

Ewa Włodarczyk

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego – od ograniczeń i spętania ku lepszej jakości życia

Abstrakt: Analizując bogactwo polskiego piśmiennictwa na temat uzależnienia alkoholowego, można dojść do wniosku, że proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego jest zbadany i opisany fragmentarycznie. Niniejszy artykuł przedstawia jedno ze stanowisk podzielane przez sporą część terapeutów uzależnień (w Polsce i na świecie), ujmujące problemy alkoholowe jako chorobę oraz zawiera rozważania wokół kwestii radzenia sobie z nimi, w nawiązaniu do takiegoż modelu ich rozumienia. Choć zakłada się w nim, że choroba alkoholowa nie jest uleczalna i trwa do końca życia, to jednak proces zdrowienia może prowadzić do poprawy jakości życia, niekiedy nawet wyższej niż przed uwikłaniem się w uzależnienie. **Słowa kluczowe:** leczenie, fazy zdrowienia, trzeźwienie, powrót do zdrowia, zmiana.

Wprowadzenie

Dysponujemy niemałą już (i nadal rozszerzaną) wiedzą, rodzimą i obcojęzyczną, stanowiącą wieloaspektowe omówienie uzależnienia od alkoholu, gdy tymczasem zdaje się, że proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego, nazywany też trzeźwieniem lub zdrowieniem, nie jest tak szczegółowo zbadany i gruntownie opisany. Warto więc bliżej przyjrzeć się temu procesowi, zwłaszcza, że jest on długotrwały i pełen pułapek.

Niniejszy tekst jest prezentacją wyłącznie jednego podejścia, wiążącego problemy alkoholowe z chorobą, z którą można żyć, lecz pod pewnymi warunkami. W tym ujęciu jest to choroba pierwotna (tzn. jest przyczyną, podłożem powsta-

wania innych chorób somatycznych i psychicznych, a sama nie jest efektem innych chorób), przewlekła (nie da się jej całkowicie wyleczyć), postępująca (nie leczona na pewno będzie postępować, powodując pogorszenie stanu funkcjonowania osoby w kolejnych sferach jej życia) i śmiertelna (którą można zatrzymać, ale której nie można wyleczyć, nie ma bowiem sposobu, aby osoba uzależniona powróciła do kontrolowanego picia)¹. Podejście to zbudowane jest na strategiczno-strukturalnej koncepcji psychoterapii uzależnień sformułowanej przez Jerzego Mellibrudę, biorącej swe źródło z tzw. modelu minnesockiego (z przełomu lat 40. i 50. XX wieku, rozwijanego w stanowym szpitalu Wilmar w stanie Minnesota w USA), którego elementy zostały zastosowane w Polsce w latach 80.², a w kolejnych latach dopracowywane, rozwijane i rozpowszechniane za sprawą programów szkoleniowych i certyfikacyjnych w zakresie terapii uzależnień. W efekcie nurt ten okazał się dominujący w polskim leczeniu uzależnień.

Przywoływane poniżej poglądy wybranych autorów kreślą istotę tego podejścia. Unikając zestawiania argumentów przemawiających za słusnością bądź nonsensownością ujmowania alkoholizmu jako choroby oraz nie wartościując tego stanowiska na tle innych rozmaitych poglądów, niech niniejszy artykuł stanie się inspiracją do rozważań wokół osadzonej w tej charakterystycznej optyce kwestii zdrowienia i własnej oceny.

Procesualny charakter zdrowienia

Na początku należy uświadomić sobie, że zmaganie się z uzależnieniem od alkoholu ma charakter procesu, dokonuje się etapowo, stopniowo i z pewnością (jeśli ma być dogłębne, całkowite i trwałe) nie oznacza jedynie niepicia alkoholu.

Pokonywanie uzależnienia otwiera zwykle jakieś wydarzenie (lub kumulacja wydarzeń), które sprawia, że osoba uzależniona zaczyna dostrzegać powagę i beznadziejność swojej sytuacji. Często takim impulsem jest utrata kogoś znaczącego lub czegoś cennego. Sami alkoholicy, analizujący swoje picie i trzeźwienie, używają określenia „dno”: każdy alkoholik musi osiągnąć swoje dno, pozwalające mu odbić się w kierunku trzeźwości; zwykle jest to takie doświadczenie konfrontacji z sytuacją, która wiąże się z doświadczeniem ponoszenia kosztów, których wielkość zaczyna znacznie przewyższać rozmiary przyjemności czerpanych z picia alkoholu³. Najczęściej ów punkt zwrotny jest rezultatem złożonego wpływu

.....
¹ W. Sztander, *Poza kontrolą*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997, s. 11.

² Więcej: L. Cierpialkowska, M. Ziarko, *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010, s. 293–299; B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina i Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009, s. 179–182.

³ W. Sztander, op. cit., s. 61.

wielu różnych zewnętrznych zdarzeń oraz wewnętrznych doświadczeń i przeżyć, z których któreś może, lecz nie musi, być decydujące⁴. Zawsze towarzyszy mu lęk i desperacja z powodu rozpadu starannie zbudowanej logiki⁵.

Im szybciej alkoholikowi zaczną doskwierać konsekwencje jego picia, tym szybciej powstaną szczeliny w jego systemie zakłamania⁶. Człowiek uzależniony ma z natury swojej choroby stępną wrażliwość na bodźce wzmacniające lub osłabiające, szuka mocnych wrażeń, bo już tylko takie zdają się do niego docierać; tak więc tylko one w postaci bolesnych i kosztownych konsekwencji picia mogą nim wstrząsnąć i rozbudzić motywację do zmiany⁷.

Zatem „musi zajść istotna zmiana w sposobie postrzegania własnego życia przez uzależnionego, by stał się on gotowy do konfrontacji z własnym nałogiem. Są to często momenty dramatycznego doświadczenia totalnej porażki, zagubienia, poczucia fiaska dotychczasowych prób poradzenia sobie z własnym życiem, przerażającego uczucia bezradności, lęku przed tym, co nastąpi – przed unicestwieniem, ale i eksplozji złości. Reakcją na takie doświadczenie bywa albo paniczna ucieczka w zachowania nałogowe [...] albo kapitulacja. Poddanie się uzależnionego czyni go chwilowo podatnym na przyjęcie pomocy. [...] Nie jest to stan trwały, by został pozytywnie wykorzystany, musi w jego trakcie pojawić się oferta – program odwrócenia dotychczasowego kierunku aktywności – w stronę zdrowienia”⁸.

Jednym z warunków rozpoczęcia procesu zdrowienia jest podjęcie abstynencji. W pierwszej fazie niejednokrotnie jest ona zwykle wymuszona (przez okoliczności czy skutki alkoholizmu), ale dzięki uzyskanej pomocy (w poradniach, ośrodkach, grupach AA, rodzinie) może stopniowo się stabilizować. „Dopóki jednak nie nastąpi zmiana przekonań dotyczących siebie jako osoby uzależnionej i chorej, a w ślad za tym zmiana zachowania, to korzystanie z zewnętrznego źródła oparcia w utrzymywaniu abstynencji powoduje jedynie, że wczesny jej etap znacznie się wydłuża. Zmiana zachowania, a tym samym proces zdrowienia, są pozorne”⁹.

Istotne dla efektywności wychodzenia z nałogu jest zrodzone w uzależnionej osobie pragnienie tej zmiany. W tym długim i skomplikowanym procesie konieczny jest świadomy współdział i zaangażowanie samego alkoholika, który musi chcieć zmiany w swoim życiu. Bez jego aktywności praca innych osób ukierunkowana na wspieranie go z wychodzenia z uzależnienia jest raczej mało efektyw-
.....

⁴ S. Brown, *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992, s. 126.

⁵ Ibidem, s. 143.

⁶ E. Woydytło, *Wybieram wolność czyli rzecz o wyzwaniu się z uzależnień*, Iskry, Warszawa 1991, s. 19.

⁷ Ibidem, s. 89–90.

⁸ R. Pomianowski, *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, [w:] *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, red. J. Miluska, Bonami, Poznań 1998, s. 281–282.

⁹ I. Kaczmarczyk, *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce. Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć*, „Eneteia” – Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2008, s. 194.

na. To sam alkoholik powinien mieć wolę zmiany i ona powinna być punktem wyjścia. Musi „skapitulować, aby zwyciężyć”¹⁰, paradoksalnie musi w którymś momencie przestać walczyć, by dzięki temu wygrać ze swoim uzależnieniem. Początkiem zdrowienia jest więc złamanie struktury zaprzeczeń, rozbicie szczelnego pancerza zakłamania (które fałszowało postrzeganie rzeczywistości i odgradzało od siebie samego i innych), uznanie siebie za alkoholika, a alkoholizm za chorobę¹¹. Pierwszym krokiem w kierunku zdrowienia jest więc swoisty akt kapitulacji, uznanie swojego uzależnienia od alkoholu oraz przyznanie się (niekiedy tylko przed samym sobą, niekiedy także przed innymi) do własnej bezsilności wobec alkoholizmu, który okazał się silniejszy niż człowiek i jego wola. Do alkoholika musi trafić prawda, że nie potrafi zatrzymać raz rozpoczętego picia¹². Akceptacja utraty kontroli i zaniechanie walki może przynieść swoistą ulgę, uspokojenie, wyciszenie emocjonalne, natomiast jej brak częstokroć rodzi złość, użalanie się nad sobą, wstyd, kompleks niższości, co w efekcie utrudnia trzeźwienie i normalne funkcjonowanie¹³.

„Jedynie przełamanie zaprzeczenia i przedostanie się przez bastion zakłamania do rozumnego myślenia i realistycznej, a nie nałogowej, oceny faktów, może zapoczątkować wyzdrowienie z uzależnienia. Zaledwie zapoczątkować, bo droga do uzyskania zdrowia psychicznego, fizycznego, duchowego, emocjonalnego i społecznego jest długa i najeżona trudnościami” – uprzedza Ewa Woydytło¹⁴.

Zaprzestanie picia i zdemaskowanie zakłamania to dopiero początek drogi¹⁵. I jak dodaje Wiktor Osiatyński¹⁶, problemem alkoholika nie jest to, by przestać pić (bo wielu spośród nich robiło już i robi to wielokrotnie), lecz to jak utrzymać trzeźwość. Abstynencja to tylko powstrzymanie się od picia, podczas, gdy trzeźwienie jest określonym sposobem życia, uwalnianiem się od nałogowych schematów myślenia, odczuwania i działania, odzyskiwaniem niezafałszowanego kontaktu z rzeczywistością, samym sobą i innymi ludźmi oraz szansą wartościowego, pełnego życia¹⁷. Zaprzestanie picia alkoholu, poprzedzone świadomą i dobrowolną decyzją, musi być ciągle ponawiane i podtrzymywane systematyczną, permanentną pracą nad sobą¹⁸.

¹⁰ E. Woydytło, *Wyzdrowieć z uzależnienia*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004.

¹¹ W. Osiatyński, *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, Iskry, Warszawa 2005, s. 21, 108.

¹² Ibidem, s. 113.

¹³ E. Woydytło, *Rak duszy. O alkoholizmie*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2009, s. 196.

¹⁴ Ibidem, s. 91.

¹⁵ W. Osiatyński, *Alkoholizm: grzech czy choroba?...*, s. 109.

¹⁶ Ibidem, s. 91.

¹⁷ A. Dodziuk, *Trudna nadzieja*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993, s. 39.

¹⁸ R. Marek, OFM, *Motywacje Anonimowych Alkoholików do abstynencji i życia w trzeźwości. Studium socjologiczne na podstawie województwa podkarpackiego*, Poligrafia Wyższego Seminarium Duchownego, Rzeszów 2007., S. 13.

Podejmowanie decyzji o zaprzestaniu lub ograniczeniu picia to jednak skomplikowany proces, który nie jest prostą i racjonalną kalkulacją plusów i minusów tej decyzji, ponieważ argumenty mają różny emocjonalny „ciężar” i ważenie ich nie jest łatwe¹⁹.

Istotna jest motywacja do zmiany, a na tę jaką jest zaprzestanie picia, szukanie pomocy i podjęcie leczenia, wpływ mają co najmniej 3 grupy czynników: wiedza (o picciu, uzależnieniu, leczeniu), doświadczanie bezradności wobec chęci powrotu do picia kontrolowanego oraz nadzieja na zmianę (na jej możliwość, zasady, sposoby życia bez alkoholu)²⁰. Ważne, by zdiagnozować wiedzę osoby (na temat własnego problemu, swoich zachowań, ryzyka), siłę jej cierpienia i jego nacisk, poczucie własnej wartości osoby, jej poczucie kompetencji (zdolności do podjęcia działań w kierunku zmiany), poczucie własnej wydajności oraz poczucie wolności wyboru osoby rozumianej jako wolność decydowania za samego siebie²¹. To zwiększa szanse na odniesienie sukcesu poprzez przekonanie o byciu zdolnym do zmiany samego siebie, a po wtóre determinuje poziom gotowości do zmian. Motywacja jest postrzegana jako klucz do zmiany, a przy tym jako wielowymiarowa, dynamiczna (a nie statyczna predyspozycja, którą osoba po prostu ma lub nie), podlegająca fluktuacjom, możliwa do modyfikacji (zarówno pod wpływem czynników wewnętrznych, jak i czynników środowiskowych, związanych zwłaszcza z interakcjami społecznymi) oraz kształtująca się jako efekt współdziałania osoby wymagającej pomocy i udzielającej tejże pomocy²².

Obecność 3 mechanizmów uzależnienia, wyróżnianych przez Jerzego Mellibrudę, wyjaśnia dlaczego tak trudno osobom uzależnionym doprowadzić do realizacji decyzji o podjęciu leczenia²³. Mechanizm iluzji i zaprzeczania usuwa ze świadomości informacje o zagrożeniach i podtrzymuje złudzenia o możliwości uniknięcia straty jaką byłaby rezygnacja z alkoholu. Nawet jeśli w zamglonej i zafałszowanej świadomości osoby pojawi się postanowienie o zerwaniu z alkoholem, zrealizowanie tego zamiaru wymaga utrzymania przez pewien czas koncentracji uwagi i energii na tym postanowieniu; podtrzymanie wewnętrznej ciągłości decyzji nie jest możliwe z powodu działania mechanizmu rozpraszania „ja”. Dominu-

¹⁹ J.I. Klingemann, *Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce*, Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej, t. XI, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2010, s. 134–135.

²⁰ L. Kapler, *Poradnik lidera działań trzeźwościowych*, Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA, Warszawa 2008, s. 28–29.

²¹ J. Goedhuys, G. Thijs, *Trening motywacyjny w ochronie zdrowia i pomocy społecznej – materiały szkoleniowe*, [w:] *Jak motywować do zmiany zachowania? Trening motywacyjny dla studentów i profesjonalistów*, red. E. Wilczek-Rużyczka, K. Czabanowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 224.

²² W.R. Miller, *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji: zalecenia do Optymalizacji Terapii*, Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA, Warszawa 2009, 29–30.

²³ J.K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *Psychopatologia zjawisk społecznych*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, red. J. Strelau, GWP, Gdańsk 2007, s. 706.

jący lęk przed utratą możliwości szybkiego łagodzenia stresu i cierpienia oddala podjęcie terapii.

Motywacja inicjuje więc proces zmiany. Można w nim wyróżnić kilka faz, których poznanie i analiza mogą być przydatne w kontekście rozważań nad procesem zdrowienia z alkoholizmu. Autorami jednej z takich propozycji – dynamicznego modelu zmiany – są James Prochaska i Carlo C. DiClemente²⁴. Wyróżnili oni (na bazie studiów indywidualnych przypadków ludzi, którzy skutecznie się zmienili oraz studiów podejść terapeutycznych uzyskujących efektywną zmianę) 6 faz tworzących model etapów zmiany w procesie terapii, znany jako TransTeoretyczny Model Zmiany²⁵. Każdy z tych etapów charakteryzuje się specyficznym układem postaw, intencji i zachowań oraz realizacją konkretnych zadań, co sygnalizuje złożoność procesu zmiany i wynikające z niej trudności z wprowadzaniem jej w życie. Podkreśla się tu, że proces zmian jest cykliczny i że zmiana nie jest wydarzeniem, lecz procesem rozłożonym w czasie. Osoby przemieszczają się przez te stadia w różnym tempie. Postęp w osiągnięciu kolejnych stadiów jest kołowy lub spiralny (a nie liniowy) i w zasadzie w każdej z tych faz może nastąpić nawrót – powrót do zachowań, które miały podlegać zmianie.

Ten fazowy model zmiany obejmuje następujące etapy, z których trzy pierwsze mogą przebiegać niezauważenie dla osób postronnych (najważniejsze jest w nich osobiste doświadczenie problemu), zaś w trzech kolejnych fazach zmiany są już widoczne²⁶:

Faza 1 – przedkontemplacyjna (*precontemplation stage*) – to stadium prerefleksji (zagubienia, chaosu), które cechuje: niewiedza, nieświadomość problemu, nie rozpoznawanie symptomów, nie dostrzeganie problematyczności czy destrukcyjności swojego zachowania oraz konieczności zmiany, brak namysłu nad zmianą, zaprzeczanie niepowodzeniom lub przypisywanie ich przyczyn czynnikom niezależnym od osoby, lokowanie źródeł objawów poza sobą. Osoby podejmujące terapię w tej fazie zwykle są do tego przymuszane przez innych bądź robią to odczuwając dokuczliwy już dla nich dyskomfort w związku z przeżywanymi objawami.

Fazie 2 – kontemplacyjnej (*contemplation stage*) – towarzyszą: namysł, rozważanie możliwości zmiany, wstępne kojarzenie problemów ze swoimi nawykami,

.....

²⁴ J.O. Prochaska, C.C. DiClemente, *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*, „Psychotherapy: Theory, Research and Practice” 1982, 19(3), s. 276–288.

²⁵ Opis na podstawie: M. Kucińska, *Motywowanie ku zmianie*, [w:] *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, red. K. Gąsior, J. Chodkiewicz, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010, s. 160–166; Cz. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, PWN, Warszawa 1997; s. 299–305; E. Woydytło, *Wyzdrowieć z uzależnienia...*, s. 31–32; J. Goedhuys, G. Thijs, op. cit., s. 60–67, 97–101, 220 i n.; L. Kapler, *Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia...*, (1994), s. 93–98; W.R. Miller, *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji: zalecenia do Optymalizacji Terapii*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009, s. 41–43.

²⁶ J. Goedhuys, G. Thijs, op. cit., s. 98.

dostrzeżenie braku kontroli nad zachodzącymi w osobie procesami, rozważanie zmiany swojego zachowania w ciągu najbliższych 6 miesięcy, a jednocześnie ambiwalencja co do podjęcia zmiany, wstępny zamiar zmiany zachowania przy jednoczesnym braku pełnej gotowości do podjęcia działań. Możliwa jest na tym etapie pułapka chronicznej refleksji – nie podejmowania jakiegokolwiek aktywności. Faza ta może zakończyć się albo cofnięciem się do fazy przedkontemplacji albo uznaniem swojego problemu, co stanowi punkt wyjścia do przejścia do następnej fazy.

W fazie 3 – przygotowania do zmiany – osoba, ważąc trudności, ale i dostrzegając więcej korzyści ze zmiany niż kontynuowania dotychczasowych zachowań, wzmacnia przekonanie, że musi coś zmienić w swoim życiu i zaczyna planować te zmiany w ciągu najbliższego miesiąca, stawiając sobie konkretne cele i priorytety oraz szukając konkretnych sposobów wprowadzenia zmiany.

Faza 4 to faza faktycznego działania (*action stage*), która obejmuje zwykle 6 miesięcy od chwili zaprzestania zachowania problemowego, a w której zachodzi wprowadzanie w życie wybranej strategii zmiany oznaczającej poważne modyfikacje stylu życia oraz próbowanie nowych zachowań, wprowadzanie zmian w sposobie pełnienia ról i radzenia sobie z emocjami. Ważne jest tu monitorowanie zmian i umiejętność ich modyfikowania w zależności od pojawiających się trudności, a także rozpoznanie i interwencja w trudnościach, które mogą się pojawić, gdy osoba po zaprzestaniu destrukcyjnych zachowań skonfrontuje się z problemami dotychczas unikany.

W fazie 5 – podtrzymywania/wzmocnienia (*maintenance stage*) – charakterystyczne jest utrzymywanie działań na rzecz utrwalenia zmiany, powtarzanie nowych, konstruktywnych zachowań i sposobów funkcjonowania oraz ich przemiana w utrwalane nawyki (choć również na tym etapie mogą pojawić się sygnały nawrotu destrukcyjnych zachowań).

Dalszy ciąg drogi ku zmianie może potoczyć się na 2 sposoby: albo następuje etap nawrotu, który oznacza powrót do jakiegoś wcześniejszego etapu albo 6 faza, którą charakteryzuje trwała, stabilna zmiana.

Proces zmiany nie jest tu więc linearny, lecz raczej spiralny, przy czym kolejne piętro spirali oznacza głębszą eksplorację (konfrontację z własnymi trudnościami) danej fazy zmiany²⁷. Aby osiągnąć cel, jakim jest trwała zmiana, ludzie przechodzą przez tzw. koło zmiany zwykle od 3 do 7 razy, co w przypadku pacjentów uzależnionych od alkoholu trwa przeciętnie około 2 lat²⁸.

Nieco inny model – rozwojowy model powrotu do zdrowia – zbudowała u progu lat 90. XX wieku Stephanie Brown, na bazie własnych badań. Opierając się na nich postawiła wniosek, że zdrowienie składa się z nakładających się

.....

²⁷ M. Kucińska, op. cit., s. 164.

²⁸ Ibidem, s. 161.

na siebie ciągłych doświadczeń, które wzajemnie się wzmacniają i wynikają jedne z drugich²⁹. Picie traktowane jest tu jako pierwsza faza długiego kontinuum, w którym mieści się powrót do zdrowia, a abstynencja nie jest celem samym w sobie, lecz punktem początkowym drogi do trzeźwości³⁰. Zdaniem Brown koncepcja zdrowienia jako odwrotności procesu uzależniania jest mylna, ponieważ wpisane są w nie doświadczenia o innym charakterze, przez co zdrowienie staje się czymś więcej niż tylko lustrzanym odbiciem procesu choroby i jest zupełnie nową jakością opartą na zmianie tożsamości i wynikającym z niej odmiennym sposobie myślenia³¹. Na pewno nie jest to praca na dni czy tygodnie, bo złożony charakter procesu zdrowienia i towarzyszące mu zmiany wymagają przyjęcia długofalowej perspektywy³².

Zdaniem Stephanie Brown w procesie zdrowienia występują równocześnie co najmniej trzy zasadnicze elementy składowe: alkohol wraz z osią koncentracji na nim (behawioralnej i poznawczej, odzwierciedlającej stopień, w jakim alkohol zdominował życie tej osoby oraz sposób, w jaki ona interpretuje tę dominację)³³, stosunki z otoczeniem³⁴ oraz postrzeganie siebie i innych³⁵. Przesuwanie się wzdłuż kontinuum charakteryzuje się ciągłą interakcją między osią alkoholu i dwoma pozostałymi komponentami.

Opracowany przez Stephanie Brown model powrotu do zdrowia, osadzony w teorii rozwoju człowieka i oparty na założeniu, że powrót do zdrowia jest wielowymiarowym procesem, obejmuje fazy³⁶, którym przypisane są określone zadania rozwojowe³⁷:

W pierwszej fazie – fazie picia – alkohol jest głównym motywatorem działania, zajmuje naczelne miejsce w dążeniach osoby, tak silnie koncentruje uwagę człowieka, że wszystkie inne sprawy i obowiązki schodzą na dalszy plan. Pod jego wpływem ubożeje potencjał uczuciowy, poznawczy i społeczny oraz spada poziom tych zdolności. Silnie podtrzymywane jest zaprzeczenie bycia alkoholikiem i zdolności kontrolowania picia.

Punktem przełomowym jest jakiś punkt zwrotny w życiu osoby, jakieś znaczące wydarzenie. Sięgnięcie dna, kapitulacja w postaci akceptacji klęski i utraty kontroli wyznacza punkt, od którego zaczyna się przemiana.

Wejście w drugą fazę – przejściową – związane jest z pojawieniem się pierwszych rys w dotychczas niezłomnym systemie pijackiej logiki, racjonalizacji i al-

²⁹ S. Brown, op. cit., s. 43.

³⁰ Ibidem.

³¹ Ibidem, s. 43, 232.

³² Ibidem, s. 44.

³³ Ibidem, s. 53–60, 101–102.

³⁴ Ibidem, s. 61–65, 99–101.

³⁵ Ibidem, s. 65–67, 102–103.

³⁶ Ibidem, s. 48–53, 95–257.

³⁷ Ibidem, s. 82–92.

koholicznych zachowań. Od przełamania zaprzeczeń oraz zakwestionowania poglądów i przekonań utrzymywanych w fazie picia zależy zmiana dwóch zasadniczych opinii czyli zrewidowania systemu przekonań, który dotąd był głównym filarem fazy picia: zamiast „nie jestem alkoholikiem” – „jestem alkoholikiem” oraz zamiast „potrafię kontrolować swoje picie” – „nie potrafię kontrolować swojego picia”. Osoba, zaakceptowawszy fakt utraty kontroli nad swoim picciem i fakt bycia alkoholikiem, zaczyna przełamywać izolację społeczną i poszukiwać pomocy, z czasem doświadczając w kontaktach z innymi alkoholikami poczucia bezpieczeństwa i przynależności oraz ucząc się stopniowo zastępowania picia alkoholu innymi zachowaniami. W tej fazie (oraz następnej) ciągłe skupienie uwagi na alkoholu stanowi swoisty filtr, przez który człowiek odbiera stare i nowe informacje oraz wprowadza je na stałe do swojej nowej tożsamości osobistej. Od pamięci o alkoholu zależy nabycie oraz utrwalenie behawioralnych i poznawczych elementów zmiany.

Okres III fazy – wczesnej fazy powrotu do zdrowia – jest bardziej stabilną formą kontynuacji fazy przejściowej, w której chodzi o umocnienie (pod względem behawioralnym i poznawczym) nowej tożsamości jako alkoholika wraz z odpowiadającym jej przekonaniem o utracie kontroli. Alkoholik stopniowo zaczyna wracać do układów rodzinnych, towarzyskich i zawodowych, zmieniać światopogląd, rozszerzać dotychczasowe horyzonty i swoją świadomość, zaczynając inaczej postrzegać siebie i świat zewnętrzny oraz doświadczając wsparcia ze strony innych. Istotne znaczenie ma tu nowa interpretacja siebie i innych – nowe postawy i wartości dyktują nowe kierunki i odmienny sposób oceny siebie i swoich doświadczeń, choć okres ten cechuje bardziej niż intensywny wgląd w siebie raczej maksymalne zaangażowanie w konkretne działania, za pomocą których można wypełnić pustkę i wynagrodzić straty.

Ostatnia faza – ustawicznego trzeźwienia – charakteryzuje się trwałością tożsamości alkoholika/alkoholiczki i zachowań abstynenckich oraz zwiększoną równowagą psychiczną, a także nasileniem procesu poznawania siebie, zwiększonym zainteresowaniem aspektem duchowym i jego większą rolą w przeżyciach alkoholika. Wiąże się to z przekonaniem alkoholików znajdujących się w tej fazie zdrowienia, że muszą zmienić znacznie więcej niż tylko same zachowania i te głębsze zmiany stanowią właśnie cel zasadniczej pracy nad sobą podczas ustawicznego powrotu do zdrowia. Niezbędne do utrzymania abstynencji poznawcze i behawioralne środki samokontroli mają teraz źródło wewnętrzne – stanowią część nowej tożsamości osobistej wynikającej z identyfikacji z innymi trzeźwiącymi alkoholikami oraz reinterpretacji zdarzeń i faktów z własnego życia. Alkoholik nabywa i umacnia swoje umiejętności przebywania wśród ludzi i z ludźmi, odzyskuje zaufanie innych i zaufanie do samego siebie.

Również na gruncie polskim podejmowano próby konstruowania modeli wychodzenia z uzależnienia od alkoholu. Warto przywołać w tym miejscu model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia w ujęciu Leszka Kaplera, który wyróż-

nił w nim 8 etapów, przedstawiając uzależnienie jako proces zmian zachodzących w różnych obszarach funkcjonowania człowieka w miarę rozwoju choroby³⁸:

- dochodzenie do uzależnienia: I etap – używanie (picie), II etap – nadużywanie,
- uzależnienie: III etap – dominacja używania (picia), IV etap – używanie (picie) problemowe, V etap – kryzys,
- powrót do zdrowia: VI etap – wymuszona abstynencja, VII etap – dominacja abstynencji, VIII etap – rozwój.

Jak widać, trzy ostatnie etapy obejmują fazę trzeźwienia. Otwiera ją wymuszona abstynencja – ostatnia faza kryzysu, oznaczająca, że dotychczasowy sposób radzenia sobie za pomocą picia już nie skutkuje. Strach przed piciem zmusza do zadbania, aby abstynencja trwała jak najdłużej. W kolejnym etapie – dominacji abstynencji – trudności z utrzymaniem abstynencji można pokonać tylko całkowicie koncentrując się na niej i jej się poświęcając. Doświadczenia pierwszych zysków z niepicia (układania się różnych spraw, satysfakcji, poczucia własnej siły) pokazują, że całkowite odrzucenie picia i wszystkiego, co jest z nim związane, jest właśnie sposobem na życie, którego się szukało. Należy stawiać abstynencję na pierwszym miejscu w swoim życiu i podporządkowywać jej wszystko inne, unikając tego, co jej nie służy, co jej zagraża i co ją osłabia. W ten sposób następuje przejście do ostatniej wyróżnionej przez Leszka Kaplera fazy – fazy rozwoju, której istotą jest godzenie się na to, że życie jest pełne zadań i trudności, które trzeba pokonać, a zadaniem osoby trzeźwiejącej jest stawianie sobie celów, poszukiwanie dróg i sposobów ich realizacji, ciągłe uczenie się niezbędnych do tego umiejętności i mobilizowanie się, wzbogacając w ten sposób repertuar możliwości i zwiększając szanse osiągnięcia różnych celów życiowych.

Wspierając się na wyróżnionych przez Leszka Kaplera fazach zdrowienia, Anna Dodziuk opisała ten proces pod kątem zmian obrazu samego siebie i poczucia tożsamości³⁹. W fazie wymuszonej abstynencji trzeźwiejąca osoba musi postawić sobie pytanie: „Czy jestem alkoholikiem?”; twierdząca odpowiedź jest punktem wyjścia do dalszych zmian. Po początkowych wahaniach i umocnieniu decyzji o abstynencji oraz ustanowieniu jej centralną kategorią w swoim życiu (faza dominacji abstynencji) pojawiają się pytania dotyczące poszczególnych sfer życia, których istotę można ująć w pytaniu o konsekwencje wejścia na drogę trzeźwienia: „Co to dla mnie znaczy, że jestem alkoholikiem?”. W zaawansowanych fazach trzeźwienia (w fazie rozwoju) pytanie to ustępuje następującemu: „Oprócz tego, że jestem alkoholikiem, jakim jestem człowiekiem?”; odpowiedź na nie staje się dla zadającej go sobie osoby treścią jej życia i sprzyja pogłębieniu się świadomości własnych potrzeb, celów, wyborów życiowych i kontaktów międzyludzkich.

.....

³⁸ L. Kapler, *Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia...*, (1994), s. 8–9; L. Kapler, *Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia...*, (1999), s. 19–34.

³⁹ A. Dodziuk, *Trzeźwienie jako droga życiowa*, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, s. 16–17.

Nieco inaczej kolejne etapy na drodze (ku) trzeźwości ujął Bohdan T. Woronowicz: chcę pić — nie mogę pić — nie chcę pić — chcę nie pić⁴⁰. Na początku zmiany dokonują się jedynie w zachowaniach, a dopiero później, stopniowo, w świadomości, dając podwaliny pod zmianę osobistą i rozwój.

Wyzwania, cele i zadania dla trzeźwiejących alkoholików

Codziennie podejmowanie trudu wychodzenia z problemu alkoholowego pokazuje, że nie ma tu drogi na skróty i że przed alkoholikiem wchodzącym na drogę trzeźwości stoi szereg zadań. Ponieważ alkohol systematycznie podporządkowywał sobie różne sfery życia człowieka, dlatego powrót do zdrowia również wymaga rozłożonego w czasie uporządkowania i przeorganizowania ich wszystkich. Zadania te są następujące:

- 1) uwierzyć w możliwość powrotu do zdrowia, odzyskać nadzieję (często skutecznym w takiej sytuacji bywa przykład – spotkanie z osobą, która była w podobnym stanie, ale wydoszła się z niego i dobrze funkcjonuje, zadowolona z obecnego życia);
- 2) uznać się za alkoholika, przyznać się przed sobą do choroby, do kontroli utraty nad piciem i w konsekwencji do konieczności leczenia się (to uznanie swojej bezsilności jest zasadniczym wyłomem w charakterystycznym dla alkoholizmu systemie iluzji i zaprzeczania);
- 3) poznać naturę nałogu, zdobyć wiedzę o chorobie alkoholowej (jak w grze wojennej, tak na drodze do trzeźwości sprawdza się zasada, że szanse na zwycięstwo są tym większe, im lepsza jest znajomość przeciwnika i jego taktyki, dlatego ważnym elementem programów zdrowienia jest edukacja, uzupełnienie ubogiej wiedzy i demaskowanie mitów o uzależnieniu od alkoholu);
- 4) rozliczyć się z okresem picia (to rozliczenie musi nastąpić na dwóch płaszczyznach: ze sobą, aby uporać się ze wstydem i poczuciem winy oraz z innymi, aby przeprosić i zadośćuczynić skrzywdzonym osobom);
- 5) odzyskać kontakt z własnymi uczuciami (nauczyć się rozpoznawać i nazywać swoje pozytywne i negatywne uczucia, dotąd „pijane”, a później uczyć się okazywać emocje), poznać siebie i zaakceptować takim, jakim się jest (spotkania z innymi alkoholikami i wysłuchanie ich przeżyć daje możliwość przejrzania się jakby w lustrze, w którym można zobaczyć siebie; ponadto dzięki akceptowaniu innych, niezależnie od ich wad i słabości oraz doświadczaniu akceptacji z ich strony, łatwiej przychodzi pogodzenie się z różnymi własnymi cechami i uczuciami);
- 6) skutecznie bronić się przed nawrotami picia (unikając sytuacji, w których obrazy, dźwięki, smaki, zapachy czy stany emocjonalne z okresu picia mogą

⁴⁰ B.T. Woronowicz, op. cit., s. 384.

- uruchomić silne skojarzenia, prowokujące do przerwania abstynencji, trenując odmawianie picia, analizując poprzednie nawroty, by ustalić listę ostrzegawczych sygnałów i skutecznych sposobów reagowania dużo wcześniej);
- 7) nauczyć się nowych sposobów postępowania w sytuacjach, które dawniej były rozwiązywane za pomocą alkoholu (szukając ciągle nowych wzorców, pomysłów, sposobów na radzenie sobie z różnymi okolicznościami żywymi, których alkoholik poprzednio unikał lub przeżywał pod wpływem alkoholu);
 - 8) nauczyć się korzystać z systemu wsparcia na co dzień i w sytuacjach kryzysowych (z sieci wzajemnej pomocy stworzonej przez osoby z AA, z klubu abstynenta czy poradni, gotowej wspomóc alkoholika w codziennych rozterkach lub gdy zagraża mu zapicie, w trakcie wpadki i po niej);
 - 9) nauczyć się żyć wśród ludzi (w przeciwieństwie do okresu czynnego picia, kiedy relacje alkoholika były nietrwałe, chore lub zniszczone);
 - 10) wypracować sobie nowy styl życia (koncentracja przenosi się tu z zadań związanych głównie z utrzymaniem abstynencji na poprawę generalnej jakości życia czyli między innymi starania o lepsze stosunki z innymi, zmiana pracy, czas na własne pasje i zainteresowania, zmiana sposobu spędzania wolnego czasu);
 - 11) odbudować życie duchowe (wiąże się to z potrzebą poczucia sensu życia i celu własnej egzystencji, potrzebą posiadania systemu drogowskazów życiowych, które pokazałyby człowiekowi jego miejsce w świecie, zarysowały do czego warto dążyć);
 - 12) celowo i planowo rozwiązywać wewnętrzne trudności, które doprowadziły do uzależnienia (dzieje się to zwykle podczas psychoterapii, której celem jest świadome i planowe rewidowanie traumatycznych zapisów z przeszłości, uwalnianie jej od niszczącego wpływu, aby można było wykorzystywać twórczo własne możliwości dla układania sobie życia bez protezy, jaką wcześniej był alkohol)⁴¹.

Adekwatnie do wyróżnionych przez Jerzego Mellibrudę 3 mechanizmów uzależnienia⁴², zdrowienie to proces, w którym zachodzi wyzwalenie się spod działania nałogowych mechanizmów i powrót do życia nieskażonego mechanizmami choroby alkoholowej⁴³. Dotyczy to sfery uczuć, myślenia i sposobu życia. Wyzbycie się nałogowego regulowania uczuć na rzecz ich naturalnego i pełnego przeżywania jest równoznaczne z umożliwieniem dostępu do siebie uczuć, zarówno tych pozytywnych, jak i tych trudnych, bolesnych, nieakceptowanych. Rezygnacja z mechanizmu iluzji i zaprzeczania oznacza konieczność znoszenia rzeczywistości

.....

⁴¹ A. Dodziuk, *Trudna nadzieja...*, s. 28–38.

⁴² Np. J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Instytut Psychologii Zdrowia – Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, s. 115 i n.

⁴³ A. Dodziuk, *Trzeźwienie jako...*, s. 17–18.

taką jaka jest, bez upiększeń i zatuszowań, co pociąga za sobą – w konsekwencji zdania sobie sprawy z ogromu wyrządzonych zniszczeń i krzywd – konieczność zaakceptowania tego, jak stopniowy i powolny jest proces odbudowy, zadośćuczynienia, uzyskiwania przebaczenia i zdobywania na nowo zaufania. Zerwanie z dawnym, „pijanym” sposobem życia oznacza jego całkowitą zmianę, której trzeźwiejąca osoba może być autorem i wykonawcą, ale której trudność polega na podjęciu odpowiedzialności za własne życie i świadomym kierowaniu nim zgodnie z postawionymi sobie celami i regułami społecznymi.

Ponownie odwołując się do propozycji Jerzego Mellibrudy, zatem „człowiek byłby tym zdrowszy:

- im bardziej jego uczucia wywołują lub zmieniają to, co dzieje się pomiędzy nim a światem i w nim samym – w im mniejszym stopniu sztuczne środki czy sposoby są źródłem ulgi bądź intensyfikacji przyjemnych odczuć, jak również gwałtownych zmian stanu emocjonalnego;
- im bardziej dąży do uzyskania prawdziwego obrazu rzeczywistości – im mniej ten obraz fałszuje czy zakłamuje;
- im bardziej jest autorem lub współsprawcą tego, co mu się przydarza i jest gotów za to odpowiadać – im mniej ucieka się do postawy ‘to nie ja’.

Widać zatem wyraźnie, że zaprzestanie nałogowego zachowania nie oznacza wracania do zdrowia. Można trwać w odstawieniu – jak alkoholik, który jest ‘suchy’, lecz nie trzeźwieje – zagłuszając własne uczucia, zamykając oczy na realne trudności, manipulując tak, by nie podejmować odpowiedzialności za swoje życie⁴⁴. Dlatego też zwykło się określać osoby zdrowiejące nie jako byłych alkoholików, lecz jako trzeźwych alkoholików lub trzeźwiejących alkoholików (*recovering alcoholic*), co podkreśla ciągłość i rozwojowy charakter procesu regeneracji fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej⁴⁵.

Osoba uzależniona na początku swej drogi ku zdrowieniu nie jest świadoma rozmiarów swojego problemu ani rozmiarów pracy jaka ją czeka w związku z leczeniem. Ciekawego porównania użył Bohdan T. Woronowicz: tak jak żeglarz płynący w stronę Antarktydy dostrzega jedynie wystający ponad powierzchnię niewielki fragment ogromnej bryły lodu, tak podobnie osoba uzależniona dostrzega jedynie niewielką część swojego problemu alkoholowego, nie przeczuwając co jeszcze kryje się pod wodą czy we mgle⁴⁶. Nieco inaczej ujął to Wiktor Osiatyński, przyrównując proces zdrowienia do rozplątywania węzła „na który składają się różnorodne problemy: skutki pijaństwa i związane z tym poczucie winy, zakłamanie i fałszywy obraz świata, niedojrzałość i nieumiejętność radzenia sobie z życiem, a niekiedy także dramatyczne przeżycia z dzieciństwa i młodości, które

⁴⁴ A. Dodziuk, *Nałogowy człowiek w nałogowym społeczeństwie*, [w:] *Nałogowy człowiek*, red. A. Dodziuk, L. Kapler, Toret, Warszawa 1999, s. 15.

⁴⁵ R. Marek, OFM, op. cit., s. 51.

⁴⁶ B.T. Woronowicz, op. cit., s. 158.

spowodowały niezwykłą wrażliwość, lęk czy poczucie odrzucenia u późniejszego alkoholika. Po rozplątaniu węzła trzeba jeszcze uczyć się tych wszystkich umiejętności życiowych, których alkoholik nie nabył w młodości lub które utracił w latach aktywnego alkoholizmu⁴⁷.

Dla wielu uzależnionych „alkohol pełnił rolę ‘szklanego boga’, nie tylko dlatego, że dawał im złudzenie mocy oraz wypełnienia pustki duchowej, lecz także dlatego, że podporządkowywał sobie świadomość, wolę, myślenie, działanie oraz relacje międzyludzkie. Pod wieloma względami dla czynnego alkoholika alkohol jest swego rodzaju ‘siłą wyższą’. Siła ta ma jednak destrukcyjny charakter, najsilniej właśnie niszczy wymiar duchowy ludzkiego życia⁴⁸. Często jednak uzależnieni, w pewnym stadium zaawansowania własnego procesu zdrowienia, zaczynają doświadczać tęsknoty za nadaniem swojemu życiu tego wymiaru duchowego, odczuwać potrzebę innego, bardziej wartościowego życia. Znajduje to wyraz w różnych sferach ich życia⁴⁹:

- w sferze poznawczej (w tym przywrócenie zdolności prawidłowego zauważania, rozumienia, interpretowania, podejmowania decyzji i planowania, dostrzeganie wartości, własnych przekonań, więcej refleksji w miejsce mechanizmów samooszukiwania się, docenianie tego, co się ma);
- w sferze emocjonalnej (w tym pogłębianie świadomości własnych emocji, odczuć i przeżyć, zdolności odczuwania i rozpoznawania ich pełnego wachlarza, próby nazywania swoich emocji, kontrolowania i wyciszania emocji negatywnych, pielęgnowania emocji pozytywnych);
- w sferze zachowań (w tym przywracanie zdrowych nawyków i zdolności do ich kształtowania);
- w sferze społecznej (w tym odbudowywanie relacji z innymi, pragnienie nawiązywania głębszych relacji interpersonalnych, większa otwartość i wrażliwość na ludzi, większa dbałość o związki małżeńskie, rodzinne, przyjacielskie).

Podsumowanie

Jak wynika z powyższych rozważań, człowieka, który dźwigając się z uzależnienia jest gotowy na gruntowną zmianę swojego życia, czeka ogrom pracy, wiążący się z przewartościowaniem i modyfikowaniem lub kształtowaniem nowego systemu wartości, z przebudową struktury postaw, z poszukiwaniem sensu życia, z odbudowywaniem poczucia własnej wartości i godności, z podejmowaniem na

.....

⁴⁷ W. Osiatyński, *Alkoholizm: i grzech, i choroba, i...*, Iskry, Warszawa 2007, s. 18–19.

⁴⁸ Ibidem, s. 78.

⁴⁹ M. Tatala, *Udział symbolu w zdrowieniu z alkoholizmu*, [w:] *Drogi rozwoju. Od uzależnienia do wolności*, red. M. Tatala, J. Karczewski, OFMCap (red.), Wydawnictwo Ośrodka Apostolstwa Trzeźwości, Zakroczym 2007, s. 114; L. Kapler, *Poradnik lidera...*, s. 26.

nowo odpowiedzialności za siebie i innych oraz z dążeniem ku dojrzałej osobowości i integracji wszystkich sfer w strukturze osobowości. Sfera duchowa, która w procesie uzależniania się uległa znacznym zaniedbaniom czy wręcz destrukcji, odbudowuje się jako ostatnia – po przywróceniu fizycznej sprawności i zmianie sposobu myślenia⁵⁰. Bywa tak, że proces zdrowienia trwający przez dalsze (trzeźwe) życie, może prowadzić do poprawy jego jakości⁵¹, niekiedy nawet wyższej niż przed uwikłaniem się w uzależnienie. Tego, że to się udaje poprzez żmudny wysiłek rekonstrukcji i konstrukcji swojego życia, dowodzą wyniki badań realizowanych wśród osób, które podjęły trud leczenia⁵².

Bo jak słusznie stwierdził Sławomir Kuligowski: „Owoc dojrzewa i spada. Człowiek czasami musi upaść, aby dojrzeć”.

Abstract: The process of recovery from alcohol addiction – from the limitations and fetters to a better quality of life

In analyzing the broadness of Polish literature on alcoholic addiction one can conclude that the process of getting out of alcoholic addiction is fragmentarily studied and described. This article presents one of the views shared by many therapists of addiction (in Poland and abroad), which recognizes the problems of alcoholism as a disease and contains considerations around the issue of coping with them, with reference to exactly this model of understanding them. Although this perception assumes that alcoholism is incurable and is life-long, the recovery process can lead to an improvement of the quality of life, sometimes even higher than before getting involved in the addiction. **Key words:** treatment, phases of recovery, sobering, return to health, change.

Bibliografia

- [1] Braniecki W., *Cud przemiany. Z 30-lecia Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Media Rodzina, Poznań 2004.
- [2] Brown S., *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992.
- [3] Chodkiewicz J., *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.

⁵⁰ W. Osiatyński, *Alkoholizm: i grzech, i choroba, i...*, s. 86.

⁵¹ B.T. Woronowicz, op. cit., s. 185.

⁵² J. Chodkiewicz, *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012; D. Zaworska, *Metody pomocy i samopomocy w uzależnieniach*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2001; S. Brown, op. cit.; I. Kaczmarczyk, op. cit., W. Braniecki, *Cud przemiany. Z 30-lecia Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Media Rodzina, Poznań 2004; J. Mellibruda, B. Włodawiec, *Zmiany funkcjonowania społecznego po terapii odwykowej pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3(28).*

- [4] Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.
- [5] Czabała Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii*, PWN, Warszawa 1997.
- [6] Dodziuk A., *Trudna nadzieja*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993.
- [7] Dodziuk A., *Nalógowy człowiek w nalógowym społeczeństwie*, [w:] *Nalógowy człowiek*, red. Dodziuk A., Kapler L., Toret, Warszawa 1999.
- [8] Dodziuk A., *Trzeźwienie jako droga życiowa*, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006.
- [9] Gierowski J.K., Lew-Starowicz Z., Mellibruda J., *Psychopatologia zjawisk społecznych*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, red. Strelau J., GWP, Gdańsk 2007.
- [10] Goedhuys J., Thijs G. (2010), *Trening motywacyjny w ochronie zdrowia i pomocy społecznej – materiały szkoleniowe*, [w] *Jak motywować do zmiany zachowania? Trening motywacyjny dla studentów i profesjonalistów*, red. Wilczek-Rużyczka E., Czabanowska K., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- [11] Kaczmarczyk I., *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce. Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć*, „Eneteia” – Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2008.
- [12] Kapler L., *Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia*, „Świat Problemów” 1994, nr 7–8.
- [13] Kapler L., *Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia*, [w:] *Nalógowy człowiek*, red. Dodziuk A., Kapler L., Toret, Warszawa 1999.
- [14] Kapler L., *Poradnik lidera działań trzeźwościowych*, Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA, Warszawa 2008.
- [15] Klingemann J.I., *Horyzonty zmiany zachowania nalógowego w Polsce*, Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej, t. XI, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2010.
- [16] Kucińska M., *Motywowanie ku zmianie*, [w:] *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, red. Gąsior K., Chodkiewicz J., Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010.
- [17] Marek R. OFM, *Motywacje Anonimowych Alkoholików do abstynencji i życia w trzeźwości. Studium socjologiczne na podstawie województwa podkarpackiego*, Poligrafia Wyższego Seminarium Duchownego, Rzeszów 2007.
- [18] Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Instytut Psychologii Zdrowia – Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006.
- [19] Mellibruda J., Włodawiec B., *Zmiany funkcjonowania społecznego po terapii odwykowej pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3(28).
- [20] Miller W.R., *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji: zalecenia do Optymalizacji Terapii*, Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA, Warszawa 2009.
- [21] Osiatyński W., *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, Iskry, Warszawa 2005.
- [22] Osiatyński W., *Alkoholizm: i grzech, i choroba, i...*, Iskry, Warszawa 2007.
- [23] Pomianowski R., *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, [w:] *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, red. Miluska J., Bonami, Poznań 1998.

- [24] Prochaska J.O., DiClemente C.C., *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*, „Psychotherapy: Theory, Research and Practice” 1982, 19(3).
- [25] Sztander W., *Poza kontrolą*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997.
- [26] Tatała M., *Udział symbolu w zdrowieniu z alkoholizmu*, [w:] *Drogi rozwoju. Od uzależnienia do wolności*, red. Tatała M., Karczewski J. OFMCAp (red.), Wydawnictwo Ośrodka Apostolstwa Trzeźwości, Zakroczym 2007.
- [27] Woronowicz B.T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina i Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009.
- [28] Woydyłło E., *Wybieram wolność czyli rzecz o wyzwaniu się z uzależnień*, Iskry, Warszawa 1991.
- [29] Woydyłło E., *Wyzdrowieć z uzależnienia*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004.
- [30] Woydyłło E., *Rak duszy. O alkoholizmie*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2009.
- [31] Zaworska D., *Metody pomocy i samopomocy w uzależnieniach*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2001.