzice byli alkoholikami. Dzieciństwo to kłótnie, awantury. W szkole szybko zacząłem nadużywać. To dopiero w AA pierwszy raz się dowadywałem. Tam mnie przytulono, jak małe dziecko. (Mateusz, lat 31, czteroletni staż zdrowienia w AA)

Abstrahując od źródeł nieodzowności „powtórki” procesu (bądź też niektórych jego elementów), wypowiedzi respondentów przemawiają za dokonywaniem się alternacji. Cóż jednak oznaczała alternacja – zjawisko „zamiany światów”?

Przypomnieć należy, że „rzeczywistość „czynnego alkoholizmu” stała się „światem podstawowym”. Podzielane przez respondentów znaczenia, wzory zachowań oraz wartości nie były społecznie akceptowane. Konieczne było więc zastosowanie mechanizmów terapeutycznych, aby przywrócić badanym realność oraz uniwersalność wyznawanych wartości i norm, które umożliwiłyby ponowne wtopienie się w społeczną tkaninę. W tym celu

społeczność terapeutyczna anonimowych alkoholików niejako wydobywała badanych z rzeczywistości „czynnego alkoholizmu” oraz uczyła – socjalizując do funkcjonowania na gruncie rzeczywistości zdrowienia, będącej częścią dominującego uniwersum „świata życia codziennego”. Wchłanianie do „nowych” grup odniesienia badani w trakcie zabiegów terapeutycznych na nowo podejmowali wysiłek definiowania rozmaitych faktów społecznych. Materiału społecznego dostarczali jednak w tym przypadku anonimowi alkoholicy. W tym też sensie, za pośrednictwem „nowej” grupy odniesienia AA, aktualizował się mechanizm komunikacyjno-poznawczy.

Powracając do głównego nurtu dociekań, nadmienić można, że proces (re)socjalizacji w kontekście mechanizmu komunikacyjno-poznawczego znajdował urzeczywistnienie w konkretnych formach. Jakkolwiek wspólnym mianownikiem oddziaływań terapeutycznych była interakcja, o tyle przybierała ona rozmaite postacie. Respondenci w czasie rozmów z osobami wywodzącymi się z subświata zdrowienia otrzymywali konkretne wskazówki, jak postępować w danych społecznych kontekstach. Inni AA, będąc źródłem „sprawdzonych sposobów postępowania”, stanowili „centrum poznawcze” (Berger, Luckmann 1983: 241), jakim na etapie socjalizacji pierwotnej najczęściej są pierwotni opiekunowie.

Dopiero tam mi powiedzieli, że świat wcale nie jest zły. Świat jest taki, jak go widzę. Serio. (...) Kazali nosić codziennie notes i pisać, co czuję. Ja nawet nie wiedziałem, że są uczucia. Nooo... Jak się pojawiał problem, mówiłem o tym na grupie. Zawsze znalazło się rozwiązanie. Aowcy mówili o własnych

doświadczeniach. Jak to było u nich na przykład. (Dariusz, lat 42, pięcioletni staż zdrowienia w AA)

Badany w AA nabrał przekonania, że świat jest bytem, który sam stwarza. Jeżeli zdefiniuje go i określi jako rzeczywistość wrogą, nieprzyjazną i obcą, taki faktycznie się dla niego stanie. Respondenci zyskali więc możliwość wykreowania „swojego świata” na nowo, zaś subświat zdrowienia, w odróżnieniu od rzeczywistości „czynnej choroby”, był przestrzenią, w której jest miejsce na uczucia i odnajdywanie trafnych odpowiedzi. Małgorzata, zapytana, w jaki sposób chorzy uczą się w trakcie spotkań, stwierdziła:

[c]chodzi pan na mitingi i słucha. Można się tylu rzeczy dowiedzieć. Jak akurat o tym, co pana gryzie, nie mówi nikt na grupie, rzuca pan temat prowadzącemu, a on robi z tego temat mitingu. Wszyscy na grupie zaraz mówią o tym. Ma pan na talerzu to, co chciał, o co pytał. (Małgorzata, lat 45, siedmioletni staż zdrowienia w AA)

Jeśli respondent nie uzyskał cennych informacji na interesujący go temat, miał do dyspozycji możliwość uczynienia danego zagadnienia tematem spotkania. Znajdujący się na mityngu anonimowych alkoholików dzielili się doświadczeniem, podpowiadali możliwe sposoby rozwiązania trudności, mówili o własnych przeżyciach, proponowali konkretne strategie uporania się z problemem. Jak wyjaśniła Barbara, to taka: „burza mózgów, co kto wie na zadany temat. Jak sobie z tym poradził, jak to było u niego. Ludzie mówią, są różne punkty widzenia, różne wypowiedzi, ten miał tak i radzi to, tamten tak, ale radzi co innego” (Barbara, lat 39, ośmioletni staż zdrowienia w AA). Aleksander po-

proszony o opisanie, w jaki sposób uczył się w AA, odpowiedział: „pytałem o konkrety, jak zrobić to i siamto. Okazywało się, że jestem jak dziecko we mgle. To dopytywałem. Gdziekolwiek pan nie pójdzie, znajdzie kogoś, kto wysłucha, doradzi” (Aleksander, lat 33, sześćioletni staż zdrowienia w AA). Innymi słowy: „jak chodzi się regularnie na grupy, to nie ma problemu. Zawsze przyjdzie ktoś, kto coś podobnego miał i sobie z tym poradził” (Danuta, lat 51, roczny staż zdrowienia w AA).

(Re)socjalizowanie – „ponowną” naukę schematów poznawczych – identyfikować można z różnymi postaciami wymian interakcyjnych, pośród których respondenci wskazywali na: słuchanie, konwersowanie, dopytywanie, wypowiedzanie się na forum grupy, zgłaszanie problemu w trakcie spotkania AA oraz prośbę o uczynienie danej kwestii tematem mitingu. Wskazaniem formom towarzyszyła zazwyczaj wnikliwa obserwacja.

K: Ludzie mają różne sposoby. Osobiście skupiłam się na początku na słuchaniu na grupach. Idzie pan na grupę, to usłyszysz pan rozwiązanie.

JT: To znaczy?

K: Znaczący ktoś inny akurat mówi jak sobie z czymś poradził, a jak nie, to pochodzi się po grupie, jak nie ma się przykładowo odwagi odezwać na grupie, łapie delikwenta i pyta. (...) Jestem tu ponad piętnaście lat, nie widziałam, żeby komuś odmówiono pomocy. (Krystyna, lat 61, szesnastoletni staż zdrowienia w AA)

Innym ciekawym przykładem wymian interakcyjnych, za pośrednictwem których odbywało się społeczne dystrybuowanie wiedzy, obrazować może wypowiedź Krystyny.

Śliczna, młoda dziewczyna do nas przyszła. Miała kłopot z ukończeniem studiów. Pijąc, radziła sobie z lękami. Na przerwie z nią rozmawiałam. Przypomniałam sobie, że Monika z Genesis miała nerwicę i dała radę. Wysłałam wiadomość Monice, czy mogę dać numer komórki. Monika się zgodziła.

JT: A po co ten numer?

K: Chciałam pomóc. Jestem tutaj trochę, znam ludzi, którzy mieli nie takie kłopoty i dawali radę. Nie zdaje sobie pan sprawy, z jakimi ludzimi tragediami przychodzili. Niektórzy odpadali, inni dawali radę. Najczęściej poradzili sobie ci, na których złamanej złotówki nikt by nie postawił. Dlatego dziś wiem, żeby nikogo nie oceniać. No, ale o czym mówiłam? Ja straszna gaduła jestem, aaa... I wiedziałam, że Monika, z którą zaczynałyśmy trzeźwieć w tym samym czasie, dużo wie o leczeniu nerwicy. Sama przez to przeszła. Piąte przez dziesiąte wiem, że nie wolno łykać żadnych leków. Na żywo trzeba przez to przejść. To tak samo jak z odstawieniem picia. Więcej nic dziewczęciu nie powiedziałam, nie chciałam mieszać w głowie. Po prostu dostała namiar na fachowca.

JT: I ta pani K. pomogła tej dziewczynie?

K: Z tego co wiem, to spotkały się. Potem dziewczyna znikła. (Krystyna, lat 61, szesnastoletni staż zdrowienia w AA)

Odnalezienie osoby, która znajdowała się w podobnym położeniu, było istotne o tyle, o ile respondenci zyskiwali okazję zdobycia informacji dotyczących ich specyficznego położenia biograficznego. Wspomniane „zasoby” (katalog definicji sytuacji) były nie tyle propozycjami abstrakcyjnymi, wiedzą „teoretyczną” na interesujący temat, co relacjami z przebiegu „dokonanych” działań społecznych. Jeśli respondent mierzył się z trudnością, którą inni członkowie AA z powodzeniem pokonali, mógł rozważyć różne warianty postępowania,

adaptując najbardziej mu odpowiadający styl działania.

B: Pamiętam, że zastanawiałam się, czy się nie rozjeść. Rzuciłam temat na mityngu. Zastanawiałam się. Nie dawało mi to spokoju. A wiedział pan, że większość związków rozpada się nie jak ktoś pije, tylko jak przestaje. Ciekawe, nie?

JT: Dlaczego tak jest?

B: Jak się trzeźwieje, otwierają się oczy... Człowiek zaczyna mieć własne zdanie. Tak to go nie było, pił. Na to się nie godzi, tamto się nie podoba i awantury gotowe.

JT: A co pani doradzono?

B: Grupa się podzieliła. Jedni mówili jedno, drudzy drugie, a jeszcze inni, że jak nie wiem co robić, to nie mam nic robić i czekać.

JT: Czekać?

B: Tak, mówili, żeby czekać, że wyjaśni się. Dojrzeję do decyzji.

JT: I co pani zrobiła?

B: Byłam skołowana. Nie miałam odwagi podjąć decyzji ani w te, ani w te. Myślałam, jak to będzie być samotną, być w związku, w separacji, dopytywałam, pisałam listę za i przeciw. W końcu zrozumiałam, że nie mogę tak dłużej i złożyłam pozew. (Barbara, lat 39, ośmioletni staż zdrowienia w AA)

Wypowiedź respondentki ilustrować może zalety dostępu do wielu punktów widzenia. Biorąc pod uwagę doświadczenia innych AA, Barbara ustaliła linię postępowania – postanowiła dopóty czekać i nie podejmować decyzji, dopóki nie będzie przekonana o jej słuszności. Zaś dzięki różnorodności przedstawianych perspektyw, mogła rozważyć korzyści i wady możliwych opcji, przyjrzeć się

własnej motywacji, zaplanować przebieg działania oraz ostatecznie oswoić się z ewentualnymi skutkami. Dodać jeszcze należy, że wymienionym formom interakcji towarzyszyło z reguły wnikliwe obserwowanie przez respondentów innych członków społeczności terapeutycznej. Obserwacja miała na celu weryfikowanie, czy to, co mówią na forum grupy, znajduje urzeczywistnienie w działaniach społecznych. „Mówić można dużo. (...) Od samego początku patrzyłam, czy to, co ktoś gada, zgadza się z tym, co robi” (Małgorzata, lat 45, siedmioletni staż zdrowienia w AA).

Respondenci szybko potrafili ocenić prawdziwość wypowiedzianych na mitingach kwestii, konfrontując je z rzeczywistym postępowaniem. Miałem okazję przekonać się o tym osobiście. Na jednej z poznańskich grup przed rozpoczęciem spotkania, respondenci podczas nieformalnej rozmowy przestrzegali AA z niewielkim stażem abstynencji przed „obcowaniem”, a nawet rozmawianiem z Andrzejem. Andrzej to osoba, która pomimo długiego okresu pobytu w ruchu, nie utrzymywała abstynencji, twierdząc, że ją zachowuje.

W zasadzie większość interakcji pomiędzy AA służyła w mniejszym lub większym stopniu nauce nowych schematów poznawczych oraz wzorów postępowania w danych kontekstach społecznych. Potwierdzeniem takiej percepcji może być spotkanie przy grillu w ogrodzie przy Klubie Abstynenta na ulicy Litewskiej 8. Wywiązała się wówczas rozmowa, w trakcie której nowicjusze podpytywali starszych stażem AA o określone strategie działania w sytuacjach, gdy częstowani byli alkoholem. Bardziej doświadczeni AA sugerowali neofitom wypi-

sanie, a następnie nauczenie się konkretnych zdań, przy pomocy których jednoznacznie mogą odmówić alkoholu (na przykład: „nie, nie piję, przecież i tak wiesz, że nie piję”, „obiecałem sam sobie, że nie piję, więc proszę nie namawiaj, abym złamał daną sobie obietnicę”). Doświadczeni AA przestrzegali nowoprzybyłych, aby w okolicznościach, w których zwyczajowo spożywany jest alkohol, byli stale czujni, ponieważ choroba alkoholowa jest podstępna i zwodnicza. Na tym samym spotkaniu, inni – będący już jakiś czas w ruchu – wypytywali o taktykę postępowania z dziećmi (jako że nastoletnie córki sprawiały trudności wychowawcze). W każdym razie zauważyć można, że respondenci – zarówno podczas oficjalnych, jak i nieoficjalnych przejawów życia ruchu – uzyskiwali dostęp do schematów poznawczych, które postrzegać można w kategoriach gotowych sposobów postępowania.

I: To takie odkrycia Ameryki, otwierałam buzię i mówiłam aha... (śmiech) Rozumie pan? Nagle się okazało, jak usłyszałam na grupie, że to nie tak, jak do tej pory myślałam. A jak mówiło podobnie kilka osób, to w ogóle. Wiem, że to ciężko zrozumieć, prawda? A rozumie pan?

JT: Może pani podać konkretny przykład?

I: Dobrze. Nie mogłam się dogadać z synem. Było coraz gorzej. Wiedziałam, że muszę coś zrobić, a nie miałam pojęcia co. Ciągnęłam za język różne osoby, co by zrobiły w takiej sytuacji. Okazało się, że problemem jest to, że chcę być kumpelą mojego syna. Taka równa babka, a matka to matka. Musi mnie szanować i wiedzieć, że są pewne granice. (Izabela, lat 29, półroczny staż zdrowienia w AA)

W pierwszej kolejności badani poszukiwali osób, które mogłyby doradzić w sprawie określonej trud-

ności. Następnie przypatrywali się dostępnym, proponowanym „matrycom działania”. Ostatecznie, w zależności od społecznego kontekstu oraz indywidualnych uwarunkowań biograficznych, decydowali się przyjąć konkretne sposoby postępowania. Wówczas wykorzystywali owe matryce na gruncie danego subświata rzeczywistości społecznej, podejmując różnorodne formy aktywności w rolach.

Nadmienić można, że jakkolwiek zaobserwowane sposoby zachowania, jak i zasłyszane opinie podczas zarówno sformalizowanych, jak i nieformalnych interakcji na gruncie subświata zdrowienia służyły jako kompleks wypróbowanych scenariuszy postępowania, to badani nie byli przymuszani do adaptowania sugerowanych opcji działania.

M: Miałem ciężki czas. Zastanawiałem się, po co to całe trzeźwienie. Musiałem być na weselu niedługo. Nie czułem się dobrze. Powiedziałem o tym na grupie. Ludzie powiedzieli, że nie mam iść, bo się napije.

JT: I poszedł pan, co się stało?

M: Byłem i zapiłem. Czułem się paskudnie, głupio było iść na grupę po zapiciu i podnieść łapę.

JT: Podnieść łapę?

M: Na początku mitingu prowadzący pyta, czy jest ktoś z krótszym stażem abstynencji niż miesiąc. No i musiałem podnieść łapę, to jakbym się przyznał do porażki. Musiałem się sparzyć. Dziś rozumiem, że tego było trzeba. (Mariusz, lat 36, półroczny staż zdrowienia w AA)

Innymi słowy, respondenci podejmowali decyzje: czy i ewentualnie, które propozycje wykorzystają w działaniu.

Schematy poznawcze i wzory ról przekazywane były respondentom przez „znaczących innych”. Bardziej doświadczeni członkowie AA – reprezentanci „nowej” grupy odniesienia legitymujący się dłuższym stażem abstynencji – byli jak: „starsi bracia” (Aleksander, lat 33, sześćioletni staż zdrowienia w AA). Osoby te można w tym przypadku postrzegać w kategoriach dostarczycieli wzorów działania – służących jako fundament konstruowanych aktywności w rolach społecznych. Zalecą takiej formy nauki – „przejmowania ról” – było, z jednej strony, niewątpliwe bogactwo rozmaitych doświadczeń innych AA, z drugiej natomiast – fakt, że wspólnotę postrzegać powinno się w kategoriach zminiaturyzowanej formy rzeczywistości koncentrującej niemalże wszystkie warstwy i klasy społeczne.

W AA są różni ludzie: robotnicy, policjanci, lekarze, złodzieje, kurwy, księża, sprzątaczkę, artyści. Tam gdzie chodzę, jest siostra zakonna i aktor. W sumie to cały przekrój. Choroba alkoholowa w tym sensie jest demokratyczna (śmiech). To mit, że ludzie z wyższych sfer nie są alkoholikami. To, że piją droższe alkohole o niczym nie świadczy. Każdy alkoholik kończy identycznie, lecz gdy szuka pomocy, to każdy dla siebie coś znajdzie. (Jurek, lat 49, dwunastoletni staż zdrowienia w AA).

Egalitarność i niczym nieograniczona dostępność „struktury uwiarygodnienia” anonimowych alkoholików powodowała, że respondenci nie mieli z reguły trudności, po pierwsze, w odszukaniu osoby wywodzącej się z podobnej warstwy, klasy czy grupy społecznej, po drugie zaś – znajdującej się w zbliżonej sytuacji biograficznej.

Mechanizm katharsis – budowanie nowej tożsamości (3)

Trzeci mechanizm terapeutyczny określony został mianem katharsis – budowania nowej tożsamości. Anonimowi alkoholicy proponowali respondentom, aby zamknęli wcześniejszy okres biografii, kiedy znajdowali się w czynnych fazach alkoholizmu. Zabieg ten ułatwić miała praca z programem 12 Kroków AA, szczególnie natomiast z Krokiem Czwartym i Krokiem Ósmym, zgodnie z brzmieniem których „zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek osobisty” oraz „zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi za coś uczynić im wszystkim” (*Anonimowi Alkoholicy* 2006: 195). Następowo symboliczne zamknięcie drzwi do subświata „czynnej choroby” oraz rozliczenie przeszłości zwiastujące ponowne otwarcie biografii. Wówczas respondenci, będąc tego mniej lub bardziej świadomi, rozpoczęli pracę nad rekonstruowaniem tożsamości¹².

W opinii członków społeczności terapeutycznej AA czynienie postępów w zdrowieniu jest utrudnione, jeśli chorzy nie doznają „oczyszczenia”.

B: Po czterech latach w AA czułam, że stoję w miejscu. Sama abstinencja nie starczała. Miałam złe samopoczucie wciąż. Grażyna powiedziała, że muszę się raz a dobrze rozliczyć z tym, co było. Katuje się przeszłością i że nie mogę sobie przebaczyć.

¹² Przez rekonstruowanie tożsamości przyjmują ponowne konstruowanie koncepcji siebie – autodefinicji zdrowiejącego alkoholika. Za pośrednictwem jaźni odzwierciedlonej, w toku interakcji z członkami wspólnoty terapeutycznej, respondenci budują nową tożsamość, która podlega nieustannej krystalizacji za sprawą negocjowania jej kształtu zarówno z innymi AA, jak i z osobami spoza subświata terapeutycznego AA (por. Bokszański 1986: 96).

JT: I udało się to pani?

B: Po roku, zmierzyłam się z sobą i do niektórych poszłam, do niektórych wysłałam listy pocztą (...) dotarły do mnie takie rzeczy, o których nie chce teraz mówić. (Barbara, lat 39, ośmioletni staż zdrowienia w AA)

Etap oczyszczenia zakładał wykonanie konkretnej pracy terapeutycznej, która znalazłaby odzwierciedlenie w działaniu społecznym.

H: Ciężko nad sobą pracowałam, by się zmienić. Najpierw musiałam zobaczyć, że tak w ogóle było.

JT: Jak było?

H: Nie byłam różowa, byłam wredna... Strasznie wredna, raniłam i burzyłam wszystko dookoła. Jak to rozumiałam, odpuściło. (Hanna, lat 29, dwuletni staż zdrowienia w AA)

W pierwszej kolejności respondenci przygotowywali na piśmie „rachunek sumienia” – obrachunek moralny – posługując się terminologią AA, następnie zaś udawali się do skrzywdzonych podczas „czynnego alkoholizmu” osób.

J: Żyłem przeszłością, taki stupor. Cud, że nie zapiełem. Byłem tylko suchy, znaczy się – nie zmieniałem się. Tak się mówi, zakręcisz butelkę, odstawisz, a nie ze sobą nie robisz, to nie trzeźwiejesz. (...) Potem mogłem ruszyć dalej.

JT: Ale co się stało, że mógł pan ruszyć dalej?

J: Zasadniczo trzeba zrobić obrachunek moralny, przeprosić i zapomnieć o sprawie. Tak w skrócie to działa.

JT: Czy ktoś lub coś pomógł panu to zrozumieć?

J: No, przyjaciele z AA. Powtarzali, że żyję przeszłością i że to nic dobrego. (Jurek, lat 49, dwunastoletni staż zdrowienia w AA)

Trwające krócej bądź dłużej przebywanie w subświecie choroby oznaczało, że respondenci wykreowali „negatywną” tożsamość w świetle bliższych i dalszych kręgów społecznych. Zamknięcie i ponowne otwarcie biografii wymagało zreinterpretowania „minionych zdarzeń i osób z minionym znaczeniem” (Berger, Luckmann 1983: 245).

Proces zdrowienia to ponowne „nabranie rozpędu” losów biograficznych. „Czynne fazy alkoholizmu” powodowały fenomenologiczne odczucie zatrzymania biografii. Działo się tak nawet pomimo tego, że niektórzy spośród badanych uczestniczyli aktywnie w życiu społecznym (pełniąc na przykład rolę zawodową). Stan ten utożsamić można ze swoistą pauzą w biografii, która powstała wtedy, kiedy symptomy choroby stawały się coraz bardziej widoczne. Bliższe i dalsze kręgi społeczne umieszczały respondentów poza dominującym uniwersum życia codziennego. Sytuacja taka cechuje większość przewlekłych chorób.

D: Piłem po całosci. Na początku jeszcze jakoś to kontrolowałem. Piłem głównie weekendami. Potem doszedł poniedziałek, czasem wtorek. No i doszło, że picie kontrolowało mnie. Rano musiałem wypić, zaczął się ciąg picia, trwał kilka lat. Parę lat nie trzeźwiałem.

JT: Jak reagowała na to pana rodzina?

D: Mieli dość. (...) Byłem jak dziecko, wie pan, którym trzeba się zająć. Nie robiłem awantur, no... W sumie traktowali jak małe dziecko. (Dariusz, lat 42, pięcioletni staż zdrowienia w AA)

Zwolnienie pauzy – wrażenia spowolnienia tempa życia – następowało podczas pobytu w AA. W interesujący sposób stan ów opisywał Marcin: „z czasem życie się normowało. (...) Jak piłem, to tak, jak

bym był gdzieś z boku. (...) Kompletnie inaczej jest dziś. (...) Jakbym stale był na jakiś koszmarnych wakacjach. (...) Jakbym się ze snu obudził” (Marcin, lat 39, sześćoletni staż zdrowienia w AA).

Katharsis pozwalało równocześnie na zintegrowanie przeszłości z teraźniejszością, zapewniając poczucie spójności i ciągłości losów biograficznych.

H: W moim życiu nic nie działo się bez przyczyny. Panie, tu się tyle wiary przewinęło. Ludzie mówią, że zostaje jeden na dziesięciu.

JT: Co to znaczy zostaje?

H: Zaczepia się w AA. Widzi pan, jakie to szczęście, że właśnie ja. (Henryk, lat 67, dwudziestotrzyletni staż zdrowienia w AA).

Respondenci nadawali sens wielu bolesnym doświadczeniom z czasów „czynnej choroby alkoholowej”. „Mogę się czuć wybrana, jak inaczej powiedzieć o tym? Co z tego, że musiałam swoje przejść. Liczy się to, co jest dziś. A większość alkoholików umiera, a mnie się udało. (...) AA to najlepsza rzecz, jaka mi się przytrafiła” (Katarzyna, lat 54, trzydziestoletni staż zdrowienia w AA). Ostatecznie winy z okresu, kiedy badani pozostawali w subświecie „czynnej choroby”, zostają odpuszczone. „Rozumie pan, to taka oczyszczająca spowiedź publiczna. W każdym wymiarze. Zdjęło to ze mnie poczucie winy, duży ciężar mi spadł” (Grzegorz, lat 59, czteroletni staż zdrowienia w AA). Cierpiełeś, ale doznałeś przebudzenia – dziś, dzięki uczestniczeniu w spotkaniach grup, jesteś innym człowiekiem. Dzięki (re)socjalizacji respondenci ponownie wkroczyli na scenę społeczną. „Jakbym wrócił z dalekiej podróży” (Cezary, lat 43, dwuletni staż zdrowienia

w AA). Jeśli „przełom biograficzny daje się zidentyfikować po poznawczym oddzieleniu ciemności i światła” (Berger, Luckmann 1983: 245), to punktem zwrotnym (Bokszański 1989: 136; Hałas 2006: 258) w przypadku zdrowiejących alkoholików była zamiana światów – rzeczywistości „czynnego alkoholizmu” na subświat terapeutyczny AA. „Tych żyć nie da się wcale porównać. (...) Jak jestem trzeźwy, życie jest zupełnie inne” (Henryk, lat 67, dwudziestotrzyletni staż zdrowienia w AA). „Stosunki z ludźmi są inne, mam nowy program na życie. Jestem innym człowiekiem, odkąd jestem w AA” (Mateusz, lat 31, czteroletni staż zdrowienia w AA).

Dzięki obserwacji uczestniczącej oraz na podstawie informacji uzyskanych w drodze wywiadów spoproszono, że mechanizm katharsis – budowania nowej tożsamości to proces, w przypadku którego trudno było precyzyjnie wskazać zakończenie jednego etapu oraz początek drugiego. Przyjęto, przede wszystkim w celu zachowania przejrzystości prezentacji, że etap oczyszczenia – katharsis poprzedzał rozpoczęcie pracy nad rekonstruowaniem tożsamości. Zaznaczyć jednak należy, że respondent mógł nie dostrzegać potrzeby doznania oczyszczenia, zaś konstruowanie nowej autokonceptji miało miejsce. Działo się tak, ponieważ już wstąpienie do społeczności oznaczało w pewnym stopniu ponowne kreowanie definicji siebie przez zdrowiejących alkoholików.

Na obecnym etapie dociekań warto postawić pytanie, jaka była dynamika procesu umożliwiającego kreowanie nowej tożsamości. Otóż, ponowne konstruowanie autokonceptji następowało w wyniku spoglądania w „społeczne lustro”. Inni AA służyli jako zwierciadło, w którym członkowie wspólnoty

mogli nawzajem, za sprawą jaźni odzwierciedlonej, dostrzec cel, do którego dążyli. Odzyskiwanie zdrowia przebiegało więc według następującej sekwencji: najpierw widzę trzeźwość u innych; przekonuję się, czy odbicie nie jest zafałszowane; następnie, skoro jest to realne, podejmuję decyzję, czy chcę podjąć wysiłek jej zdobycia. Nadmienić można, że tworzenie nowej tożsamości nie było jednorazowym aktem, a raczej serią odpowiedzi na długotrwałe oddziaływania wspólnoty AA. Nowa identyfikacja była początkowo labilna i niespójna. Rekonstruowany obraz stawał się stopniowo coraz bardziej wyraźny: na początku w lustrze widzę innych AA, potem dostrzegam fragmenty siebie, z czasem obraz staje się coraz bardziej rzeczywisty, wciąż jednak potrzebuję innych AA.

Zaznaczyć należy, że w toku budowania nowej tożsamości pojawiały się kryzysy. Jak zauważyłem podczas analizy materiału empirycznego, jedną z możliwych tego przyczyn było przekonanie, że przemiana już się dokonała. Wiara, że „posiadłem wszelką wiedzę” o poruszaniu się na gruncie nowej rzeczywistości, która jest w tym przypadku tożsama z wysokim stopniem zaangażowania w rekonstruowanie tożsamości, generowała „wpadki emocjonalne”¹³ bądź złamanie abstynencji. „Szybko przerobiłem program, przez cztery dni miałem opanowane kroki (śmiech). Chodziłem na grupy codziennie, czasem dwa razy dziennie. Po pół roku byłem tak pewny siebie, że poszedłem na imprezkę. Chciałem udowodnić, jaki jestem mocny. Oczywiście miałem wpadkę, zapilem” (Marcin, lat 39, sze-

¹³ W przebiegu choroby niejednokrotnie pojawiają się nawroty manifestujące się między innymi głodem alkoholu czy występowaniem „gwałtownych” stanów emocjonalnych, określanych w AA „wpadkami emocjonalnymi”.

ścieoletni staż zdrowienia w AA). Przyczyną złamania abstynencji było zbyt szybkie uzyskanie pewności odnośnie stabilności nowej autokonceptji. „Ale wie pan co, nie byłem tym załamany. (...) Jestem zadaniowcem, jest problem, to trzeba go rozwiązać. Od razu na miting i powiedziałem. Ludzie się śmiali, ponieważ widzieli, że nie przejąłem się tym bardzo” (Marcin, lat 39, sześćoletni staż zdrowienia w AA). Kryzys nie spowodował, że respondent zrezygnował z osiągnięcia obranego celu. Budowanie nowej autoidentyfikacji nie polegało na nagłym olśnieniu w stylu pitagorejskiego eureka. Podążanie drogą prowadzącą do trzeźwego życia wymagało systematycznych i długotrwałych wysiłków. Wtedy zdrowiejący nabywali konkretnych umiejętności, które następnie praktykowali w życiu społecznym.

Miałem takich znajomych, co na pielgrzymkach rzucali się na posadzkę w kościele i przysięgali na wszystkie świętości przed krzyżem, że nie ruszą alkoholu. (...) Od AA trzymali się z daleka. Dziś ich nie ma. Zapili się. (...) Dlatego te wszystkie posty czy miesiące trzeźwości są bez sensu. Człowiek się tylko męczy i czeka, aż się nażłopie. To nie tak! Tu trzeba wysiłku jak w niekończącym się maratonie. Musi się pan zmieniać, inaczej wróci się do picia. (Henryk, lat 67, dwudziestotrzyletni staż zdrowienia w AA)

Z punktu widzenia dokonującej się przemiany „powolna” praca nad tożsamością, którą utożsamiać można z małym stopniem zaangażowania w terapię, także nie była korzystna.

M: Pierwszy raz na mitingu byłem, jak miałem dwadzieścia kilka lat. Gdybym wtedy został, dziś miałbym ponad dziesięć lat abstynencji i życie poukładane.

JT: Dlaczego więc pan nie został?

M: Dobre pytanie. Myślałem, że chyba za wcześnie, że za młody jestem. (...) Dziś, po tych wszystkich wpadkach, miałem chyba z cztery zapicia w trzech latach, co nazbierałem abstynencji, to zapijałem. (Mariusz, lat 36, półroczny staż zdrowienia w AA)

W tym przypadku kryzysy tożsamości (liczne łamanie abstynencji) nie były powodowane nazbyt szybkim uzyskaniem przekonania o potędze, będącym częstym grzechem neofitów, ale brakiem zbudowania solidnych podstaw „nowej” tożsamości. „Jak jesteś codziennie na grupie i mówisz jak mantrę, że jesteś alkoholikiem, to w końcu się z tym oswojasz. Zaczynasz sam w to wierzyć” (Małgorzata, lat 45, siedmioletni staż zdrowienia w AA). Brak ciągłości pracy nad nową tożsamością, powodowany zbyt niskim stopniem zaangażowania w rozmaite formy interakcji na gruncie AA, był przyczyną pozbawienia się możliwości spoglądania w zwierciadło społeczności terapeutycznej. Mogło to prowadzić do zatrzymania alternacji i czasowego wycofania się do „poprzedniego świata” bądź też całkowitej rezygnacji z leczenia. Wówczas (re)socjalizowanie i rekonstruowanie tożsamości zostawało wstrzymane, a potwierdzana autoidentyfikacja stawała się coraz bardziej mglista, aby ostatecznie ulec rozproszeniu i rozpadowi. „Najgorzej, jak zapomnisz, kim jesteś i dlaczego tu przychodzisz. To pierwszy krok do picia” (Mateusz, lat 31, czteroletni staż zdrowienia w AA).

O ile nowa tożsamość powstała u anonimowych alkoholików, tam też była zwrotnie potwierdzana, to wizerunek osoby nawróconej był niejako przenoszony na płaszczyznę życia rodzinnego, zarówno rodziny pochodzenia, jak i prokreacji, życia zawodowego i towarzyskiego. „Społeczna widowia”,

przyglądając się sposobom funkcjonowania nawróconego, rozważała i oceniała wiarygodność „uzdrowienia”, by ostatecznie zdecydować o przywróceniu respondenta grupom, w których wcześniej pełnił rolę. Jeśli przemiana zostawała uznawana za wiarygodną, badani mogli ponownie wypełniać oczekiwania odnośnie ról społecznych. „Córka mnie wachała. Pamiętam, jak wróciłam po pracy zmęczona i się lekko zachwiałam w korytarzu. Niby, że chciała mnie pocałować na przywitanie, podeszła i wachała, czy piłam. (...) Widziałam ulgę, gdy się przekonała, że nie piłam” (Danuta, lat 51, roczny staż zdrowienia w AA).

Dostrzeżenie i uwierzenie w realność nawrócenia przez bliższe i dalsze kręgi trwało niekiedy długi czas. „To zajęło kilka lat. Na początku czekali, aż zacznę znowu pić. Dziś ludzie wiedzą, że przestałem pić i traktują mnie normalnie” (Aleksander, lat 33, sześćoletni staż zdrowienia w AA). Ostatecznie w wyniku oddziaływań AA respondenci opuścili świat choroby, piętno zostało zdjęte: „byłam pijącą alkoholiczką, a stałam się trzeźwiejącą alkoholiczką, ludzie szanowali mnie, że nie piję” (Krystyna, lat 61, szesnastoletni staż zdrowienia w AA), badani natomiast przywróceni społeczeństwu: „poukładałem w domu i pracy, przyszła akceptacja, w rodzinie powoli budowałem zaufanie” (Jurek, lat 49, dwunastoletni staż zdrowienia w AA).

Mechanizm podtrzymywania nawrócenia (4)

Ostatnim narzędziem (re)socjalizacji, którym dysponowała społeczność, był mechanizm podtrzymywania nawrócenia. Wyrażał się poprzez systematyczne partycypowanie w „strukturze uwiarygod-

nienia” (Berger, Luckmann 1983: 241), czyli regularne uczestniczenie respondentów w rozmaitych formach aktywności pod egidą AA.

W opinii anonimowych alkoholików pozostawanie w subświecie zdrowienia wymagało dbałości o trzeźwość. Badani utożsamiali ową troskę z ciągłym i częstym kontaktem z innymi alkoholikami. „To, że przyszedłeś na pierwszy mityng, to nic nie świadczy” (Cezary, lat 43, dwuletni staż zdrowienia w AA). Niezależnie od stażu w abstynencji, uczestniczenie w spotkaniach grup powinno być podtrzymywane nawet w obliczu cofnięcia się negatywnych skutków choroby w wymiarze psychospołecznym. „Doświadczyć nawrócenia to jeszcze nic wielkiego. Istotę stanowi dopiero trwałość nawrócenia i poczucie, że jest ono w pełni uznane” (Berger, Luckmann 1983: 242). Konieczność podtrzymywania nawrócenia miała być gwarantem ciągłości procesu rekonstruowania tożsamości.

Nie każdy potrafi żyć na trzeźwo, bez butelki. Dla mnie butelka była jak kule, musiałem ją mieć. Zszokowało mnie, jak powiedzieli, że to dopiero pierwszy krok, ważny, ale nic nie da, jak systematycznie nie będę pracował na trzeźwością. A tego bez AA nie zrobię. (Dariusz, lat 42, pięcioletni staż zdrowienia w AA)

O ile niejako „podstawową jednostką” aktywności w obrębie wspólnoty były mityngi AA, o tyle badani wymienili wiele innych, rozmaitych postaci partycypacji, które w ich opinii umożliwiały „kontynuowanie nawrócenia”. Aby posłużyć się konkretnymi przykładami, wskazać należy na wydarzenia kulturalne, wydarzenia rozrywkowe, wydarzenia związane z pogłębianiem wiedzy i umiejętności, wydarzenia rekreacyjno-sportowe oraz wydarzenia związa-

ne bezpośrednio z funkcjonowaniem respondentów w strukturach grup AA.

Pośród wydarzeń kulturalnych badani wskazali na: „zebrania wtorkowe (...) mamy własny teatr – Teatr «Emocje»” (Hanna, lat 29, dwuletni staż zdrowienia w AA), „wernisaże i wystawy prac AA” (Hanna, lat 29, dwuletni staż zdrowienia w AA), „koncerty muzyczne dawane przez AA” (Aleksander, lat 33, sześćoletni staż zdrowienia w AA), „nocnice, tak się nazywają wieczorki poetyckie” (Danuta, lat 51, roczny staż zdrowienia w AA).

Aktywność społeczna, określona mianem rozrywkowej, aktualizowała się poprzez: „spotkania w palmiarni” (Cezary, lat 43, dwuletni staż zdrowienia w AA), „grill na Litewskiej” (Mariusz, lat 36, półroczny staż zdrowienia w AA), „wakacje z rodzinami nad morzem (...) [i] w górach” (Marcin, lat 39, sześćoletni staż zdrowienia w AA), „chodzimy do Teatru Polskiego za dwa złote, zbieram chętnych i daję bilety” (Izabela, lat 29, półroczny staż zdrowienia w AA).

Wśród aktywności społecznej, którą utożsamiono z pogłębianiem wiedzy i umiejętności, respondenci wyróżnili: „mitingi spikerskie i spotkania po nich” (Barbara, lat 39, ośmioletni staż zdrowienia w AA), „wykłady w klubie. Ostatnio były ustawienia rodzinne. JT: Kto w nich może brać udział? G: Członkowie wspólnoty i ich rodziny. JT: A gdzie są te wykłady? W Klubie Trzeźwości na alejach [Marcinkowskiego]” (Grzegorz, lat 59, czteroletni staż zdrowienia w AA), „warsztaty Tradycji AA” (Danuta, lat 51, roczny staż zdrowienia w AA), „weekendowe szkolenie radzenia sobie z emocjami na Litewskiej” (Katarzyna, lat 54, trzynastoletni staż zdrowienia w AA).

Do wydarzeń określonych jako aktywność rekreacyjno-sportowa zaliczono: „rajdy rowerowe” (Krystyna, lat 61, szesnastoletni staż zdrowienia w AA), „piesze wycieczki grupy Trampek” (Izabela, lat 29, półroczny staż zdrowienia w AA), „we wtorki i piątki gramy w piłkę, we wtorki na dworze na boisku na Słowiańskiej, a w piątek na sali” (Mateusz, lat 31, czteroletni staż zdrowienia w AA).

Pośród aktywności społecznej, związanej bezpośrednio ze strukturami grup AA, respondenci wskazywali na takie wydarzenia, jak: „służba na Telefonie Zaufania Anonimowych Alkoholików” (Henryk, lat 67, dwudziestotrzyletni staż zdrowienia w AA), „mitingi intergrupy regionu” (Henryk, lat 67, dwudziestotrzyletni staż zdrowienia w AA), „Dni Skupienia w Gostyniu” (Małgorzata, lat 45, siedmioletni staż zdrowienia w AA), „kolegium redakcyjne Warty [gazety AA]” (Henryk, lat 67, dwudziestotrzyletni staż zdrowienia w AA), „Złot Radości [rocznica założenia wspólnoty AA]” (Hanna, lat 29, dwuletni staż zdrowienia w AA), „Dni Skupienia w Zakroczymiu” (Katarzyna, lat 54, trzynastoletni staż zdrowienia w AA). Jeden ze zdrowiejących stwierdził ponadto, że „w godzinach otwarcia Klubu na Marcinkowskiego mamy prawnika z AA i lekarza” (Jurek, lat 49, dwunastoletni staż zdrowienia w AA).

Badani mieli możliwość partycypowania w różnorodnych wydarzeniach związanych z uczestnictwem w życiu społecznym. AA postrzegać można zatem przez pryzmat niejako „miniatury rzeczywistości” zapewniającej swoim członkom dostęp do wielu wymiarów życia społecznego – w ramach subświata zdrowienia.

Podsumowanie

W artykule starałem się ukazać specyfikę mechanizmów (re)socjalizacji AA w perspektywie zamiany świata „czynnego alkoholizmu” na rzeczywistość zdrowienia. W wyniku przeprowadzonych badań empirycznych wyselekcjonowałem cztery mechanizmy (re)socjalizacji, za sprawą których aktorzy zyskiwali szansę na alternację – porzucenie subświata „czynnego alkoholizmu” na rzecz subświata zdrowienia AA.

Mechanizm afiliacyjno-afektywny umożliwiał respondentom przebudowę relacji emocjonalnych przy równoczesnej przemianie grup odniesienia. Przebudowa więzi społecznych, pod wpływem oddziaływania grup AA, znajdowała urzeczywistnienie, po pierwsze, w fakcie, że zdrowiejący wygaszali bądź rezygnowali z kontaktów łączących ich z subświatem „czynnego alkoholizmu”, po drugie – konstruowali nowe więzi na gruncie subświata terapeutycznego AA. W chwili, kiedy alkoholicy decydowali się rozpocząć leczenie, okazywało się, abstrahując od konieczności uporania się z fizjologiczną stroną uzależnienia, że największą przeszkodę w perspektywie wyrwania się ze „szponów” choroby stanowiły osoby z kręgu społecznego, z którymi respondenci spożywali alkohol. Za sprawą mechanizmu afiliacyjno-afektywnego pustka po poprzednich więziach społecznych zaczynała się wypełniać. Badani natomiast znaleźli kontekst społeczny, w którym możliwe było nie tylko funkcjonowanie bez narażania na szwank abstynencji, ale i nawiązywanie więzi jakościowo innych niż na gruncie poprzedniego świata „czynnej choroby”.

Mechanizm komunikacyjno-poznawczy utożsamiałem z wykorzystywaniem przez respondentów

schematów interpretacji oraz definicji sytuacji „znaczących innych” z subświata zdrowienia AA – będących „centrum poznawczym”¹⁴. (Re)socjalizowanie oznaczało więc ponowne nabywanie wartości i norm (bądź modyfikowanie sposobu postrzegania wartości i norm uprzednio zinternalizowanych), które następowało równocześnie z procesem przemiany grup odniesienia. Egalitarność i niczym nieograniczona dostępność „struktury uwiarygodnienia” anonimowych alkoholików powodowała, że respondenci nie mieli z reguły trudności, po pierwsze, w odszukaniu osoby wywodzącej się z podobnej warstwy, klasy czy grupy społecznej, po drugie zaś – znajdującej się w zbliżonej sytuacji biograficznej. Innymi słowy, z mechanizmów (re)socjalizacji mogli korzystać wszyscy, niezależnie od pozycji społecznej, wieku czy płci. Przynależność do wspólnoty może każdy, niezależnie od płci, rasy, wyznania, wieku czy pochodzenia społecznego (*Anonimowi Alkoholicy* 2006). Chcąc wstąpić w szeregi AA nie musieli się rejestrować, uzgadniać terminu wizyty, następnie zaś na nią oczekiwać. Nie miało również znaczenia, czy grupy AA funkcjonowały na terenach wielkomiejskich, w dzielnicach robotniczych aglomeracji czy też społecznościach podmiejskich. Dostęp do AA jako pola społecznego nie wymagał afiliacji, środków materialnych czy posiadania kapitału symbolicznego bądź kulturowego. Wspólnota AA, będąc „nową” grupą odniesienia, za sprawą „znaczących innych” dostarczała zarówno schematów poznawczych, jak i wzorów ról społecznych. Społeczność terapeutyczna nie tylko proponowała receptę na nowy sposób życia, ale i dopilnowywała, aby się

¹⁴ Termin „poznawczego centrum” zaczerpnięty został z rozważań P. Bergera i T. Luckmanna (1983: 241).

urzeczywistniał na gruncie ścieżek biograficznych. W tym też sensie AA stanowiło „nową” grupę odniesienia, dostarczało bowiem wzorów działania w perspektywie zarówno teorii, jak i praktyki.

Trzeci mechanizm terapeutyczny określony został mianem katharsis – budowania nowej tożsamości. Anonimowi alkoholicy proponowali respondentom, aby zamknęli wcześniejszy okres biografii, kiedy znajdowali się w „czynnych fazach” alkoholizmu. Następowo symboliczne zamknięcie drzwi do subświata „czynnej choroby”, rozliczenie przeszłości – zwiastujące ponowne otwarcie biografii oraz rozpoczęcie pracy nad rekonstruowaniem tożsamości. Trening (re)socjalizacyjny nie przyniósłby trwałych i długofalowych rezultatów, jeśli respondenci nie mieliby zapewnionego ciągłego dostępu do świata innych zdrowiejących alkoholików. Podobnie jak podczas socjalizacji pierwotnej, kreowali bowiem zręby tożsamości, aby w dalszej kolejności – za sprawą mechanizmów (re)socjalizacji – zyskiwała ona stopniowo realność. Gdyby osoby badane nie mogły czerpać ze „struktury uwiarygodnienia AA”, obraz nowej tożsamości, nie znajdując potwierdzenia, uległby z czasem zatarciu i rozpadowi. Leczenie choroby alkoholowej wymagało zatem obecności innych, zmagających się z taką samą trudnością, chorych. W odróżnieniu od schorzeń wirusowych, takich jak na przykład grypa, w odróżnieniu również od chorób psychicznych, na przykład schizofrenii (jakkolwiek także istotne jest zapewnienie rekonwalescentowi wsparcia, zarówno ze strony najbliższych, jak i instytucjonalizowanego systemu), kluczowe było zaistnienie procesu społecznego, za pośrednictwem którego aktualizować się mogły mechanizmy

(re)socjalizacji. Jeżeli bowiem respondenci nie mieliby dostępu do innych zdrowiejących, nie mieliby szansy ani na rekonstruowanie tożsamości, ani ról społecznych. Sytuacja ta jest analogiczna do tej podczas socjalizacji pierwotnej. Jeśli socjalizowany pozbawiony zostałby kontekstu społecznego, nie dostrzegłby własnego obrazu w zwierciadle procesu społecznego i nie mógłby skonstruować „podmiotowego ja”.

Ostatnim narzędziem (re)socjalizacji, którym dysponowała wspólnota jako społeczność terapeutyczna, był fenomen podtrzymywania nawrócenia. Wyrażał się poprzez systematyczne uczestniczenie respondentów w rozmaitych formach aktywności pod egidą AA. Pozostawanie w subświecie zdrowienia wymagało dbałości o trzeźwość. Badani troskę ową utożsamiali z ciągłym i częstym kontaktem z innymi alkoholikami. Niezależnie od stażu w abstynencji, uczestniczenie w spotkaniach grup podtrzymywane było nawet w obliczu cofnięcia się negatywnych skutków choroby w wymiarze psychospołecznym. Konieczność podtrzymywania nawrócenia miała być gwarantem ciągłości procesu rekonstruowania tożsamości. O ile niejako „podstawową jednostką” aktywności w obrębie wspólnoty były mitingi AA, o tyle badani wymienili wiele innych, rozmaitych postaci partycypacji, które w ich opinii umożliwiały „kontynuowanie nawrócenia”. Aby posłużyć się konkretnymi przykładami, wskazać należy na wydarzenia kulturalne, wydarzenia rozrywkowe, wydarzenia związane z pogłębianiem wiedzy i umiejętności, wydarzenia rekreacyjno-sportowe oraz wydarzenia związane bezpośrednio z funkcjonowaniem respondentów w strukturach grup AA.

Jak wynika z moich badań, zdrowiejący alkoholicy schronili się „pod parasolem” instytucji dysponującej skuteczną „procedurą (re)socjalizacji”. Nastąpiło nie tylko zerwanie więzi z poprzednim „alkoholowym” kręgiem społecznym, ale i stopniowe przejmowanie przez respondentów schematów interpretacji oraz definicji sytuacji „znaczących innych” z subświata zdrowienia AA.

Bibliografia

Anonimowi Alkoholicy (2006) Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce.

Berger Peter, Luckmann Thomas (1983) *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. Przełożył Józef. Niżnik. Warszawa: PIW.

Blumer Herbert (1975) *Implikacje socjologiczne myśli George'a Herberta Meada* [w:] Włodzimierz Derczyński, Aleksandra Jasińska-Kania, Jerzy Szacki, red., *Elementy teorii socjologicznej*. Warszawa: PWN, s. 70–84.

Blumer Herbert (1984) *Spoleczeństwo jako symboliczna interakcja* [w:] Edmund Mokrzycki, red., *Kryzys i schizma. Antyścjentystyczne tendencje w socjologii współczesnej*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, s. 71–87.

Blumer Herbert (2007) *Interakcjonizm symboliczny. Perspektywa i metoda*. Przełożyła Grażyna. Woroniecka. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.

Boksański Zbigniew (1986) *Koncepcja tożsamości jednostki w pracach A. L. Straussa*. „Studia Socjologiczne”, nr 2, s. 89–110.

Boksański Zbigniew (1989) *Tożsamość, interakcja, grupa. Tożsamość jednostki w perspektywie teorii socjologicznej*. Łódź: Wydawnictw Uniwersytetu Łódzkiego.

Bourdieu Pierre, Passeron Jean C. (2006) *Reprodukcja*. Przełożyła Elżbieta Neyman. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Warte podkreślenia jest to, że anonimowi alkoholicy posiadali również „moc” uwolnienia się od wcześniejszego piętna choroby alkoholowej. Osłabiony zostawał zatem efekt wcześniejszego naznaczenia – o ile znajdując się w „czynnych fazach” choroby, badani wykreowali „negatywną” tożsamość, o tyle społeczność terapeutyczna ten stygmat zdejmowała, zaś autokoncepcja poddawana była redefinicji.

Clarke Adele (1990) *A Social Worlds Research Adventure. The Case of Reproductive Science* [w:] Cozzens Susan, Gieryn Thomas, eds., *Theories of Science in Society*. Bloomington: Indiana University Press, s. 15–42.

Denzin Norman (1990) *Reinterpretacja metody biograficznej* [w:] Jan Włodarek, Marek Ziółkowski, red., *Metoda biograficzna w socjologii*. Poznań, Warszawa: PWN, s. 55–69.

Glaser Barney, Judith Holton (2004) *Remodeling Grounded Theory*. „The Grounded Theory Review”, vol. 4, no. 1, s. 87–112.

Hałas Elżbieta (2006) *Interakcjonizm symboliczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kacperczyk Anna (2005) *Zastosowanie koncepcji społecznych światów w badaniach empirycznych* [w:] Elżbieta Hałas, Krzysztof T. Konecki, red., *Konstruowanie jaźni i społeczeństwa. Europejskie warianty interakcjonizmu symbolicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s.167–189.

Konecki Krzysztof T. (2000) *Studia z metodologii badań jakościowych: teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Konecki Krzysztof T. (2005) *Analiza danych jakościowych. Procesy i procedury*. „Przegląd Socjologiczny”, nr 4, s. 267–282.

Łoś Maria (1976) *Grupy odniesienia – propozycja modyfikacji zakresu pojęcia*. „Studia Socjologiczne”, nr 4, s. 107–115.

Mead George H. (1975) *Umysł, Osobowość i Społeczeństwo*. Przełożyła Zofia Wolińska. Warszawa: PWN.

Moustakas Clark (2001) *Fenomenologiczne metody badań*. Przełożył Stanisław. Zabielski. Białystok: Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana.

Schütz Alfred (2008) *O wielości światów*. Przełożyła Barbara. Jabłońska. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.

Shibutani Tamotsu (1962) *Reference Groups and Social Control* [w:] Arnold Marshall Rose, ed., *Human Behavior and Social Processes*. Boston: Houghton Mifflin Company, s. 128–147.

Strauss Anselm L. (1982) *Social Worlds and Legitimation Processes* [w:] Norman Denzin, ed., *Studies in Symbolic Interaction*. Greenwich: JAI Press, s. 171–189.

Strauss Anselm L. (1984) *Social Worlds and Their Segmentation Processes* [w:] Norman Denzin, ed., *Studies in Symbolic Interaction*. Greenwich: JAI Press, s. 123–139.

Strauss Anselm L. (1993) *Continual Permutations of Action*. New York: Aldine de Gruyter.

Thomas William I., Znaniecki Florian W. (1976) *Chłop polski w Europie i Ameryce*, t. 1–5. Warszawa: Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza.

Trzebiatowski Jakub (2008/2009) *Wybrane aspekty funkcji emocjonalno-ekspresyjnej Wspólnoty AA oraz programów terapeutycznych*. „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 19, s. 173–195.

Trzebiatowski Jakub (2010) *Jakość życia trzeźwiejących alkoholików a skuteczność programów AA i placówek leczenia uzależnień*. „Alkoholizm i Narkomania”, t. 23, nr 3, s. 217–235.

Cytowanie

Trzebiatowski Jakub (2014) *Pomiędzy światem „czynnego alkoholizmu” a rzeczywistością zdrowienia. Mechanizmy (re)socjalizacyjne anonimowych alkoholików*. „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 10, nr 1, s. 66–93 [dostęp dzień, miesiąc, rok]. Dostępny w Internecie: <www.przegladsocjologiijakosciowej.org>.

Between the World of “Active Alcoholism” and the Reality of Recovery. (Re)socialisation Mechanisms of the Alcoholics Anonymous

Abstract: The aim of this article is to present the characteristics of (re)socialisation mechanisms employed by the Alcoholics Anonymous from the perspective of changing the subuniverse of “active alcoholism” into the reality of recovery. The presented conclusions have been formulated on the basis of qualitative studies of monographic and biographical character. I used the procedure of field research and in-depth poll. Moreover, I applied the criteria of grounded theory methodology. The sample consisted of 18 recovering alcoholics from the AA groups in Poznan. As a result of the empirical studies I conducted, I distinguished four mechanisms of (re)socialisation: the affiliate-affective mechanism, communicative-cognitive mechanism, catharsis – the creation of new identity, and the mechanism of supporting conversion.

Due to the said mechanisms, social actors gained the chance of alternation – the therapeutic subuniverse of AA gradually became the “basic reality,” the “everyday world” of the recovering alcoholics.

Keywords: change of subuniverse, subuniverse of the “active alcoholic disease,” subuniverse of recovery, (re)socialisation mechanisms, Alcoholics Anonymous