

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Katedra Medycyny Społecznej

Zakład Higieny

Pracownia Profilaktyki Uzależnień

MARCIN WNUK

EMOCJONALNE UWARUNKOWANIA JAKOŚCI
ŻYCIA ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW

Rozprawa na stopień doktora nauk o zdrowiu

Promotor: dr hab. n. med. prof. UM Jerzy Tadeusz Marcinkowski

Poznań 2010

„Każdy z was, młodzi przyjaciele, znajduje też w życiu jakieś swoje Westerplatte. Jakiś wymiar zadań, które musi podjąć i wypełnić. Jakąś słuszną sprawę, o którą nie można nie walczyć. Jakiś obowiązek, powinność, od której nie można się uchylić. Nie można zdezerterować”.

Jan Paweł II

Szczególne podziękowania dla prof. UM dr hab. Jerzego Tadeusza Marcinkowskiego za owocną współpracę prowadzoną w miłej atmosferze.

Spis treści:

Rozdział I. Jakość życia i jej przejawy	5
1.1. Eudajmonistyczna i hedonistyczna tradycja w badaniach nad jakością życia	5
1.2. Zaangażowanie jako sposób na osiągnięcie dobrostanu.....	8
1.3. Psychologiczny dobrostan a subiektywny dobrostan w badaniach nad jakością życia.....	9
1.4. Teorie „góra-dół” i „dół-góra” w badaniach nad jakością życia.....	12
1.5. Osobowość a jakość życia	15
1.6. Przeżycia duchowe a jakość życia.....	18
1.6.1. Duchowość a jakość życia osób uzależnionych od alkoholu.....	19
Rozdział II. Anonimowi Alkoholicy jako forma radzenia sobie z uzależnieniem od alkoholu.....	25
2.1. Alkoholizm jako zespół uzależnienia	25
2.2. Alkoholizm według międzynarodowych klasyfikacji DSM-IV i ICD-10	28
2.3. System leczenia alkoholizmu w Polsce	31
2.4. Historyczne uwarunkowania ruchu samopomocy	32
2.5. Anonimowi Alkoholicy jako grupa samopomocy.....	35
2.6. Rola wspólnoty Anonimowych Alkoholików w powrocie do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu....	42
Rozdział III. Problemy i metoda badań własnych.....	55
3.1. Cel badań	55
3.2. Dobór osób do badań.....	55
3.3. Plan i etapy badań.....	56
3.4. Problemy badawcze.....	56
3.4.1. Definicje i struktura badanych zmiennych	56
3.5. Operacjonalizacja zmiennych i narzędzia badawcze	59
3.6. Hipotezy badawcze	60
Rozdział IV. Analiza i interpretacja wyników.....	62
4.1. Ogólna charakterystyka badań.....	62
4.2. Zależności między zmiennymi.....	68
4.3. Analiza regresji liniowej	73
4.4. Weryfikacja hipotez badawczych.....	75

Rozdział V. Dyskusja	79
Rozdział VI. Wnioski	89
Streszczenie.....	90
Piśmiennicwo	93
Aneks.....	109

Rozdział I. Jakość życia i jej przejawy

1.1. Eudajmonistyczna i hedonistyczna tradycja w badaniach nad jakością życia

Historyczne uwarunkowania badań nad jakością życia mają korzenie w filozofii starożytnej, kiedy to przedstawiciele dwóch głównych nurtów filozoficznych zajmowali się zjawiskiem postrzegania, rozumienia i wyjaśniania szczęścia. Jakość życia była wówczas utożsamiana ze szczęściem, a dalszy rozwój tego podejścia zaowocował przeniesieniem go na grunt psychologii oraz innych nauk społecznych. Pierwszy ze wspomnianych nurtów, zwany hedonistycznym, ma swoje źródła w filozofii greckiego Arystypa z Cyreny zgodnie z którą głównym celem życia jest doświadczanie maksymalnej ilości przyjemności w danym momencie stanowiącej o szczęściu danego człowieka. Hedonizm w filozofii był obecny w poglądach wielu innych filozofów, takich jak Hobbes, zgodnie z którym szczęście jest skutecznym spełnieniem pożądań i pragnień, markiza DeSade według którego jest ono dążeniem do przyjemności i wrażeń oraz Benthama twierdzącego, że próba maksymalizacji przyjemności i własnego interesu stoi u podłoża zdrowego społeczeństwa (Ryan, Deci, 2001).

Hedonistyczna wizja szczęścia została przeniesiona na grunt psychologii. Prekursorzy badań w tym obszarze utożsamili szczęście z przyjemnymi stanami psychicznymi mającymi odzwierciedlenie w pozytywnych emocjach. Hedonizm w przeciwieństwie do ascetyzmu, który z perspektywy moralnej odrzuca przyjemność preferując wstrzemięźliwe zachowania koncentruje się na dążeniu i uzyskiwaniu przyjemności jako głównej życiowej wartości. Zjawisko to budzi niejednoznaczne skojarzenia. Z jednej strony hedonistyczne wartości są ujmowane jako zgodne z naturą człowieka i sprzyjające jego zdrowiu, podczas, gdy przyjmując odmienną perspektywę można je potraktować jako brak umiaru oraz źródło moralnego rozpadu. Krytycy tego sposobu życia podkreślają, że dążenie do przyjemności prowadzi do nadużywania psychostymulantów, słodyczy, oraz nadmiernego seksu. Kładą oni również nacisk na negatywne konsekwencje hedonizmu pojawiające się w dłuższej perspektywie czasowej. Paradoks hedonizmu przejawia się w tym, że doraźne osiągnięcie przyjemności może być trudne do utrzymania w dłuższym okresie prowadząc w konsekwencji

do jej odrzucenia. Poszukiwanie coraz silniejszej stymulacji i związany z tym efekt habituacji czynią jednostkę bardziej skłoną do coraz bardziej skrajnych i ryzykownych zachowań. Skutkiem zaangażowania w poszukiwanie silniejszych bodźców jest wzrost egocentryzmu, erozja więzi społecznych oraz uzależnienie od stymulacji. Zwolennicy hedonistycznej wizji szczęścia twierdzą, że hedonizm wpływa na poczucie zadowolenia z życia poprzez pozytywny balans przejawiający się w dominacji przyjemnych uczuć nad przykrymi. Innym argumentem przemawiającym za korzystnym wpływem hedonizmu na szczęście jest fakt, iż osoby doświadczające przyjemności są bardziej skłonne do nawiązywania kontaktów społecznych oraz zwiększa się ich zdolność do skutecznego radzenia sobie z sytuacjami stresowymi (Venhoven, 2003).

Eudajmonia jest podejściem do szczęścia i jakości życia opartym na filozofii Arystotelesa. Zgodnie z jej założeniami człowiek powinien żyć w zgodzie z dajmonem, wewnętrznym duchem stanowiącym prawdziwe „ja” jednostki. Dajmon odnosi się do wszystkich potencjalności, których realizacja prowadzi do najwyższego spełnienia w życiu. Pewne zdolności są dzielone z innymi ludźmi, podczas, gdy inne stanowią o specyfice i wyjątkowości danego człowieka. Dajmon, będąc w perspektywie egzystencjalnej pewnym wzorem i ideałem, nadaje sens ludzkiemu życiu oraz wskazuje drogę postępowania. Funkcjonowanie zgodnie z jego natchnieniem prowadzi do osiągnięcia samoaktualizacji zwanej eudajmonią (Waterman, 1993). Jest to stan tożsamy z dobrym i wartościowym życiem, w którym istotną rolę odgrywa zaangażowanie w sferę aksjologiczną. Podejście to jest zbieżne z wizją człowieka stworzoną przez Frankla. Według niego głównym motywem postępowania każdego człowieka jest dążenie do odkrycia sensu w podejmowanych działaniach, których efektem jest odczuwanie szczęścia (Frankl, 1977). Trudności w odnalezieniu sensu życia mogą prowadzić do stanu pustki egzystencjalnej, której towarzyszą negatywne zjawiska psychologiczne - takie jak anhedonia, myśli samobójcze czy brak motywacji do podejmowania jakichkolwiek działań (Frankl, 1973,1998).

Poza wymienionymi powyżej ujęciami szczęścia (Czapiński, 2004; Ryan, Deci, 2001; Vittero, 2005) na gruncie psychologii wyróżnia się dodatkowo podejście zwane zaangażowaniem/przepływem (Seligman i wsp., 2004; Duckworth i wsp., 2005; Sandoe, 1999; VellaBrodrick i wsp., 2008). Jest to stan mentalny, któremu towarzyszą pozytywne emocje takie jak duma i spełnienie związany z jasnością celów działania, natychmiastową informacją zwrotną dotyczącą efektów działania, wykluczeniem dystraktorów z pola

świadomości, brakiem obawy przed porażką, zanikiem samoświadomości, zanikiem poczucia przepływającego czasu, zlewania się świadomości z podejmowaną aktywnością (Csikszentmihalyi, 1997). Spełnienie w tym kontekście stanowi maksymalne zaabsorbowanie preferowaną aktywnością, która w momencie jej podejmowania i zaangażowania w nią staje się najważniejszą wartością.

Zarówno hedonizm jak i eudajmonia oraz zaangażowanie/przepływ są różnymi sposobami do osiągnięcia pełni życia oraz szczęścia (Seligman i wsp., 2004). W badaniach Waterman (1993) otrzymano silną korelację pomiędzy eudajmonistycznymi i hedonistycznymi miarami szczęścia. Okazało się, że pomimo tego, że oba konstrukty są podobne do siebie stanowią dwa odrębne i specyficzne byty, które mogą ulegać odmiennej ekspresji. Potwierdzono, że eudajmonia jest wystarczającym, ale niekoniecznym warunkiem dla odczuwania hedonistycznego szczęścia. Zarówno hedonistyczna satysfakcja jak i osobista ekspresja stanowiąca przejaw eudajmonistycznej koncepcji szczęścia były doświadczane jako pozytywny kognitywno-afektywny stan o podobnym nasileniu. Różnice dotyczyły siły związków pomiędzy obiema miarami a poszczególnymi kognitywno-afektywnymi aspektami stanu zaangażowania/przepływu. Poczucie osobistej ekspresji było silniej skorelowane z odczuciem uczestniczenia w sytuacji będącej wyzwaniem, poczuciem bycia kompetentnym, z zaangażowaniem w radzenie sobie z sytuacją poprzez podjęcie wysiłku, posiadaniem wysokiego stopnia koncentracji, z poczuciem bycia asertywnym oraz posiadaniem jasnych celów. Natomiast hedonistyczne zadowolenie było mocniej związane z poczuciem relaksacji, podnieceniem, zadowoleniem, poczuciem szczęścia, zapomnieniem o osobistych problemach. W przedstawionym świetle zaangażowanie/przepływ został potraktowany jako konglomerat hedonistycznych oraz eudajmonistycznych aspektów funkcjonowania.

W innych badaniach Peterson i wsp. (2005) dowiedli, iż trzy wymienione koncepcje szczęścia są odrębnymi strategiami dążenia do szczęścia związanymi z satysfakcją z życia. Osoby osiągające niski wynik we wszystkich trzech skalach szczęścia osiągały bardzo niski rezultat w skali satysfakcji z życia, podczas, gdy badani, którzy otrzymali dużą ilość punktów w miarach hedonizmu, eudajmonizmu i zaangażowania/przepływu osiągnęli dużą ilość punktów na skali satysfakcji z życia. Eudajmonizm był silniej skorelowany z zaangażowaniem w porównaniu z hedonizmem, podczas, gdy pomiędzy obiema tymi miarami siła korelacji była mniejsza niż w przypadku relacji pomiędzy zaangażowaniem a hedonizmem.

1.2. Zaangażowanie jako sposób na osiągnięcie dobrostanu

Psychologia zaangażowania/przepływu odwołuje się do dwóch wymiarów: umiejętności oraz wyzwań. Krańce obu kontynuów stanowią wartości przeciwstawne. W przypadku umiejętności analizuje się ich wysoki i niski poziom. Natomiast w odniesieniu do wyzwań jednostki postrzegają dane wydarzenia na kontynuum maksymalne wyzwanie - minimalne wyzwanie. Według założeń tej koncepcji percepcja danego zadania jako niewielkiego wyzwania oraz posiadanie niskiego stopnia umiejętności są związane z doświadczaniem apatii. Kiedy z postrzeganiem danego zadania w kategorii dużego wyzwania idzie w parze niski poziom umiejętności jest mowa o odczuwaniu lęku, któremu mogą towarzyszyć działania skierowane na zdobywanie danych kompetencji. Nuda pojawia się wówczas, gdy umiejętności są duże, natomiast zadanie nie stanowi znaczącego wyzwania. Odpowiedzią na tę sytuację może być poszukiwanie trudniejszych zadań, które przy aktualnym poziomie umiejętności będą stanowiły wyzwanie. Przy wysokich umiejętnościach oraz percepcji zadania jako dużego wyzwania pojawia się stan tzw. przepływu (Csikszentmihalyi, Moneta, 1996). Jest z nim związana jasność celów działania, natychmiastowa informacja zwrotna dotycząca efektów działania, wykluczenie dystraktorów z pola świadomości, brak obawy przed porażką, zanik samoświadomości, zanik poczucia przepływającego czasu, zlewanie się świadomości z podejmowaną aktywnością (Csikszentmihalyi, 1997). U nastolatków u których wzrastała siła doświadczania stanu przepływu zwiększała się równocześnie wewnętrzna motywacja, poczucie własnej wartości, ważność przyszłości oraz poziom koncentracji. Taka sama prawidłowość dotyczyła grupy badanych o stabilnym i silnym poczuciu przepływu. Wśród nastolatków wzrastającej sile stanu przepływu towarzyszyło poświęcanie większej ilości czasu na pracy domowej oraz spędzanie mniejszej ilości czasu na bierne formy korzystania z czasu wolnego. W grupie o dużej i stabilnej sile przepływu badani rzadziej korzystali z biernych form spędzania czasu wolnego, podczas, gdy u nastolatków wraz z obniżającą się siłą przepływu szła w parze odwrotna prawidłowość (Csikszentmihalyi, Hektner, 1996).

W innych badaniach przeprowadzonych na populacji nastolatków ze Stanów Zjednoczonych doświadczanie szczęścia szło w parze z młodszym wiekiem, mniejszą ilością czasu spędzaną w samotności, rzadszym czytaniem książek, częstszym spędzaniem czasu na zadaniach będących dużymi wyzwaniami przy posiadaniu dużych kompetencji i umiejętności

jako warunków przeżywania przepływu lub stanach relaksu będących konsekwencją niskiego poziomu wyzwań przy wysokim poziomie umiejętności. Osoby te czuły częściej podekscytowanie, dumę, siłę oraz towarzyskość (Csikszentmihalyi, Hunter, 2003b).

Centralnym stanem emocjonalnym u osób doświadczających przepływu jest zaciekawienie i zainteresowanie, które z kolei nie jest obecne u osób przeżywających nudę. Zaciekawienie jest związane z pozytywnym dobrostanem, podczas, gdy doświadczaniu nudy jako przeciwieństwa zaciekawienia towarzyszą negatywne odczucia i odniesienia. Dotychczasowe badania zdają się potwierdzać powyższą konstatację. Studenci, którzy przez większość czasu doświadczali zainteresowania w porównaniu ze studentami przeżywającymi przeważnie nudę mieli wyższe poczucie własnej wartości, prezentowali wyższy poziom optymizmu przy niższym poziomie pesymizmu, jak również posiadali większe poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli (Csikszentmihalyi, Hunter, 2003a). W innych badaniach dotyczących czterech różnych kontekstów sytuacyjnych oraz czterech różnych jakościowo doświadczeń takich jak szczęście, zaangażowanie, koncentracja na czymś ważnym i pragnienie, spośród 16 zastosowanych modeli wyniki 12 z nich potwierdziły pozytywny wpływ równowagi pomiędzy wyzwaniami u umiejętnościami oraz negatywne konsekwencje braku tej równowagi. W obszarze aktywności szkolnych wspomniany efekt wystąpił w odniesieniu do wszystkich czterech doświadczeń. W perspektywie życia rodzinnego i przyjaciół tylko w przypadku pragnienia i szczęścia, natomiast w kontekście samotności w odniesieniu do koncentracji i szczęścia (Csikszentmihalyi, Moneta, 1996).

1.3. Psychologiczny dobrostan a subiektywny dobrostan w badaniach nad jakością życia

Przełomowym wydarzeniem dla psychologicznego ujęcia dobrostanu, w kontekście tematyki jakości życia, było powstanie „Skali równowagi afektywnej” (Bradburn, 1969). Miara ta odzwierciedla relacje pomiędzy ilością emocji o charakterze pozytywnym w porównaniu z ilością emocji o znaku ujemnym. Okazało się, że pomiędzy afektem pozytywnym i afektem negatywnym istnieje względna niezależność i stanowią one odrębne czynniki będące odrębnymi emocjonalnymi wskaźnikami jakości życia. Kolejne projekty badawcze koncentrowały się na ujęciu jakości życia opartym na osądzie respondentów

dotyczącym oceny satysfakcji z życia jako całości (Andrews, Withey, 1976) lub zadowolenia z jego poszczególnych sfer (Campbell, Converse, Rodgers, 1976). Podkreślały one odmienną perspektywę zogniskowaną wokół procesów poznawczych w ocenie życia lub jego poszczególnych aspektów w kontraście do dotychczasowego podejścia bazującego na jego emocjonalnym osądzie. Wykazano, że emocjonalne aspekty dobrostanu współistnieją z jego poznawczymi składowymi. Syntezy obu ujęć dokonał Diener według którego na jakość życia składają się zarówno poznawcze jak i emocjonalne elementy (Myers, Deci, 1995). Jego emocjonalne aspekty znajdują odzwierciedlenie w względnym braku lub niewielkim nasileniu afektu negatywnego oraz dużym natężeniu afektu pozytywnego, podczas, gdy poznawcze przejawy dobrostanu dotyczą satysfakcji z życia jako całości oraz zadowolenia z jego poszczególnych domen takich jak praca, małżeństwo czy warunki mieszkaniowe.

Na inne elementy jakości życia zwrócił uwagę Ryff (1989). Na bazie analizy najczęściej powtarzających się w psychologii wskaźników zdrowia i dobrostanu wyróżnił 6 składników psychologicznego dobrostanu na które składa się samoakceptacja, autonomia, pozytywne relacje z innymi, osobisty wzrost oraz panowanie nad środowiskiem (Ryff, 1989). Natomiast subiektywny dobrostan jest dla niego tożsamy ze szczęściem, a jego elementami są: satysfakcja z życia oraz bilans afektywny, oceniany z perspektywy pozytywnych i negatywnych stanów emocjonalnych (Keyes i wsp., 2002).

Samoakceptacja jest pojmowana jako centralna cecha zdrowia związana z samoaktualizacją, optymalnym funkcjonowaniem oraz dojrzałością. Pozytywne relacje z innymi są oparte na posiadaniu silnej empatii oraz przywiązania do wszystkich istot ludzkich, jak również zdolności do miłości, głębokiej przyjaźni oraz identyfikacji z ludźmi. Teorie stadialnego rozwoju dorosłości kładą nacisk na osiągnięcie jedności z innymi jako wyraz intymności oraz generatywności mającej odzwierciedlenie w przewodnictwie i kierowaniu ludźmi. Cechami charakterystycznymi autonomii są autodeterminacja, niezależność oraz regulacja i kontrola własnych zachowań. Autonomiczna jednostka ocenia siebie kierując się wewnętrznym źródłem ewaluacji oraz własnymi standardami nie poszukując jednocześnie aprobaty innych. Jest wyzwolona od utrwalonych konwencji nie trwając uporczywie przy kolektywnych wierzeniach, rytuałach, regułach, prawach czy obawach (Ryff, 1989).

Panowanie nad środowiskiem jest indywidualną zdolnością do wyboru oraz kreowania warunków zewnętrznych zgodnie z własną psychiczną kondycją. Zakłada zmianę świata poprzez aktywność o charakterze psychicznym i fizycznym. Rozwój ontogenetyczny wymaga

umiejętności wpływania na środowisko zewnętrzne i kontrolowania go. Pomyślny proces starzenia opiera się na wykorzystywaniu możliwości jakie daje otoczenie dla własnego rozwoju (Ryff, 1989).

Posiadanie sensu i celu życia opiera się na przekonaniu o jego celowości i sensowności. Definicja dojrzałości podkreśla wszechstronność celów, poczucie bycia prowadzonym oraz intencjonalność. Spełnienie tych warunków sprzyja poczuciu sensu i celu życia. Osobisty rozwój koncentruje się wokół odkrywania i aktywizowania własnych potencjalności oraz rozwoju jako osoby. U podłoża tego zjawiska stoi potrzeba samorealizacji. Jedną z cech osobistego rozwoju jest otwartość na nowe doświadczenia. Nie jest to stan stabilizacji, ale ciągły rozwój i stawanie się, któremu towarzyszy skuteczne rozwiązywanie problemów. W perspektywie ontogenetycznej jest to konfrontowanie się z wyzwaniami i zadaniami życia codziennego (Ryff, 1989).

W badaniach dorosłych Amerykanów wszystkie sześć wskaźników psychicznego dobrostanu korelowało z satysfakcją z życia, z pozytywnym i negatywnym afektem, poczuciem własnej wartości, depresją oraz wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (Ryff, 1989). Również w dwóch innych projektach wszystkie wyróżnione wskaźniki dobrostanu psychicznego były związane z poczuciem szczęścia, ogólnej satysfakcji z życia oraz depresją (Ryff i wsp., 1994; Ryff, Keyes, 1995) jak również pozytywnym i negatywnym afektem (Keyes, Ryff, Shmotkin, 2002).

W innych badaniach poczucie sensu życia, rozwój osobisty, panowanie nad środowiskiem, autonomia oraz samoakceptacja były pozytywnie związane z poczuciem własnej wartości oraz radzeniem sobie skoncentrowanym na problemie oraz negatywnie skorelowane z depresją oraz radzeniem sobie skoncentrowanym na emocjach (Ryff, Keyes, 1995). W badaniach przeprowadzonych na dwóch próbach Amerykanów w średnim wieku samoakceptacja, panowanie nad środowiskiem oraz poczucie sensu życia korelowało negatywnie z neurotyzmem, będąc równocześnie pozytywnie związane z ekstrawersją i sumiennością. Dodatkowo osobisty wzrost był skorelowany z otwartością na doświadczenia oraz ekstrawersją, autonomia z neurotyzmem, natomiast pozytywne relacje z innymi z ugodowością i ekstrawersją (Ryff, Schmutte, 1997).

Wyniki badań przeprowadzonych przez autora tej koncepcji potwierdziły, że wysokiemu poziomowi sensu życia, jako jednemu z elementów dobrostanu psychicznego

towarzyszy wysoki poziom subiektywnego dobrostanu (Schmutte, Ryff, 1997; Harrington, Loffredo, 2001; Lustig i wsp., 2000).

1.4. Teorie „góra-dół” i „dół-góra” w badaniach nad jakością życia

Jedną z ważniejszych kwestii pojawiających się w obszarze badań nad jakością życia jest odpowiedź na pytanie czy jej ocena jest dokonywana zgodnie z założeniami teorii „góra-dół” czy może „dół-góra” (Czapiński, 2007, Diener, 1984). W podejściu „dół-góra” nacisk jest położony na fakt, iż szczęście jest sumą przeżywanych pojedynczych przyjemności. Zgodnie z nim jednostka przeprowadzająca ocenę swojego poziomu szczęścia dokonuje mentalnej kalkulacji polegającej na zsumowaniu pojedynczych przyjemnych i nieprzyjemnych epizodów z własnego życia. Odwrotne założenia pojawiają się w podejściu „góra-dół” zgodnie z którym każdy człowiek posiada ogólną tendencję do oceny otaczającej rzeczywistości w pozytywny sposób. Innymi słowy oznacza to, że jednostka przeżywa przyjemność, ponieważ jest szczęśliwa, a nie odwrotnie. W tym kontekście relacja przyczynowo-skutkowa zachodzi w ten sposób, że bardziej złożone i nadrzędne elementy struktury determinują jej bardziej elementarne i pojedyncze składniki. W perspektywie oceny jakości życia oznacza to, że ogólne zadowolenie z życia wpływa na ocenę zadowolenia z poszczególnych jego sfer i obszarów, a nie odwrotnie, że satysfakcja z domen życia takich jak małżeństwo, osiągnięcia, itp. jest przyczyną ogólnej satysfakcji z życia.

Podejście „góra-dół” podkreśla decydujący wpływ cech osobowości na reakcję na dziejące się wydarzenia. Zgodnie z dewizą Tatarkiewicza nie chodzi o to co dana jednostka posiada, ale w jaki sposób postrzega i ocenia to co ma (Tatarkiewicz, 1976). Ujęcia teoretyczne „dół-góra” koncentrują się wokół obiektywnych warunków i wskaźników życia, podczas, gdy podejście „góra-dół” jest zogniskowane na subiektywnym procesie oceny wydarzeń i faktów, zdominowanym przez cechy osobowości jednostek mające swoje stałe genetyczne źródło. W związku z niejednoznacznością wyników badań oraz brakiem konsensusu w odniesieniu do tego, które z podejść znajduje odzwierciedlenie w rzeczywistości w literaturze przedmiotu pojawia się tendencja do eklektycznego łączenia obu z nich (Czapiński, 2007). Próbę weryfikacji prawdziwości obu podejść podjęli Leonardi i wsp. (2005). Ich podłużne badania przeprowadzone w nurcie konstrukcjonistycznym wśród populacji Włochów dowiodły, że efekt „góra-dół” w porównaniu z efektem „dół-góra”

operacjonalizowanym jako warunki życia odgrywa istotniejszą rolę zarówno dla ogólnej satysfakcji z życia jak i zadowolenia z poszczególnych jego sfer. Efekt „góra-dół” był istotnym predykatorem satysfakcji ze zdrowia, wolnego czasu, sytuacji ekonomicznej badanych, usług, domu, miejsca zamieszkania oraz satysfakcji z możliwości przemieszczania się. Korelacja pomiędzy nim a ogólną satysfakcją z życia była umiarkowana i silniejsza od słabych związków pomiędzy nim a zadowoleniem z poszczególnych domen życia. Efekt „dół-góra” nie był predykatorem zadowolenia z wszystkich badanych sfer życia poza zadowoleniem z usług oraz możliwości przemieszczania się. Godnym zanotowania jest fakt, iż efekt „góra-dół” mierzony pięć lat wcześniej był silniejszym predykatorem ogólnej satysfakcji z życia niż aktualne warunki egzystencji.

Zgodnie z dotychczasowymi wynikami badań zakładając, że oba podejścia są częściowo prawdziwe zasadniczym zadaniem badaczy pozostaje odkrycie w jaki sposób zachodzi interakcja pomiędzy wydarzeniami zewnętrznymi a wewnętrznymi cechami osobowości (Diener, 1984).

Zasadniczą kwestią poruszaną w kontekście obu podejść jest odpowiedź na pytanie czy szczęście jest cechą czy może stanem. Zwolennicy szczęścia jako predyspozycji lub cechy uważają, że nie jest ono uczuciem lecz tendencją do reagowania w określony sposób. Przytoczone podejście „góra-dół” zakłada, że szczęśliwa osoba może być w danym momencie nieszczęśliwa. Perspektywa „dół-góra” w badaniach nad szczęściem opiera się na przekonaniu, iż jest ono stanem będącym sumą szczęśliwych momentów. Szczęście jest traktowane jako cecha kiedy są spełnione 3 główne kryteria: stabilność czasowa, sytuacyjna stałość oraz wewnętrzna przyczynowość. Cecha jest fenomenem chronicznym, podczas, gdy stan jest zmienną mającą ciągły charakter. Cechy są zazwyczaj postrzegane jako przyczyna, natomiast stany jako skutki. Koncepcja „szczęśliwej osobowości” oparta na założeniu, że szczęście jest cechą znajduje odzwierciedlenie w przekonaniu, że ludzie rodzą się szczęśliwi lub nieszczęśliwi. W tym ujęciu źródłem szczęścia pozostaje dyspozycja temperamentalna oparta na funkcjonowaniu neurofizjologicznej struktury przyjemności zlokalizowanej w mózgu. Konsekwencją wymienionego stanu rzeczy jest to, iż niektórzy ludzie pozostają szczęśliwi mimo przeciwności losu i niekorzystnych zdarzeń zewnętrznych, natomiast inni doświadczają depresji i oceniają negatywnie swoje życie pomimo funkcjonowania w optymalnych warunkach. Badacze stoją również na stanowisku, że szczęście jako cecha jest nabytą predyspozycją stanowiącą pozytywną stałą postawę wobec życia, która ujawnia się w okresie dorosłości i utrzymuje w dalszym rozwoju ontogenetycznym (Venhoveen, 1994).

Zwolennicy teorii szczęścia jako cechy wychodzą z założenia że temperamentalne i charakterologiczne uwarunkowania predysponują jednostkę do względnej stałości w poziomie odczuwanego szczęścia (Headey, Wearing, 1992), która ulega krótkotrwałym odchyleniom pod wpływem wydarzeń losowych. Za powyższy efekt jest odpowiedzialny proces adaptacji (Brickman, Campbell, 1971), którego istotą jest stopniowa habituacja i przystosowanie się jednostki do zmian życiowych zarówno tych pozytywnych jak i negatywnych. W początkowym etapie adaptacji do zdarzeń życiowych pojawia się silna reakcja emocjonalna. W perspektywie czasu natężenie odczuwanego szczęścia powraca do poziomu bazowego sprzed momentu zaistnienia danego pozytywnego lub negatywnego wydarzenia. W perspektywie przedstawionej powyżej teorii zwanej „teorią hedonistycznego kierata” poziom odczuwanego szczęścia zawsze powraca do neutralnego poziomu a szczęście i nieszczęście jest traktowane za ledwie jako krótka reakcja na zmiany okoliczności życiowych. Przez długi czas w swoim pierwotnym kształcie służyła ona wyjaśnianiu fenomenu szczęścia. W ostatnim czasie jej tezy uległy znaczącej rewizji. Okazuje się, że wbrew przyjętemu założeniu po znaczącym emocjonalnie zdarzeniu odczuwane natężenie szczęścia powraca do swego poziomu, ale poziom ten nie jest neutralny, gdyż niezależnie od badanych populacji poziom szczęścia zdecydowanej większości ludzi przez większość czasu jest wyższy od neutralnego. Poszczególne jednostki różnią się między sobą hedonistycznym poziomem wyjściowym szczęścia. Odzwierciedleniem powyższego stanu rzeczy jest stabilność czasowa poziomu odczuwanego dobrostanu, silne korelacje pomiędzy cechami osobowości i dobrostanem oraz bardziej zbliżony poziom odczuwanego szczęścia wśród bliźniaków monozygotycznych wychowywanych osobno w porównaniu z bliźniakami dizygotycznymi. Ludzie posiadają różne poziomy wyjściowe szczęścia w zależności od tego jaki aspekt szczęścia jest brany pod uwagę. Szczęście nie jest jednowymiarowym konstruktem tylko złożonym fenomenem składającym się z kilku elementów takich jak ogólna satysfakcja z życia, zadowolenie z różnych sfer życia oraz pozytywny i negatywny afekt. Stabilność zarówno afektywnych jak i poznawczych wskaźników szczęścia jest różna. Najbardziej temporalnie niezmienną jest ocena globalnej satysfakcji z życia, podczas, gdy największym zmianom w dłuższej perspektywie czasowej ulega afekt pozytywny. Również odwrotnie do założeń „teorii hedonistycznego kierata” dobrostan może ulec trwałej zmianie zarówno na poziomie kolektywnym jak i indywidualnym a jednostki pomimo swoich zdolności adaptacyjnych nie dostosowują się w idealnym stopniu do zaistniałych okoliczności. Poważne wydarzenia życiowe, które są emocjonalnie znaczące mogą wpłynąć na długotrwałą redukcję poziomu

odczuwanego szczęścia. Ostatnim argumentem przeciwko „teorii hedonistycznego kierata” jest fakt, iż zgodnie z dotychczasowymi wynikami badań różni ludzie posiadają różny poziom zdolności adaptacyjnych (Diener i wsp., 2006).

1.5. Osobowość a jakość życia

Przeprowadzone projekty badawcze wskazują jednoznacznie na fakt, iż zmienne socjodemograficzne wyjaśniają nie więcej niż 15% wariacji jakości życia (Campbell i wsp., 1976). Osoby, które są bardziej zamożne są szczęśliwsze, natomiast wraz z wzrostem ich zamożności niekoniecznie idzie w parze wzrost poczucia szczęścia. Dochód wpływa pozytywnie na jakość życia tylko w przypadku ekstremalnej biedy, natomiast w sytuacji spełnienia potrzeb podstawowych nie ma z nim związku (Freedman, 1978). Zmiennymi, które mogą być odpowiedzialne za efekt wpływu dochodu na poczucie szczęścia są status społeczny i poczucie mocy. Prawdopodobnie relacja między dochodem a jakością życia ma charakter pośredni i zależy od społecznych porównań. Proces ten opiera się na oszacowaniu poziomu swojego szczęścia poprzez dokonanie porównań własnej sytuacji z sytuacją innych. Wzrost dochodu może być również związany z pewnymi negatywnymi konsekwencjami takimi jak zanieczyszczenie środowiska, przeciążenie informacyjne i stres.

Innymi zmiennymi socjodemograficznymi weryfikowanymi w kontekście relacji z jakością życia są wiek, płeć oraz wykształcenie. Wyniki badań dotyczących relacji pomiędzy wiekiem a jakością życia mają niejednoznaczny charakter. Współczynniki korelacji pomiędzy obiema zmiennymi są słabe i w zależności od projektu badawczego dodatnie, ujemne bądź nieistotne statystycznie. Pojawiające się niespójności mogą być wywołane faktem zbyt wąskiego zakresu wieku badanej próby, brakiem kontroli innych zmiennych niezależnych, poprzecznym a nie podłużnym modelem badań oraz różnicami badanych konstruktów i miar (Diener, 1984). Braun (1977) dowiódł, że młodsi badani posiadają wyższy poziom zarówno pozytywnego jak i negatywnego afektu, podczas gdy, starsi wiekiem deklarowali wyższy poziom ogólnego zadowolenia z życia. W badaniach Diener i Suh (1998) pozytywny afekt uległ redukcji wraz z wiekiem, natomiast przy dużej różnicy wieku osoby starsze deklarowały większą ogólną satysfakcję z życia. Pojawiają się dowody na to, że kobiety silniej przeżywają zarówno pozytywne jak i negatywne emocje (Braun, 1977; Cameron, 1975). Z drugiej strony

różnice pomiędzy obiema płciami są dość niewielkie, tak że po uśrednieniu poziomu dobrostanu kobiet i mężczyzn pozostaje on podobny (Fujita i wsp., 1991). Metaanaliza przeprowadzona na 146 projektach badań dowiodła, że płeć wyjaśnia mniej niż 1% wariacji jakości życia (Haring i wsp., 1984). Badania nad związkiem pomiędzy wykształceniem a jakością życia dowodzą, że jest on niewielki, ale istotny statystycznie (Campbell, 1981) równocześnie wykazując, że korelacja ta staje się nieistotna kiedy wpływ innych zmiennych jest kontrolowany (Clemente, Sauer, 1976; Spreitzer, Snyder, 1974).

Cechy charakteru są znacznie silniejszymi predyktorami jakości życia niż zmienne socjodemograficzne. Początkowo cechami weryfikowanymi w tym kontekście były wymiary tzw. wielkiej piątki czyli ekstrawersja, introwersja, neurotyzm, sumienność, ugodowość i otwartość na doświadczenia. Okazało się, że ekstrawertycy są szczęśliwsi w porównaniu z introwertykami (Costa, McCrae, 1980; Diener i wsp., 1992; Emmons, Diener, 1986a, 1986b; Headey, Wearing, 1992) niezależnie od tego czy badane osoby są samotne, czy zamieszkują wiejskie czy miejskie obszary oraz czy prowadzą własną działalność gospodarczą czy może są zatrudnione w zawodach społecznych (Diener i wsp., 1992). Również neurotycy są mniej szczęśliwi niż osoby stabilne emocjonalne (Costa, McCrae, 1980; McCrae, Costa, 1987; Emmons, Diener, 1985; McCrae, Costa, 1991). Dokonana analiza przedmiotu dowiodła, że ekstrawersja i neurotyzm konsekwentnie korelują zarówno z pozytywnym jak i negatywnym afektem (DeNeve, Cooper, 1998). Diener i Lucas (1999) sugerują, że powyższe zjawisko nie jest niczym zaskakującym, ponieważ pozytywny afekt jest odzwierciedleniem ekstrawersji natomiast negatywny afekt jest przejawem neurotyzmu, co oznacza, że są to konstrukty, w pełni lub w znacznej mierze zamienne.

McCrae and Costa (1991) zasugerowali, że cechy charakteru wpływają na jakość życia poprzez dwa mechanizmy przyczynowo skutkowe: temperamentalny oraz instrumentalny. Zgodnie z pierwszym ekstrawersja prowadzi do pozytywnego afektu, podczas gdy skutkiem neurotyzmu jest negatywny afekt. Powyższy model zyskał potwierdzenie empiryczne w badaniach Larsen i Ketelaar (1989). Model instrumentalny ukazuje relacje przyczynowo-skutkową, w której ekspresja danej cechy ustanawia warunki sprzyjające poczuciu szczęścia (McCrae, Costa, 1991). Egzemplifikacją powyższej konstatacji są jednostki, które będąc ekstrawertykami poszukują kontaktów społecznych czego efektem jest doświadczenie szczęścia.

Analiza przedmiotu dowodzi, że sumienność i ugodowość są również konsekwentnie pozytywnie związane z dobrostanem (Diener, Lucas, 1999; DeNeve, Cooper, 1998). Według Diener, Lucas (1999) sumienność, ugodowość i otwartość na doświadczenia są słabiej skorelowane z dobrostanem w porównaniu z ekstrawersją i neurotyzmem, ponieważ mają one źródło w nagrodach pochodzących ze środowiska zewnętrznego.

Jednym z najsilniejszych predyktorów jakości życia jest poczucie własnej wartości (Campbell, 1981; Diener, 1984; Wilson, 1967; Cheng, Furnham, 2003). Osoby pewne siebie, które znają swoją wartość deklarują wyższy poziom szczęścia. Okazuje się, że relacja przyczynowo – skutkowa pomiędzy obiema zmiennymi ma prawdopodobnie obustronny charakter. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami poczucie własnej wartości ulega redukcji w okresie doświadczania braku szczęścia (Laxer, 1964; Wessman, Ricks, 1966).

Kolejną cechą pozytywnie związaną z jakością życia jest poczucie kontroli (Campbell, 1981; Larson, 1989). Jednostki, które posiadają przekonanie, iż kierują aktywnie swoim życiem, mają wpływ na swój los, panujące wokół nich warunki oraz dziejące się wydarzenia i sytuacje są szczęśliwsze od osób, którym wydaje się, że ich życiem, kieruje przypadek lub „ślepy los” a warunki zewnętrzne, sytuacje i okoliczności determinują ich funkcjonowanie. Ci pierwsi posiadają wewnętrzne poczucie kontroli i można ich określić mianem wewnątrzsterownych w przeciwieństwie do członków tej drugiej grupy, którzy są zewnątrzsterowni. Zgodnie z dotychczasowymi badaniami w wielu badanych populacjach zanotowano pozytywne korelacje pomiędzy wewnątrzsterownością i dobrostanem (Diener, 1984).

Kolejną zmienną osobowościową analizowaną w kontekście jakości życia jest optymizm (Dember, Brooks, 1989). Osoby nastawione optymistycznie są szczęśliwsze od pesymistów (Christensen i wsp., 1998; Lucas i wsp., 1996; Headey, i wsp., 1984).

Poza wymienionymi powyżej badacze korzystają z całej gamy cech, sił oraz cnót charakteru próbując odnaleźć ich związki z dobrostanem (Diener, 1984; Park i wsp., 2004a, 2004b).

1.6. Przeżycia duchowe a jakość życia

Dotychczasowe badania dowodzą, że aktywność sfery duchowej jest związana z jakością życia - niezależnie od operacjonalizacji obu pojęć, zastosowanych narzędzi badawczych oraz różnorodności badanych populacji (Sawatzky i wsp., 2005). Konsekwencją aktywności sfery duchowej jest obecność przeżyć duchowych. Jednym z narzędzi do badania dynamiki sfery duchowej, które w ostatnich latach zyskuje dużą popularność jest Skala Codziennych Doświadczeń Duchowych. Poszczególne pytania składające się na tą miarę zostały przejęte z narzędzia zastosowanego przez Narodowy Instytut Do Spraw Nadużywania Alkoholu i Alkoholizmu. Skala ta odnosi się do percepcji rzeczywistości transcendentnej (Boga) dokonywanej przez osobę badaną z perspektywy interakcji i zaangażowania w tą rzeczywistość. Zgodnie z treścią poszczególnych pozycji tej miary przeżycia duchowe przejawiają się w odczuciu obecności Boga, czerpaniu z tego faktu radości, siły, pokoju i równowagi, poczuciu pomocy i przewodnictwa z jego strony, doświadczaniu jego miłości bezpośrednio lub poprzez innych ludzi, akceptacji innych osób niezależnie od tego co robią, poczuciu połączenia z własnym życiem, poczuciu poruszenia pięknem otaczającego świata, bezinteresowną opieką nad innym, itp. (Underwood, Teresi, 2002). Narzędzie to bada doświadczenia duchowe niezależnie od wyznania religijnego, siły wiary oraz przekonań i praktyk religijnych. Zaletą tej miary jest przede wszystkim jej uniwersalny charakter, co oznacza, iż jest ona niezależna od wszelkich inklinacji religijnych oraz wyznaniowych (Underwood, Teresi, 2002).

Koenig i współpracownicy zanotowali istnienie pozytywnych związków pomiędzy wynikiem w Skali Codziennych Doświadczeń Duchowych a wsparciem społecznym oraz poziomem współpracy, jak również ujemne zależności pomiędzy rezultatami tej skali a objawami depresyjnymi oraz liczbą dni pozostawania w długoterminowej terapii (Koenig i wsp., 2004a, b). Częstotliwość przeżyć duchowych mierzona Skalą Codziennych Doświadczeń Duchowych, a w szczególności krótszą wersją tego narzędzia były pozytywnie związane z różnymi wskaźnikami jakości życia oraz zdrowia mentalnego wśród pacjentów epileptycznych (Hayton, 2002); mieszkańców miast w podeszłym wieku (Dunn i wsp., 2004), dorosłych (Pearce i wsp., 2003), u kobiet doświadczających nadużyć ze strony ze strony partnerów życiowych (Fowler, Hill, 2004), u pacjentów z artretyzmem (Keefe i wsp., 2001), studentów (Ciarrocchi, Deneke, 2004) mieszkańców obszarów wiejskich będących w

podeszłym wieku (Parker i wsp., 2003). Przejycia duchowe okazały się pełnić istotną rolę w profilaktyce wypalenia zawodowego wśród osób zajmujących się zawodowo opieką paliatywną (Holland, Niemeyer, 2006). Wśród populacji Żydów codzienne doświadczenia duchowe były pozytywnie związane z subiektywną oceną stanu zdrowia, natomiast ujemnie skorelowane z depresją, lękiem, samotnością oraz niewielką ilością bliskich związków (Kalkstein, Tower, 2008). Wśród dorosłych Amerykanów doświadczenia duchowe pozytywnie korelowały ze szczęściem, optymizmem, samooceną oraz zadowoleniem z życia (Ellison, Fan, 2008). U pacjentów z artretyzmem zanotowano pozytywne związki pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych a energią oraz negatywną zależność tej miary z depresją (MCCauley i wsp., 2008). Również wśród dorosłych Amerykanów w starszym wieku zanotowano pozytywną zależność pomiędzy wynikiem otrzymanym w Skali Codziennych Doświadczeń Duchowych a dobrostanem fizycznym. Wśród pacjentów hospitalizowanych powyżej 50 roku doświadczenia duchowe były predyktorem mniejszej ilości testów diagnostycznych, rzadszego korzystania z leków oraz wsparcia medycznego (Koenig i wsp., 2003).

1.6.1. Duchowość a jakość życia osób uzależnionych od alkoholu

Badania nad dobrostanem i jakością życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych stanowią rzadkość (Habrat i wsp., 2000). Szczególnie widoczny jest brak projektów odnoszących się do jednostek uzależnionych korzystających ze wsparcia grup samopomocy. Głównym powodem takiego stanu rzeczy wydaje się być sceptycyzm ich członków wobec badań mających naukowy charakter. Większość z przeprowadzonych badań odbywa się w kontekście skuteczności różnych typów terapii, w tym oddziaływań terapeutycznych opartych na Programie 12 Kroków. Należy zaznaczyć, że terapia z wykorzystaniem Programu 12 Kroków nie jest tym samym co pobyt w ruchu samopomocy, dlatego rezultaty te mają ograniczony zakres generalizacji. Wyniki badań nie leczonych alkoholików, którzy poddają się nadal intoksykacji alkoholowej wskazują jednoznacznie, że mają oni niższą jakość życia nie tylko w porównaniu z populacją przedstawicieli różnych społeczności osób zdrowych (Foster i wsp., 1999), ale również psychicznie (Meyer i wsp., 2004) i fizycznie chorych (Foster i wsp., 1997; DeHaes i wsp., 1990). Jakość życia

alkoholików jest nawet niższa niż jakość życia pacjentów nowotworowych (Foster i wsp., ; DeHaes i wsp., 1990). Biorąc pod uwagę fakt, że alkoholizm jest chorobą chroniczną, postępującą i śmiertelną, której negatywne skutki ujawniają się we wszystkich sferach funkcjonowania rezultaty te nie stanowią zaskoczenia. Przeciwnie do wyników otrzymanych wśród „czynnych” alkoholików jakość życia jednostek uzależnionych od alkoholu, którzy utrzymują abstynencję w oparciu uczestnictwo w mityngach Anonimowych Alkoholików nie różni się od jakości życia osób zdrowych (Wnuk, 2006). Zgodnie z wynikami badań Wnuka Anonimowi Alkoholicy z Poznania nie różnią się od swoich rówieśników o podobnym rozkładzie zmiennej płci oraz wieku satysfakcją z życia, poczuciem beznadziejności, pragnieniem życia oraz poziomem szczęścia ocenianym z perspektywy ostatnich kilku dni życia (Wnuk, 2006). Z rezultatami otrzymanymi przez Wnuka korespondują wyniki badań Stanika (2000) przeprowadzonych wśród 4 grup alkoholików (pierwszy raz przebywających w poradni i poddanych leczeniu aktywnemu; pierwszy raz przebywających w poradni i poddanych leczeniu podtrzymującemu; kolejny raz poddani próbie leczenia; Anonimowi Alkoholicy). Anonimowi Alkoholicy w porównaniu z resztą badanych grup posiadali wysoką samoocenę - samoakceptację; bardzo wysoki wskaźnik realizmu, zaradności i autonomii interpersonalnej; bardzo niski wynik pesymizmu i bezradności; niski wskaźnik syndromu wrogości; prawidłowy wskaźnik nastawień prospołecznych. W badaniach Stacha (1991) grupę Anonimowych Alkoholików, grupę alkoholików podczas zaawansowanej fazy alkoholizmu i pacjentów za zdiagnozowaną depresją jednobiegunową przebadano narzędziami różnicującymi zespół depresyjny, między innymi Skalą Beznadziejności Becka. Wyniki wykazały istotną różnicę w objawach depresyjnych dotyczących nie tylko tej skali. 75% czynnych alkoholików oraz pacjentów ze zdiagnozowaną depresją uzyskało wysoki wynik w skali beznadziejności, podczas gdy wyniki Anonimowych Alkoholików były tylko nieznacznie i nieistotnie podwyższone w stosunku do grupy kontrolnej.

Zgodnie z modelem Galantera (2007) istotną rolę dla dobrostanu członków grup samopomocy oraz ich powrotu do zdrowia odgrywa kilka kluczowych czynników w postaci zaangażowania we Wspólnotę Anonimowych Alkoholików, duchowości, doświadczenia stanu przepływu, zmiennych afektywnych, czy zmiennych egzystencjalnych takich jak poczucie sensu życia.

Wraz z traktowaniem duchowości jako kluczowej dymensji dla osób uzależnionych od alkoholu idzie w parze wzrost narzędzi i miar służących do jej weryfikacji (Shorkey i wsp., 2008; Galanter i wsp., 2007; Geppert i wsp., 2007; Lillis i wsp., 2008).

Podobnie jak w innych dziedzinach psychologii w obszarze uzależnień termin duchowość jest słabo i nieprecyzyjnie definiowany oraz mierzony (Cook, 2004). Dodatkowym elementem zaciemniającym obraz duchowości jest wielość definicji i koncepcji tego zjawiska. Analiza baz PsychINFO oraz MEDLINE pod względem pozycji zawierających tematykę duchowości w kontekście uzależnień do roku 2001 wykazała obecność 13 komponentów duchowości takich jak relacje, transcendencja, człowieczeństwo, jądro/siła/dusza, sens i cel w życiu, autentyczność/prawda, niematerialność, niereligijność, wartości, świadomość, całościowość, wiedza na swój temat, kreatywność, świadomość (Cook, 1999). Najczęściej stosowanymi zidentyfikowanymi konceptualizacjami duchowości były relacje i transcendencja, podczas, gdy sens i cel w życiu, całościowość, niereligijność i świadomość były używane rzadziej niż w innych obszarach psychologii i medycyny. Relacje odnosiły się do jakości związków, pozytywnych związków, osobistych związków, znaczących związków, połączenia, wspólnoty, pomagania, zależności, intymności, zaufania, przebaczenia, miłości, upokorzenia, tolerancji, wdzięczności, przetrwania i modlitwy. Transcendencja dotyczyła natomiast większej rzeczywistości, bycia poza sobą, Siły Wyższej, siły większej od człowieka, ostateczności, ostatecznej troski, ostatecznego sensu, Boga, Boga jakkolwiek jest on pojmowany, boskości, metafizyki, duchowego świata, Uniwersu, Kosmosu, Absolutu, całości, wszystkiego, nieskończoności, mistyczności, ducha, źródła oraz życia po śmierci (Cook, 1999). W badaniach Cartera (1998) porównywano dwie grupy jednostek uzależnionych od alkoholu, z których w skład jednej weszły osoby z co najmniej rocznym stażem abstynencji, zaś w drugiej znalazły się osoby o krótszej niż rok abstynencji, które doświadczyły powrotów do picia. Poziom duchowości tych pierwszych był wyższy, częstotliwość pobytu na mityngach wspólnoty Anonimowych Alkoholików większa, natomiast ilość objawów psychiatrycznych mniejsza.

Członkowie ruchu samopomocy podkreślają, iż Program 12 Kroków ma duchowy a nie religijny charakter. Zgodnie z rozpowszechnianą przez nich filozofią alkoholizm poza psychicznym, fizycznym i społecznym wymiarem jest przede wszystkim chorobą duchową (Anonimowi Alkoholicy, 2001). Czynniki te powodują utrwalanie już obecnego w wielu społecznościach przekonania o dualizmie pomiędzy zindywidualizowaną duchowością jako

pozytywną przeciwwagą dla negatywnej i zinstytucjonalizowanej religijności. Badania porównawcze pomiędzy osobami zaangażowanymi w ruch samopomocy jako jedną z form leczenia w porównaniu z grupami badanych zdrowiejących z alkoholizmu w oparciu o inne programy terapeutyczne zdają się potwierdzać powyższe konstatacje (Atkins, Hawdon, 2007). W grupie Anonimowych Alkoholików 60% zgodziło się ze stwierdzeniem, że duchowość nie jest tym samym co religijność. Tylko 32,2% oraz 40,6% badanych spośród dwóch innych porównywanych grup wyraziło identyczną opinię na ten temat. Jeszcze większa rozbieżność pomiędzy Anonimowymi Alkoholikami a reszta badanych grup wystąpiła w odniesieniu do stwierdzenia, że Program 12 Kroków ma duchowy a nie religijny charakter. Aż 70,9% powracających do zdrowia na bazie Programu 12 Kroków pozytywnie odniosła się do tego stwierdzenia, podczas, gdy wśród przedstawicieli innych grup było to 32,0%, 16,8% oraz 7,1%. Na pytanie o Program 12 Kroków jako religijny w swej naturze twierdząco odpowiedziało 38,9% Anonimowych Alkoholików i odpowiednio 60,1%, 86,3% oraz 87% badanych z innych grup. Z drugiej strony w przypadku wspólnoty Anonimowych Alkoholików wielu jej członkom mimo przekonania, że ruch samopomocy ma duchowy i świecki charakter nie utrudnia to rozwijania swojej duchowości w oparciu o instytucjonalne oraz indywidualne formy zaangażowania religijnego takie jak modlitwa oraz udział we mszy świętej. Zgodnie z wynikami badań chodzenie do Kościoła było związane z redukcją wypijanego alkoholu oraz zażywanej kokainy (Richard i wsp., 2000). Wśród powracających do zdrowia w oparciu o ruch samopomocy religijność była najsilniejszym pozytywnym predyktorem zaangażowania w Program 12 Kroków oraz negatywnym korelatem tej zmiennej we wszystkich trzech innych grupach. Wśród badanych uzależnionych od alkoholu po jednym roku powrotu do zdrowia jednym z dwóch najważniejszych predyktorów zaangażowania w ruch samopomocy była religijność (Mankowski i wsp., 2001). Wśród uzależnionych od alkoholu zarówno siła wiary religijnej, jak i duchowość były pozytywnie związane z odpornością na stres, optymizmem, wsparciem społecznym oraz negatywnie skorelowane z poziomem lęku. W tych samych badaniach siła przekonań religijnych była umiarkowanie pozytywnie związana z duchowością oraz wskaźnikiem ważności religii. Siła tego pierwszego związku była większa (Pardini i wsp., 2000).

Dla prawie wszystkich uzależnionych od alkoholu mieszkanek Teksasu religijność i duchowe doświadczenia były wcześniej istotne dla ich powrotu do zdrowia. Tylko dla około 30% religijność instytucjonalna była ważna dla rozpoczęcia i utrzymania terapii. Najistotniejszą potrzebą duchową dla 33% badanych była bezwarunkowa miłość, dla 24%

przebaczenie sobie, dla 19% zrozumienie, natomiast dla 12% przebaczenie innym ludziom. Kobiety które utożsamiały swój powrót do zdrowia z realizacją Programu 12 Kroków były bardziej gotowe do przyjęcia pomocy od Kościoła od tych, które identyfikowały je z leczeniem, chorobą czy religijną konwersją. Otrzymywanie wsparcia ze strony organizacji religijnych było pozytywnie związane z pobytem w kościele (Turner i wsp., 1999).

W badaniach różnych grup uzależnionych zanotowano różnicę w oparciu o uczestnictwo w ruchu samopomocy i duchowości jako czynnika utrzymania zmian w procesie zdrowienia pomiędzy uzależnionymi od alkoholu, bulimikami, uzależnionymi od nikotyny oraz uzależnionymi od kilku substancji. Aż 94% badanych uzależnionych od wielu substancji i 54% uzależnionych od alkoholu w porównaniu z 27% bulimików i uzależnionych od nikotyny deklaroowało, że udział w grupie samopomocy jest elementem służącym do utrzymywania zmian. Świadczy to tym, iż szczególnie dla tej pierwszej grupy badanych oraz w dużej mierze dla tej drugiej jest to ważny aspekt ich procesu leczenia. Spośród wszystkich badanych grup negatywne konsekwencje picia jako strategia utrzymywania zmian była zaznaczana najrzadziej. Dla 54% badanych alkoholików elementem ugruntowującym zmiany w procesie leczenia były rozmowy z przyjaciółmi, dla 50% siła woli oraz ćwiczenia fizyczne, dla 43% modlitwa, dla 39% relaksacja, dla 35% odwrócenie uwagi, dla 27% unikanie pokus, dla 23% wcześniejszego towarzystwa, dla 19% terapia oraz nagradzanie siebie, natomiast dla 11% leki (Koski-Jannes, Turner, 1999).

Przyjęcie Boga jako wartości transcendentnej powoduje wzrost akceptacji własnego życia, a jednocześnie zrozumienie przygodności własnego istnienia. Jest impulsem do konstruktywnego działania w sytuacjach trudnych, daje nadzieję na przyszłość, za którą idzie pragnienie przyjęcia stałego systemu wartości i oparcia na nim swojego życia (Niewiadomska, 2001). Badania Tobacyka (za: Niewiadomska, 2001) pokazują, że przeżycie religijnego nawrócenia, tak częste u członków ruchu samopomocy (Anonimowi Alkoholicy, 2001; Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość, 1998) powoduje znaczącą reorganizację struktury osobowości, czego konsekwencją jest całkowita zmiana zachowania po przeżyciu religijnym (89,5%), doświadczanie większej kontroli nad własnym życiem (62%), zmiana na bardziej pozytywny stosunku do rodziny i przyjaciół (75,5%), większe zadowolenie z siebie i akceptacja życia.

Spośród członków Domu Oksfordzkiego 43% nie wierzyło w duchowość zanim trafiło do AA, 20% uwierzyło w „Siłę Wyższą” w wyniku udziału we wspólnocie Anonimowych

Alkoholików, 14% od zawsze wierzyło w Boga, u 11% duchowość rozwinęła się w rezultacie uczestnictwa we wspólnocie Anonimowych Alkoholików, 8% pracuje nad swoją własną duchowością, natomiast 7% po raz pierwszy doświadczyło przeżyć duchowych w ruchu samopomocy (Nealon-Woods i wsp., 1995). Badania podłużne wśród uzależnionych od alkoholu uczestniczących w terapii opartej na Programie 12 Kroków dowiodły wzrostu duchowości w 12 tygodniu terapii w porównaniu z momentem jej rozpoczęcia. Wyższy poziom duchowości charakteryzował osoby, które zdołały utrzymać abstynencje w porównaniu z tymi, którym się to nie udało (Brown i wsp., 2007). Duchowość oraz nadzieja były mediatorami związku pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a zachowaniami prozdrowotnymi (Magura i wsp., 2003). W innych badaniach przeprowadzonych wśród tej społeczności duchowość była pozytywnie związana z zadowoleniem z życia (Corrington, 1989), zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików oraz zachowaniami prozdrowotnymi (Magura i wsp., 2003), jak również długością abstynencji (Polcin, Zembre, 2004). W badaniach Laudet i wsp., duchowość pełniła rolę czynnika protekcyjnego wobec stresu w kształtowaniu satysfakcji z życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (Laudet i wsp., 2006).

Przegląd 1200 badań dotyczących relacji pomiędzy religijnością i różnymi miarami jakości życia oraz zdrowia wskazuje na pozytywne związki obu tych zmiennych. Prawidłowość ta ma odzwierciedlenie w obszarze uzależnień. Spośród 175 analizowanych w tym temacie badań w 147 z nich sugerowano, że religia jest czynnikiem odstraszającym od używania alkoholu i narkotyków dzieci, młodzież i dorosłych (Koenig i wsp., 2001). Poza przytaczanym powyżej pozytywnym wpływem dla leczenia uzależnień aspekty religijno-duchowe funkcjonowania pełnią protekcyjną i prewencyjną rolę wobec nadużywania alkoholu niezależnie od kręgu kulturowego oraz rasy osób badanych (Koenig, 1998; Pullen i wsp., 1999; Gorsuch, 1995).

Rozdział II. Anonimowi Alkoholicy jako forma radzenia sobie z uzależnieniem od alkoholu

2.1. Alkoholizm jako zespół uzależnienia

Jellinek, na bazie szeroko zakrojonych analiz 2000 przypadków alkoholików, potwierdził w badaniach klinicznych propagowany przez wspólnotę Anonimowych Alkoholików model alkoholizmu jako choroby przewlekłej prowadzącej do śmierci. Przedstawił on rozwijający się w trakcie jej przebiegu zespół objawów skoncentrowany wokół podstawowego symptomu różnicującego w postaci utraty kontroli jednostki nad ilością spożywanego alkoholu następujący wraz z rozpoczęciem picia (Cierpiałkowska, 2000). Fazy, które wyróżnił oraz ich przebieg ukazują pewien uniwersalny i charakterystyczny element obecny w „piciorysach” większości alkoholików.

Pierwsza faza choroby jest nazwana przedalkoholową lub objawową wstępną i trwa od około kilku miesięcy do dwóch lat w zależności od pewnych okoliczności. Jellinek dzieli ją na dwa okresy: okazjonalne picie w celu doznania ulgi i stałe picie w celu doznania ulgi. Pijący szybko zauważa, że spożycie alkoholu przynosi ulgę, zapomnienie, znieczulenie, odprężenie i błogostan. Początkowo kojące właściwości alkoholu kojarzy z okolicznościami i kontekstem sytuacyjnym w jakim spożywany jest alkohol. Po jakimś czasie zaczyna uświadamiać sobie fakt, iż to nie kontakt towarzyski z innymi ludźmi w trakcie picia jest powodem ulgi, ale działanie alkoholu. Coraz częściej poszukuje okazji do picia, aby odciąć się od trudności i problemów życia codziennego. Jego tolerancja na alkohol rośnie wprost proporcjonalnie do obniżania się odporności psychicznej. Zaczyna pić codziennie, choć nie zawsze upija się całkowicie, a niektórym libacjom zaczynają towarzyszyć pierwsze amnezje.

Druga faza - zwana ostrzegawczą, zwiastunową lub prodromalną - rozpoczyna się w momencie pojawienia się pierwszych palimpsestów alkoholowych. Ich specyfika, w odróżnieniu od amnezji spowodowanej spożyciem dużych ilości alkoholu polega na tym, że pojawiają się one po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu i towarzyszy im stan niepamięci lub pamięć nieistotnych szczegółów z okresu picia. Zmianie ulega również sposób spożycia alkoholu. Pojawia się potajemne picie, łapczywość alkoholu, wypijanie dużych ilości alkoholu w krótkich odstępach czasu oraz unikanie wszelkich rozmów z najbliższymi na

temat alkoholu. Istnienie poczucia winy i wyrzutów sumienia koresponduje ze świadomością postępowania niezgodnego z obyczajami i przyjętymi kanonami zachowania.

Zwiastunem wystąpienia trzeciej fazy alkoholizmu, zwanej krytyczną lub ostrą, jest utratą kontroli ilościowej spożywanego alkoholu przy zachowaniu kontroli sytuacyjnej. Niepohamowany głód alkoholu powoduje, że nawet najmniejsza ilość alkoholu sprawia, iż pijący nie jest już w stanie kontrolować ilości wypijanego alkoholu i zrezygnować z dalszego picia. Alkoholik szuka powodów wyjaśniających nadużywanie przez niego alkoholu. Pojawia się nacisk społeczny do zaprzestania przez niego picia. Pijący staje się coraz bardziej agresywny, a wyrzuty sumienia stara się neutralizować przez intensyfikację picia. Traci szacunek do samego siebie, narzuca sobie okresową abstynencję lub zmienia sposób picia, aby udowodnić sobie i innym, że panuje nad własnym nałogiem. Ztraca on krytycyzm do samego siebie, koncentrując wszelką aktywność na pić. Powoduje to liczne zmiany w funkcjonowaniu rodziny, która coraz bardziej unika z nim kontaktów. Zaczyna gromadzić i ukrywać alkohol w różnych dziwnych miejscach, zaniedbuje właściwe odżywianie, jego popęd seksualny ulega redukcji, natomiast wzrasta wrogość wobec żony. Faza ta kończy się wraz z pojawieniem się regularnego picia porannego.

Ostatnia faza choroby alkoholowej jest zwana końcową lub przewlekłą. Jej głównym przejawem są nieustające ciągi picia powodujące degradację moralną oraz spadek możliwości intelektualnych. Alkoholik zaczyna sięgać po alkohole niekonsumpcyjne, a jego kompani picia rekrutują się z niższych niż on warstw społecznych. Pijący odczuwa nieokreślony lęk, drżą mu ręce, a u 10% populacji alkoholików pojawiają się typowe psychozy alkoholowe. Dochodzi do znacznego obniżenia tolerancji na alkohol, a picie zaczyna przybierać obsesyjny charakter. Ostatecznie rozpada się budowany tak skrzętnie w celu ochrony dalszego picia system racjonalizacji i zaprzeczeń. Alkoholik czuje się bezradny i przegrany. Ma świadomość poniesionej porażki. W tym momencie może albo poddać się leczeniu albo dalej oddawać się intoksykacji alkoholowej prowadzącej w perspektywie czasu do śmierci (Cierpiątkowska, 2000).

Według Portnow i Pjatnickiej alkoholizm jest chorobą stanowiącą zespół narkomanicznego uzależnienia od alkoholu, w przebiegu którego, występują zaburzenia internistyczne i nerwowo-psychiczne oraz zaburzenia w funkcjonowaniu jednostki. Autorzy wyróżnili trzy powszechne sposoby używania alkoholu: jednorazowe, czyli tzw. przypadkowe spożycie alkoholu związane zawsze z jakimś ważnym powodem (ślub, chrzest, urodziny,

itd.); systematyczne używanie niewielkich dawek alkoholu, które może być wynikiem złych tradycji lub niepełnowartościowego wychowania; systematyczne używanie dużych dawek alkoholu. Na bazie pierwszych dwóch typów spożywania alkoholu dochodzi do pojawienia się systematycznego używania dużych dawek alkoholu, które poprzedza wystąpienie alkoholizmu jako choroby (Portnow, Pjatnickaja, 1977). Podstawowym kryterium rozpoczęcia się procesu chorobowego jest najczęściej zanik odruchu wymiotnego przy użyciu dużych dawek alkoholu. W przypadku braku tego symptomu spowodowanego wrodzoną wysoką tolerancją fizjologiczną lub specyfiką osobniczą pacjenta o pojawieniu się pierwszej fazy choroby alkoholowej wnioskuje się w oparciu o objawy zespołu narkomanicznego.

Na początkowy, zwany neurastenicznym okres rozwoju alkoholizmu składa się cała gama objawów zespołu narkomanicznego pod postacią:

1. Uzależnienia psychicznego mającego charakter obsesyjnego popędu, którego konsekwencją jest spadek kontroli ilościowej spożywanego alkoholu.
2. Zespołu zmienionej reaktywności przejawiającego się:
 - podwyższeniem tolerancji na alkohol
 - zanikiem odruchu wymiotnego
 - przekształceniem obrazu upojenia
 - zmianą sposobu używania alkoholu

Podwyższenie tolerancji na alkohol ujawnia się nie tylko przy jednorazowej intoksykacji, ale postępuje również w miarę wzrostu częstotliwości picia. Przekształcenie obrazu upojenia i zmiana sposobu spożywania alkoholu ma swój wyraz w alkoholowych amnezjach, palimpsestach, pierwszych antysocjalnych formach zachowania w czasie upojenia alkoholowego, początkach systematycznego picia oraz łapczywości i chciwości na alkohol.

W środkowym okrasie alkoholizmu nazwanym fazą narkomaniczną objawy choroby przybierają postać:

- popędu do alkoholu, który ma zarówno obsesyjny jak i kompulsywny charakter
- potrzeby fizycznego i psychicznego komfortu osiąganego jedynie w stanie intoksykacji alkoholowej
- zespołu abstynencyjnego
- braku kontroli ilościowej oraz upośledzenia kontroli sytuacyjnej

- zespołu zubożenia osobowości.

Zespół zmienionej reaktywności przejawia się w tej fazie poprzez:

- osiągnięcie maksymalnej tolerancji na alkohol utrzymującej się podczas rozwoju tej fazy
- zmiany postaci upojenia, występowania amnezji oraz zniekształcenia fizjologicznego działania alkoholu
- systematyczne spożywanie alkoholu w postaci ciągów rzekomych.

W ostatniej fazie alkoholizmu zwanej encefalopatyczną ma miejsce:

- redukcja uzależnienia psychicznego
- intensyfikacja uzależnienia fizycznego
- dalsza potrzeba komfortu psychicznego i fizycznego
- maksymalne nasilenie zespołu abstynencyjnego, któremu towarzyszą objawy somatyczne i wegetatywne oraz duże prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń padaczkopodobnych

Zespół zmienionej reaktywności przyjmuje w tej fazie postać:

- zmniejszonej tolerancji na alkohol
- zmiany form picia, których najdobitniejszym wyrazem są prawdziwe, czyli okresowe ciągi picia (Portnow, Pjatnickaja, 1977).

2.2. Alkoholizm według międzynarodowych klasyfikacji DSM-IV i ICD-10

Obecnie istnieją dwie najczęściej przyjmowane zasady definiowania i klasyfikowania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, sformułowane w Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM) oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).

Stworzony przez członków Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Podręcznik Diagnostyczno-Statystycznego Zaburzeń Psychiczych ulegał znaczącej ewolucji zanim przyjął dzisiejszy kształt. W pierwszych dwu wydaniach podręcznika (DSM I i DSM II) alkoholizm był traktowany jako subkategoria zaburzeń osobowości, homoseksualizmu lub nerwic. W 1980 roku, w trzeciej edycji podręcznika (DSM-III) alkoholizm po raz pierwszy został zastąpiony dwiema odrębnymi jednostkami nozologicznymi, określonymi jako „nadużywanie alkoholu” i „uzależnienie od alkoholu” oraz włączony w obręb nowej kategorii - zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, a nie jak w poprzednich wydaniach - zaburzeń osobowości. W 1987 roku do DSM wprowadzono kolejne modyfikacje (DSM-III-R), włączając w zakres kategorii uzależnienia od alkoholu niektóre kryteria odnoszone w DSM-III do nadużywania alkoholu (Ślósarska, 2000). Według czwartego wydania Podręcznika Diagnostyczno-Statystycznego Zaburzeń Psychiczych (DSM IV) wydanego w 1994 roku alkoholizm (za: Seligman, Walker, Rosenhan, 2003) jest zdefiniowany jako nieprzystosowawczy wzorec używania alkoholu prowadzący do istotnego klinicznie upośledzenia lub cierpienia, manifestujący się przynajmniej trzema z poniższych objawów występujących w okresie ostatnich 12 miesięcy:

1. Wzrost tolerancji wyrażający się w dwojaki sposób jako:
 - potrzeba stosowania wyższych dawek alkoholu w celu wywołania intoksykacji (upicia) lub innego oczekiwanego efektu alkoholu,
 - wyraźnie zmniejszone efekty działania alkoholu przy użyciu tej samej dawki,
2. Zespół abstynencyjny manifestujący się w jeden z dwóch możliwych sposobów:
 - charakterystyczny syndrom wycofania substancji, którego efektem jest hiperaktywność układu wegetatywnego (np. wzmożona potliwość, tachykardia), nasilone drżenie rąk, nudności lub wymioty, podniecenie psychoruchowe, zaburzenia snu, zwiewne omamy lub złudzenia wzrokowe, dotykowe lub słuchowe, napady drgawkowe, lęk; powodują one klinicznie znaczące zaburzenia funkcjonowania psychicznego, społecznego, zawodowego lub innych ważnych sfer życia; objawy te nie są wynikiem ogólnie złego stanu somatycznego i nie są związane z żadnym innym zaburzeniem psychicznym,
 - używanie alkoholu, leków (np. barbituranów, benzodiazepin) lub innych substancji

o działaniu podobnym do alkoholu (np. eteru) w celu złagodzenia objawów lub uniknięcia zespołu abstynencyjnego.

3. Częste picie alkoholu w większych ilościach i dłużej niż to było zamierzone przed rozpoczęciem picia.
4. Utrzymujące się pragnienie lub bezskuteczne wysiłki w celu zaprzestania lub kontrolowania picia.
5. Przeznaczenie znacznej ilości czasu na aktywności niezbędne do uzyskania alkoholu, spożywania go lub odzyskiwania formy po skutkach picia.
6. Znaczne zredukowanie aktywności społecznej, zawodowej i rekreacyjnej z powodu picia.
7. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo wiedzy na temat występujących u osoby stałych lub ponawiających się problemów somatycznych i psychicznych, które są wynikiem picia (ciągłe picie pomimo świadomości, że alkohol pogorszy stan wrzodów żołądka).

Pierwsza klasyfikacja obejmująca problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych ukazała się w 1967 roku w ICD-8 (Ślósarska, 2000). W IX Rewizji Podręcznika Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów z 1976 roku zweryfikowano nomenklaturę zamieniając termin „alkoholizm” na „zespół zależności alkoholowej”, wprowadzając równocześnie w miejsce alkoholizmu kategorię „problemów alkoholowych” (Pecyna, 1999). W aktualnej klasyfikacji – ICD-10 – główna kategoria, w postaci uzależnienia od alkoholu, jest rozumiana jako zespół objawów poznawczych, behawioralnych i somatycznych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe wobec innych poprzednio ważnych zachowań. Uzależnienie od alkoholu jest diagnozowane w przypadku stwierdzenia wystąpienia, w czasie ostatniego roku, przynajmniej trzech z poniższych objawów:

1. Silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
2. Trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem w postaci upośledzenia:
 - kontrolowania rozpoczęcia picia (np. powstrzymywania się od picia)
 - długości trwania picia (np. ograniczania picia do jednego dnia)
 - ilości alkoholu (np. konieczność picia do dna butelki)

3. Stan abstynencyjny spowodowany przerwaniem picia lub zredukowaniem dawki alkoholu, manifestujący się:
 - charakterystycznym zespołem abstynencyjnym
 - pić alkoholu lub przyjmowaniem środka o podobnym działaniu (np. benzodiazepiny, barbiturany, eter) w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych
4. Tolerancja polegająca na przyjmowaniu coraz większych dawek alkoholu w celu wywołania efektu uzyskiwanego wcześniej za pomocą mniejszych dawek.
5. Przedkładaniem picia ponad wszelkie inne zainteresowania i przyjemności, zwiększeniem ilości czasu niezbędnego do zdobycia alkoholu lub powrócenie do normy po wypiciu.
6. Picie alkoholu mimo wiedzy o jego szkodliwości (np. o uszkodzeniu wątroby spowodowanym pić, stanach depresyjnych po dłuższym pić).

2.3. System leczenia alkoholizmu w Polsce

System leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce jest oparty na Modelu Minnesota (Woronowicz 1998; Bukowski, Bukowska, Ilnicki, 1999). Ta najbardziej popularna forma leczenia alkoholizmu powstała w 1946 roku z połączenia doświadczeń wspólnoty Anonimowych Alkoholików i wiedzy profesjonalistów. Pierwszy ośrodek działający według założeń Programu Minnesota został powołany do życia przez *Hazelden Foundation* (Mellibruda, 1998). W Polsce pewne aspekty tego modelu zostały po raz pierwszy wykorzystane w połowie lat 80 w Oddziale Odwykowym Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Podstawowymi założeniami tego modelu są: traktowanie alkoholizmu jako choroby podstawowej nie będącej przejawem ani konsekwencją innej choroby; traktowanie alkoholizmu jako choroby przewlekle postępującej, śmiertelnej i niezawinionej; przekonanie o wstępnej motywacji jako niekoniecznym elemencie dla przebiegu i wyników zdrowienia; uznanie zaprzeczenia jako jednego z najistotniejszych czynników choroby; traktowanie pacjentów z należyтым szacunkiem i zrozumieniem; dożywotnia abstynencja od wszelkich środków psychoaktywnych; prowadzenie terapii w małych grupach oraz indywidualne podejście do każdego pacjenta; aktywny udział osób najbliższych w procesie terapeutycznym;

wykorzystywanie w terapii elementów Programu 12 Kroków i udział w mityngach grup samopomocy (Woronowicz, 1998).

W polskim leczeniu osób uzależnionych od alkoholu są stosowane oddziaływania terapeutyczne oparte na stworzonym przez Mellibrudę (1997a), modelu psychoterapii strategiczno-strukturalnej. Model ten jest konsekwencją przyjęcia zasad zawartych w bio-psycho-społecznej koncepcji uzależnienia, w której elementem centralnym są trzy podstawowe mechanizmy psychologiczne będące wynikiem działania czynników mających swe źródła w sferze biologicznej, psychicznej lub społecznej w postaci: mechanizmu nałogowej regulacji emocji, mechanizmu iluzji i zaprzeczania, mechanizmu rozproszenia i rozdwojenia „Ja” (Mellibruda, 1997b). Zadania terapeutyczne przyjęte w modelu psychoterapii strategiczno-strukturalnej określone są w sposób dostosowany do etapów i tematów pracy terapeutycznej. Etap pierwszy obejmuje pracę nad uznaniem własnego uzależnienia i powstrzymaniem się od picia i dotyczy zrozumienia uzależnienia i zasad terapii, rozpoznania własnego uzależnienia i bezsilności wobec alkoholu, wspierania wczesnej abstynencji, zmiany tożsamości alkoholowej pacjenta. Etap drugi dotyczy pracy nad rozbajaniem mechanizmów uzależnienia i zapobieganiem nawrotom w odniesieniu do mechanizmu nałogowej regulacji emocji, mechanizmu iluzji i zaprzeczania oraz mechanizmu rozpraszania i rozdwojania „Ja”. Etap trzeci opiera się na pracy nad zmianą zachowań i sytuacji społecznej pacjenta w postaci wycofania się z sytuacji wysokiego ryzyka, naprawiania szkód spowodowanych przez picie oraz uczenia się umiejętności zapobiegania nawrotom. Etap czwarty dotyczy pracy nad rozwiązywaniem problemów osobistych związanych z naprawianiem szkód spowodowanych przez picie, zmian tendencji autodestrukcyjnych, zmian destrukcyjnych form relacji z otoczeniem oraz budowania pozytywnej wizji własnej osoby i życia (Mellibruda, 1997b).

2.4. Historyczne uwarunkowania ruchu samopomocy

Geneza powstania wspólnoty Anonimowych Alkoholików (AA) jest szeroko opisywana w literaturze przedmiotu (McGee, 2000; Hamilton, 1997; Anonimowi Alkoholicy wracają w dojrzałość, 1998; Anonimowi Alkoholicy, 2001). Za jednego z jej patronów uważa się Carla Junga. To on uznając bezsilność Rowlanda Hazarda wobec obsesyjnego picia

zasugerował, iż jedynym skutecznym środkiem przeciw uzależnieniu od alkoholu jest doświadczenie nawrócenia religijnego. Poszukując przeżycia, o którym wspominał Jung Hazard rozpoczął uczestniczenie w spotkaniach Grupy Oksfordzkiej.

Grupa Oksfordzka została założona przez Franka Buchmana w 1908 roku, a jej pierwotną nazwą była Chrześcijańska Wspólnota Pierwszego Wieku. W jej skład wchodziły osoby reprezentujące różne wyznania religijne, które postulowały powrót do praktyk wczesnego chrześcijaństwa. Zgodnie z zamysłami jej autora ze względu na panujący w niej indywidualizm wyznaniowy Grupa Oksfordzka miała być konkurencją dla instytucjonalnego charakteru religii reprezentowanego przez poszczególne Kościoły. Jej funkcjonowanie opierało się na zasadzie prywatnego oraz publicznego wyznania swoich win, poszukiwania w ciszy boskiego przewodnictwa, zadośćuczynienia drugiemu człowiekowi za wyrządzone krzywdy i straty, praktykowanie czterech cnót w postaci miłości, szczerości, czystości i braku egoizmu oraz niesieniu posłannictwa dla wszystkich pozbawionych nadziei. Podczas jednego ze spotkań Grupy Oksfordzkiej doszło do spotkania Rowlanda Hazarda z jednym z dwóch inicjatorów powstania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików Williamem Griffithem Wilsonem (Finlay, 2000).

Pierwsza grupa Anonimowych Alkoholików została powołana w Stanach Zjednoczonych 13 lub 14 czerwca 1935 roku, a wydarzeniem, które traktuje się jako początek funkcjonowania wspólnoty Anonimowych Alkoholików było spotkanie maklera giełdowego Williama Griffitha Wilsona oraz lekarza Roberta Halbbrooka Smitha, którzy są uważani za jej założycieli. Oboje byli wówczas postrzegani jako alkoholicy w beznadziejnym stanie. Ich wysiłki w celu zaprzestania picia nie przynosiły efektów. Na wspomnianym spotkaniu odkryli, że szczerą rozmową o swoich problemach z inną osobą uzależnioną pozwala, mimo ciągłego i obsesyjnego myślenia o alkoholu, ustrzec się od jego wypicia. W pierwszych mityngach uczestniczyli alkoholicy i ich najbliżsi oraz członkowie Grupy Oksfordzkiej.

Punktami zapalnymi, które zadecydowały o odłączeniu się alkoholików od Grupy Oksfordzkiej była kwestia pojmowania Boga oraz rozbieżność w stawianych celach. Grupa Oksfordzka nakazywała wiarę w chrześcijańskiego Boga, podczas gdy Anonimowi Alkoholicy akcentowali indywidualne podejście do Boga poprzez odniesienie do tego, że może być on różnie pojmowany. Dla Anonimowych Alkoholików w przeciwieństwie do Grupy Oksfordzkiej głównym celem było utrzymanie abstynencji, a dopiero w dłuższej perspektywie czasowej doświadczenie przemiany duchowej. Niezależnie od tego większość

zasad, którymi kierowała się Grupa Oksfordzka została przejęta przez Anonimowych Alkoholików.

W ten sposób powstał nowy autonomiczny twór, którego założyciele na bazie wymiany doświadczeń związanych z własnym alkoholizmem postanowili dążyć do trzeźwości. Medycyna dotychczas bezsilna w walce z alkoholizmem zyskała nowego sprzymierzeńca w postaci ruchu Anonimowych Alkoholików. Wspólnota rozrastała się w bardzo szybkim tempie. Jej członkowie dawali świadectwo temu, co wcześniej wydawało się być niemożliwe, czyli że można pozostawać abstynentem będąc alkoholiczkiem, wspomagać się wzajemnie w utrzymywaniu wstrzeźliwości oraz doświadczać przemiany i duchowej bez pomocy specjalistów z dziedziny psychologii, psychiatrii oraz Kościoła. W 1945 Anonimowi Alkoholicy zostali oficjalnie uznani przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, natomiast rok później opublikowano po raz pierwszy tekst 12 Tradycji będących zbiorem reguł i zasad porządkujących funkcjonowanie ruchu samopomocy. W 1951 roku wspólnota Anonimowych Alkoholików otrzymała od Amerykańskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego w wyniku rekomendacji 12 tysięcy lekarzy do niego należących Nagrodę Laskerów za unikalne i nowatorskie podejście do alkoholizmu jako poważanego problemu dla zdrowia publicznego i funkcjonowania społecznego (Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość, 1998).

Momentem przełomowym dla narodzin wspólnoty Anonimowych Alkoholików w Polsce była wizyta Andrzeja Wierzbickiego w 1957 w Londynie, który zapoznał się tam z problematyką alkoholizmu oraz funkcjonowania ruchu samopomocy. W 1959 roku z inicjatywy psycholog Marii Grabowskiej pracującej w Poradni Przeciwalkoholowej w Poznaniu, doszło do zawiązania się pierwszej grupy samopomocy, nie działającej jeszcze wówczas zgodnie z zasadami Anonimowych Alkoholików (Wnuk, 2004). Grupa konstituowała się powoli. Od samego początku jej istnienia pojawiły się trudności związane z jej funkcjonowaniem. Słowo anonimowi, podobnie jak używane w Programie 12 Kroków pojęcie Boga i „Siły Wyższej” budziło negatywne skojarzenia w sferach rządzących, a świadomość, że jest to twór importowany od głównego przedstawiciela imperialistycznego świata zachodu zaogniała dodatkowo napiętą sytuację. Rozwiązanie znaleziono w postaci włączenia grupy pod struktury Klubu Abstynenta, jako jednej z jego sekcji. Było to jawne sprzeniewierzenie się czwartej i dziewiątej tradycji dotyczących niezależności grupy, ale jedyny sposób na utrzymanie jej istnienia. Drugą cechą specyficzną był udział psychologa w

spotkaniach grupy. Początkowo było to jednak niezbędne ze względu na trudności wewnętrzne: nie trzymanie się tematu przez uczestników, trudności w przyjęciu i zaakceptowaniu pierwszego kroku oraz obiektywnego przedstawienia życiorysów przez członków grupy (Braniecki, 2004). Rozwój grupy spowodował, że Maria Grabowska zarejestrowała ją w General Service Office (Biuro Usług Ogólnych AA z siedzibą w Nowym Jorku).

Po odejściu w 1971 roku na emeryturę miejsce Marii Grabowskiej zajęła psycholog Maria Matuszewska. Jesienią 1974 roku za namową członków AA z zagranicy podjęła ona decyzję o rezygnacji z dalszego udziału w spotkaniach grupy. Ostatecznie grupa usamodzielniała się jako pierwsza w Polsce, działająca według „12 Tradycji” pod nazwą „Eleusis”. W 1977 roku w Poznaniu powstała kolejna grupa AA - „Ster” (Wnuk, 2004). Obecnie w Polsce funkcjonuje 1895 grup AA, zorganizowanych w 13 regionach (Historia AA w Polsce, 2004). W 1996 liczbę członków Wspólnoty AA na całym świecie została określona na ponad 2,3 mln. w 95.000 grup w 146 krajach (Anonimowi Alkoholicy, 2001).

Ogromna popularność i efektywność modelu życia lansowanego przez ruch Anonimowych Alkoholików sprawiła, że istnieją dzisiaj setki grup opartych na filozofii 12 Kroków. Biorą w nich udział ponad 2 miliony Amerykanów. Każda z nich jest traktowana jako kontynuator idei przyjętej przez Anonimowych Alkoholików zajmując się zwalczaniem najrozmaitszych problemów społecznych (por. Scheridan, Radamacher, 1998; Woronowicz, 2001; Gryffith, 2001; Bernard, McKenzie, 2000; Humphreys i wsp., 2004).

2.5. Anonimowi Alkoholicy jako grupa samopomocy

W literaturze przedmiotu pojawia się kilka podstawowych elementów samopomocy w postaci wzajemnego wsparcia w celu osiągnięcia pewnego dobra stanowiącego określoną wartość; radzeniu sobie z problemem lub ułomnością wobec której jednostka pozostaje bezsilna; identyfikacji i korzystania z własnych zasobów przeciwstawianych zasobom zewnętrznym, których źródłem są osoby lub instytucje zawodowo zajmujące się pomaganiem; wzajemna wymiana doświadczeń, wiedzy oraz środków potrzebnych do skutecznej adaptacji do zaistniałych warunków (Kurantowicz, 1993; Syrek, 1999; Riesmann, Carrol, 2001; Urbaniak-Zajac, 1993).

Anonimowi Alkoholicy byli pierwszą grupą samopomocy, która przyczyniła się do rozwoju idei samopomocy początkowo wśród ludzi dążących wspólnie do rozwiązania nurtujących ich problemów, aby w końcu zainteresować swoją działalnością osoby profesjonalnie zobligowane do niesienia pomocy innym - pracowników socjalnych, psychologów, psychiatrów (Urbaniak-Zajac, 1993.). Cechą wspólną grup samopomocy i różnicującą ją od innych grup, jest pozycja wyjściowa wszystkich członków takich zespołów. Wszystkie grupy samopomocy zaczynają działać z pozycji bezsilności, czyli stanu, w którym człowiek nie potrafi samemu uporać się z własnym problemem, ograniczeniem czy ułomnością (por. Urbaniak-Zajac, 1993; Kurantowicz, 1993). Krok pierwszy Programu 12 Kroków dotyczy bezsilności wobec alkoholu, który zdominował i zdeterminował funkcjonowanie człowieka ogarniętego obsesją picia (Dwanaście Kroków i Dwanaście Tradycji, 1986).

Istotą samopomocy jest nacisk na samostanowienie, poleganie na własnych siłach, twórczość własną, upełnomocnienie oraz uaktywnienie umiejętności, predyspozycji, talentów i kompetencji drzemających w poszczególnych jednostkach (Urbaniak-Zajac, 1993; Kurantowicz, 1993; Riesmann, Carrol, 2001). Wzajemna pomoc w ruchu samopomocy opiera się na specyficznych zasadach różniących się w znaczny sposób od oddziaływań podejmowanych przez profesjonalistów (por. Brown, 1990; Riesmann, Carrol, 2001; Zaworska-Nikoniuk, 2001). Pogląd ten zdają się potwierdzać badania Leszka Zwierzyńskiego (1988). Większość jego respondentów rekrutujących się spośród specjalistów - pracowników poradni odwykowych pomimo licznych podobieństw pomiędzy efektami, jakie niesie ze sobą psychoterapia, a konsekwencją realizowania Programu 12 Kroków dostrzega różnice pomiędzy obiema metodami radzenia sobie z uzależnieniem:

- stosowanie Programu 12 Kroków prowadzi do przebudzenia duchowego, zmiany systemu wartości i postaw bez naruszenia wewnętrznej wolności, podczas gdy głównym celem psychoterapii jest wykształcenie jedynie cech osobowości umożliwiających optymalne funkcjonowanie w układach i rolach społecznych,
- celem Programu 12 Kroków jest długofalowy, akcentując kwestię rozwoju trwającego przez całe życie, natomiast psychoterapia koncentruje się nad tym, co dzieje się z człowiekiem obecnie; psychoterapia jest prowadzona przez profesjonalistę, a spotkania grupy przez członka ruchu samopomocy,

- psychoterapia jest metodą bardziej inwazyjną, powoduje pojawienie się gwałtownych emocji u jej uczestników i ostre wzajemne oceny, podczas gdy na mityngach odbywających się w atmosferze bezpieczeństwa i zaufania nie wolno oceniać i osądzać wypowiedzi uczestników.

Filozofia lansowana przez Anonimowych Alkoholików ma eklektyczny i synkretyczny charakter zawierając w sobie zarówno elementy tradycji religijnej wywodzącej się z założeń funkcjonujących w Grupach Oksfordzkich jak i świeckie wartości humanitaryzmu, indywidualizmu i pragmatyzmu (Ślaski, 2006). Właśnie te aspekty ruchu samopomocy stanowią o jego popularności i uniwersalizmie przejawiającym się w otwartości na osoby różnych narodowości, ras, wyznań religijnych, zawodów, itd. Dzięki temu żaden członek grupy nie jest dyskryminowany i odrzucany przez innych uczestników mityngu, a wszelkie kulturowe, społeczne, religijne czy ekonomiczne różnice tracą na znaczeniu w procesie realizacji wspólnego dobra jakim jest powrót do zdrowia. O atrakcyjności wspólnoty Anonimowych Alkoholików decyduje przede wszystkim to, że udało mu się połączyć kilka czasem pozornie sprzecznych ze sobą elementów (Riesmann, Carrol, 2001):

- wysoce ustrukturalizowany, demokratyczny model organizacyjny z rytualnym przestrzeganiem Programu 12 Kroków,
- akceptacja bezsilności z silnym wymogiem aktywnej odpowiedzialności i zaangażowania w proces zmiany,
- nacisk na duchowość powiązana z odrzuceniem dogmatyzmu religijnego,
- podkreślenie znaczenia odwiecznych wartości (troskę o innych, wspólnotę, dawanie) z otwartością i akceptacją,
- model chorobowy, wykluczający wyzdrowienie z obiecującą szansą zdobycia kontroli nad chorobą i długoterminowego zerwania z nałogiem,
- nacisk na dekomercjalizację, anonimowość, apolityczność, rozległą strukturę służącą pomaganiu oraz szczegółowe wyjaśnienie przyczyn alkoholizmu, łącznie ze strategią interwencji umożliwiającą zdobycie kontroli nad nałogiem.

Jak w każdej grupie również na spotkaniach członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików mają miejsce pewne psychologiczne mechanizmy takie jak: ekspresja zarówno pozytywnych jak i negatywnych stanów emocjonalnych; budowanie spójności grupy poprzez

rozumienie i przestrzeganie zasad panujących w grupie oraz akceptację ze strony innych członków grupy; wgląd w siebie na skutek zrozumienia własnego postępowania w wyniku przebywania w grupie i poza nią; uczenie się od innych kompetencji społecznych potrzebnych do funkcjonowania w grupie i poza nią; akceptacja odpowiedzialności za własne decyzje i postawy w oparciu o wzorce innych członków grupy; uniwersalność polegająca na odkrywaniu podobieństwa do innych członków grupy; altruizm realizowany poprzez udzielenie wsparcia innym członkom grupy w przezwycięzeniu własnych trudności; kontrola własnego zachowania w wyniku informacji, której źródłem są inni członkowie grupy; identyfikacji polegającej na akceptacji myśli, uczuć i zachowań innych osób z grupy, tak jakby były własnymi (Cierpiałkowska, 2000).

O skuteczności samopomocy decyduje szereg elementów. Pierwszym z nich jest koncentracja na sprawach skali mikro, czyli poszukanie wsparcia w najbliższym otoczeniu, u ludzi, którzy posiadają ten sam problem, ułomność czy niedostatek, mających motywację do zmiany tego stanu rzeczy i spotykających się regularnie, aby sobie z nim radzić bez konieczności zwracania się o pomoc do specjalistów. Kolejnym jest możliwość przemiany deficytów w aktywa i dotarcie do zasobów drzemających w jednostce. Ludzie, którzy przezwyciężyli własną zależność, posiadają wiedzę, doświadczenia i umiejętności związane z radzeniem sobie z nią, a dzieląc się własnymi przeżyciami, są przykładem do naśladowania dla nowych członków, dając im nadzieję na okiełznanie nałogu i wprowadzenie korzystnych zmian w ich życiu. Dzięki zmienności ról i władzy, uczestnicy mają poczucie, że dają i biorą po równo będąc równymi pośród równych, gdzie nie ma lepszych i gorszych, pełniących bardziej i mniej zaszczytne funkcje w grupie. W ruchu samopomocy panuje pozytywny etos. Ogólny wydźwięk jest podniosły i optymistyczny, z naciskiem na wyjście z uzależnienia i zdolność zmiany na lepsze. Samopomoc odbywa się z perspektywy doświadczeń wewnętrznych. Uczestnicy wyznają zasadę samowystarczalności, a rozwiązując problemy na kanwie doświadczeń innych członków grupy wzmacniają w sobie poczucie niezależności i sprawstwa. Nacisk na upodmiotowienie powoduje, że członkowie wspólnoty są nastawieni na aktywne, przedsiębiorcze poszukiwanie rozwiązań w sytuacjach trudnych, biorą za nie odpowiedzialność, nie pozostając bezradnymi i beczynnymi. Ostatnim czynnikiem jest przekonanie, że pomaganie pomaga nie będąc tylko aktywnością altruistyczną czy prospołeczną, ale działaniem powodującym poprawę samopoczucia i wzrost samooceny u udzielającego pomocy (Riesmann, Carrol, 2001).

Z psychologicznego punktu widzenia można stwierdzić, że efektywność oddziaływań w grupach samopomocowych opiera się na: wsparciu emocjonalnym, wspólnocie doświadczeń, otwartości, wzbudzaniu nadziei, przyswajaniu umiejętności radzenia sobie z problemami, normalizacji, poznawczej restrukturyzacji problemu, empatii, informacjach zwrotnych, refleksjach, modelowaniu, zalecaniu określonych zachowań i samorealizacji. Jest to system samowystarczalny i holistyczny. Każdy członek wspólnoty ma szansę realizowania się i spełniania w płaszczyźnie psychologicznej, społecznej, filozoficznej i duchowej. Fakt ten tłumaczy, dlaczego wywodzące się z ruchu samopomocy idee 12 Kroków zyskały w ostatnich latach tak ogromną popularność i dlaczego członkowie ruchu są mu tak głęboko i trwale oddani (Riesmann, Carrol, 2001).

Struktura władzy obowiązująca w ruchu samopomocy różni się diametralnie od dominującej w naszym społeczeństwie struktury hierarchicznej. Gwarantuje demokrację oddolną (Koseła, Doktor, 1984). Każdy jest tak samo wysłuchany, pozostaje równie anonimowy (zasadą jest zwracanie się do siebie wyłącznie po imieniu), każda grupa lokalna zachowuje własną autonomię. Dzięki zmienności ról uczestnicy dają i biorą po równo. Zasada anonimowości ma kluczowe znaczenie dla funkcjonowania wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Odnosi się ona do nie ujawniania czyjejs przynależności do ruchu samopomocy oraz niczego, co zostało powiedziane na mityngu. Wszelkie treści poruszane podczas spotkania grupy powinny mieć charakter tajny i niejawnny. Główne cele anonimowości (Hamilton, 1997) na poziomie osobistym (poziom mikro) to:

- gwarancja dla wszystkich członków AA ochrony przed zidentyfikowaniem ich jako alkoholików,
- anonimowość podkreśla prawo do prywatności w życiu będąc gwarantem rozwoju w atmosferze bezpieczeństwa i zaufania oraz motywuje do szczerości i otwartości,
- brak wiedzy na temat innych członków AA powoduje, że wypowiedzi takiej osoby są słuchane bez uprzedzeń natury prywatnej i społecznej,
- dzięki anonimowości następuje koncentracja na zasadach, a nie na osobowości i prywatnych ambicjach poszczególnych członków,
- anonimowość sprzyja pokorze i umacnia poczucie równości wszystkich członków AA,
- zasada anonimowości pomaga członkom AA skupić się na podobieństwach, a nie na różnicach,

- podkreśla znaczenie posłania, przypominając, że liczy się nie posłaniec, ale posłanie, które niesie.

Anonimowość (Hamilton, 1997) na poziomie kontaktów z mediami:

- jest dobitnym wyrazem równości wszystkich członków ruchu, hamując zapędy tych, którzy chcieliby wykorzystać powiązanie z AA do osiągnięcia partykularnych celów, wpływów i korzyści osobistych,
- uniemożliwia pojedynczemu członkowi ruchu wypowiedanie się w imieniu całego AA w momencie, kiedy wyraża swoje opinie na forum publicznym,
- pozwala nie uwikłać AA w publiczne polemiki,
- powoduje, że osoby znane i sławne nie mogą ujawniać własnego członkostwa w ruchu, ponieważ w przypadku ich powrotu do picia mogłoby powstać wrażenie, że AA jest nieskuteczne,
- przypomina, że dany członek AA ma prawo mówić za siebie, a nie w imieniu innych członków AA,
- pozwala utrzymać w ryzach wybujałe ego,
- przypomina o odpowiedzialności wobec innych ludzi nie tylko w wymiarze deklaracyjnym, ale i behawioralnym.

W przypadku Anonimowych Alkoholików zasady funkcjonowania ruchu są zawarte w 12 Tradycjach Anonimowych Alkoholików, gdzie akcent jest położony na autonomię, jedność, samowystarczalność, niezależność, odrębność, równość, wspólnotę interesów członków grup. Podkreślają one, iż najważniejszym celem i wartością wspólnoty Anonimowych Alkoholików jest niesienie posłania innym członkom wspólnoty, którzy doświadczają cierpienia. Żadne inne cele nie są uwzględniane. Niezależność finansowa ruchu samopomocy uwidacznia się w zamknięciu na jakiegokolwiek dotacje z zewnątrz, inne przejawy dofinansowania lub sponsoringu. We wspólnocie Anonimowych Alkoholików nie ma żadnych opłat za uczestnictwo, a grupy utrzymują się z własnych, dobrowolnych składek dając wyraz swojej niezależności finansowej, samowystarczalności i odrębności. Każdy nowoprzybyły ma możliwość wyboru, nie jest do niczego przymuszany, nie musi składać żadnych deklaracji czy zobowiązań, nie podpisuje listy obecności i nie dostaje dokumentu

potwierdzającego przynależność do wspólnoty. Program 12 Kroków jest tylko sugestią i podpowiedzią, a nie zespołem dyrektyw, które należy wypełniać bezwarunkowo. Grupy nie przymuszają swoich członków do realizacji programu dając im pełną wolność i możliwość decydowania o sobie w każdej sytuacji. Wspólnota nie angażuje się również w żadne przedsięwzięcia finansowe, polityczne, społeczne i ekonomiczne mając świadomość, iż ambicje jednostek pojawiające się podczas tego typu działań mogłyby zniweczyć wysiłek wszystkich jej członków, doprowadzając do rozłamów wewnętrznych oraz antagonizmów wewnątrzgrupowych.

Jedność jest najistotniejszym elementem dla procesu zdrowienia. Bez niej „trzeźwienie” poszczególnych członków grupy mogłoby ulec zaburzeniu. Ruch samopomocy charakteryzuje minimum więzi formalno - organizacyjnych. Jest to zrzeszenie autonomicznych grup, które stanowią najmniejszą jednostkę organizacyjną (Grupa AA, 2003). Każda grupa ma swoją specyficzną nazwę, składa się z co najmniej dwóch członków, którzy spotykają się najczęściej na mityngach jeden raz w tygodniu. Niektórzy uczestnicy biorą udział w spotkaniach kilku grup, mając jedną grupę macierzystą, na której pojawiają się regularnie. W każdej grupie są obecni funkcyjni pełniący określoną rolę. Wśród ról pełnionych przez członków ruchu samopomocy można wyodrębnić następujące funkcje: prowadzący, rzecznik, mandatariusz, skarbnik i kolporter. Ich służba trwa najczęściej rok lub dwa lata jest wymienna, ma honorowy charakter i jest pozbawiona jakichkolwiek profitów finansowych.

Korzyści, które z niej wynikają mają raczej charakter psychologiczno-duchowy a u ich źródeł tkwi przeświadczenie o konieczności wsparcia innych członków ruchu i pracy na jego rzecz. Dzięki temu każdy z członków ma szansę bardziej zaangażować się w działalność grupy, lepiej utożsamić się z celami i założeniami ruchu, uzyskać poczucie bezpieczeństwa, afiliacji, akceptacji i własnej wartości. Ze względu na obawę przed ambicjami jednostek kosztem korzyści kolektywu jedynym autorytetem jest Bóg. Wszyscy inni członkowie wspólnoty są równi niezależnie od długości abstynencji, wieku czy statusu społecznego. Nie ma liderów w niej liderów ani przywódców. Zasada ta chroni przede wszystkim uzależnionych z krótkim stażem abstynencji przed bezwzględnym wzorowaniem się na innych, bardziej doświadczonych uczestnikach mityngów Anonimowych Alkoholików. Ich powrót do nałogu mógłby doprowadzić do kryzysu lub załamania wśród jednostek rozpoczynających swój proces trzeźwienia.

2.6. Rola wspólnoty Anonimowych Alkoholików w powrocie do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu

W literaturze przedmiotu można wyróżnić kluczowe elementy stanowiące zaangażowanie w ruch samopomocy takie jak długość pobytu w ruchu samopomocy, bycie sponsorem dla innego członka wspólnoty, posiadanie sponsora, doświadczenie przebudzenia duchowego, utożsamienie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików, regularne czytanie literatury Anonimowych Alkoholików, częstotliwość pobytu na mityngach w ciągu ostatniego roku, częstotliwość prowadzenia mityngów w ciągu ostatniego roku, uczestniczenie w 90 mityngach w ciągu 90 dni, obchodzenie rocznicy abstynencji oraz realizację Programu 12 Kroków (Polcin i wsp., 2002; Tonigan i wsp., 1996; Allen, 2000). Najczęstszym kryterium zdrowienia stosowanym w badaniach osób uzależnionych jest długość abstynencji, mimo tego, że terminy abstynencja oraz trzeźwienie nie są ze sobą tożsame. Perspektywę tą zdaje się podzielać Mellibruda (1995), który dzieli proces trzeźwienia na trzy etapy podlegające pewnej dynamice począwszy od oczyszczania organizmu z obecności alkoholu, poprzez trzeźwość rozumianą jako uczenie się sztuki dobrego życia bez alkoholu, a skończywszy na trzeźwości jako cnocie i postawie życiowej, nie mającej wcale związku z alkoholem. Długość abstynencji nie koniecznie idzie w parze z jakością zdrowienia, mimo, że wstrzemięźliwość od substancji psychoaktywnych jest jego warunkiem koniecznym. Zgodnie z rezultatami otrzymanymi przez Witbrodt i Kaskutas (2005) długość pobytu w ruchu samopomocy była pozytywnym korelatem abstynencji. W badaniach przeprowadzonych przez Bronowskiego (1997) udział we wspólnocie AA okazał się jedynym predykatorem utrzymywania abstynencji. W innych badaniach długość pobytu w ruchu samopomocy poza pozytywnym związkiem z długością abstynencji była związana z satysfakcją oraz jakością życia (Tonigan i wsp., 1996; Wnuk, 2006). Oznacza to, że pobyt we wspólnocie Anonimowych Alkoholików sprzyja utrzymywaniu trwałej abstynencji stanowiąc fundament pod trzeźwe oraz satysfakcjonujące życie.

Wśród dotychczasowych badań korelatami abstynencji odzwierciedlającymi różne aspekty zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików były: częstotliwość pobytu na mityngach (Miller i wsp., 1999; Richar i wsp., 2004; Moggi i wsp., 1999; Herringer, Johnsen, 2000), posiadanie sponsora (Crape i wsp., 2002; Kaskutas i wsp., 2005; Witbrodt, Kaskutas, 2005; Sheeren, 1988), bycie sponsorem dla innego uczestnika spotkań grup

samopomocy (Crapei wsp., 2002), ilość zrealizowanych kroków z Programu 12 Kroków oraz utożsamianie się z ruchem Anonimowych Alkoholików (Cloud i wsp., 2004). W badaniach Owen i wsp. ilość zrealizowanych kroków była predyktorem pewności uniknięcia wypicia w momencie doświadczania złości (2003). W innym projekcie udział w spotkaniach grupy samopomocy wpływał bezpośrednio oraz pośrednio poprzez zmienną pośredniczącą w postaci zmiany stylu życia na długość abstynencji (Owen i wsp., 2003). Oznacza to, że zaangażowanie w ruch samopomocy wpływa pozytywnie na zmianę stylu życia osób uzależnionych sprzyjając pośrednio długości ich abstynencji. Przytoczone projekty miały poprzeczny charakter.

W badaniach podłużnych przeprowadzonych jeden rok po rozpoczęciu leczenia pozytywnymi korelatami abstynencji były następujące zmienne: zbudowanie tożsamości jako osoby uzależnionej, zachowanie dożgonnej abstynencji jako cel życiowy, ilość mityngów, posiadanie sponsora, ilość przyjaciół wśród innych członków ruchu samopomocy, czytanie literatury Anonimowych Alkoholików, ilość zrealizowanych kroków, poczucie własnej skuteczności, pozytywne oczekiwanie wyników własnych działań, rozwiązanie problemu, ponowna pozytywna ocena sytuacji stresowej oraz specyficzne strategię radzenia sobie z alkoholem w postaci wyzwolenia od alkoholu, pobudzania kontroli, przeciwdziałania warunkowaniu, wzmocnienia radzenia sobie i ponownej oceny siebie. Negatywne związki z długością abstynencji zanotowano w odniesieniu do pozytywnych oczekiwań związanych z korzystaniem z alkoholu, poznawczego unikania oraz uwalniania się od emocji (Johnson i wsp., 2006).

Rezultaty innego projektu podłużnego dowiodły istnienia czterech typów wzorców „trzeźwienia” Anonimowych Alkoholików w oparciu o analizę częstotliwości mityngów w perspektywie pięciu lat leczenia. Jednostki przynależące do grupy rzadko uczestniczącej w ruchu samopomocy brały udział w mityngach głównie w ciągu 12 pierwszych miesięcy leczenia. W skład grupy umiarkowanej zaangażowanej oraz silnie zaangażowanej weszły jednostki, które wykazywały stabilny wskaźnik częstotliwości pobytu na mityngach pomiędzy 1 i 3 rokiem terapii, odpowiednio około 60 mityngów w ciągu roku dla tych pierwszych oraz ponad 200 dla tych drugich.. Czwartą grupę stanowili Ci, którzy w ciągu pierwszego roku leczenia podwoili swój udział w mityngach aż do prawie 200. Ta sama grupa w piątym roku leczenia uczestniczyła średnio w 6 mityngach. W pierwszej z wymienionych grup po pięciu latach powrotu do zdrowia 43% jednostek pozostawała abstynentami, w drugiej wskaźnik ten

wyniósł 73%, wśród najbardziej zaangażowanych 79%, natomiast wśród grupy czwartej było to 61%. Również w pierwszej grupie deklarowane przy rozpoczęciu terapii traktowanie siebie jako członka wspólnoty Anonimowych Alkoholików spadało sukcesywnie od 44%, poprzez 35% po pierwszym roku leczenia i 25% po trzecim roku, żeby w piątym roku wzrosnąć do 30%. W tej samej grupie ilość osób czytających literaturę Anonimowych Alkoholików wynosząca 62% w momencie startu terapii oraz 63% po jej roku spadła radykalnie do 16% po zakończeniu piątego roku. Podobną prawidłowość zanotowano w odniesieniu do przebudzenia duchowego, gdzie procent osób doświadczających tego zjawiska w ciągu pięciu lat obniżył się ponad dwukrotnie. W tym samym aspekcie zanotowano dwukrotny wzrost wśród drugiej grupy badanych, gdzie między pierwszym a piątym rokiem ilość osób czytających literaturę oraz uważających siebie za członków ruchu samopomocy sukcesywnie wzrosła. W grupie czwartej poza trzema wcześniej wymienianymi aspektami zaangażowania w ruch samopomocy również wskaźnik badanych posiadających sponsora zmniejszył się pomiędzy pierwszym a piątym rokiem prawie 3 krotnie poza traktowaniem siebie jako członka ruchu samopomocy, gdzie zmiana ta miała raczej marginalny charakter. W grupie najbardziej zaangażowanych ponad 80% badanych deklarowało spełnienie wszystkich czterech kryteriów w odniesieniu do każdego z nich po zakończeniu piątego roku leczenia utrzymując się na podobnym poziomie od zakończenia pierwszego roku (Kaskutas i wsp., 2005).

W badaniach alkoholików powracających do zdrowia rok po rozpoczęciu terapii wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli oraz towarzyskość były zmiennymi pośredniczącymi pomiędzy pobytem w ruchu samopomocy a abstynencją. Oznacza to, że uczęszczanie na mityngi Anonimowych Alkoholików wzmaga wśród osób uzależnionych poczucie sprawstwa na dziejące się wokół wydarzenia oraz powoduje wzrost towarzyskości wpływając w konsekwencji na stabilność ich abstynencji (Magura i wsp., 2003).

W badaniach przeprowadzonych wśród członków Domu Oksfordzkiego jednej z metod leczenia alkoholizmu, której celem jest zamiana uzależnienia od substancji na uzależnienie od wspólnoty wyróżniono kilka czynników związanych z wzrostem uzyskiwanym poprzez realizację Programu 12 Kroków w postaci poczucia wspólnoty, poczucia altruizmu wobec innych, technik utrzymywania abstynencji, korzyści jakie daje Program 12 Kroków oraz poczucia religijności. W obrębie czynnika nazwanego poczuciem wspólnoty 22% badanych deklarowało przynależność do innych jednostek podobnych do

siebie, dla 12% było to wzajemne dzielenie się problemami, natomiast dla 6% były to odpowiednio przyjaźń oraz identyfikacja z jednostkami podobnymi do siebie. Poczucie altruizmu wobec innych przejawiało się u 16% badanych w satysfakcji z pomocy innym, natomiast u 9% w woli do poświęcenia swojego wolnego czasu dla innych. Przez 31% badanych techniki utrzymywania abstynencji były realizowane dzięki inkorporacji ciągłych zmian stylu życia, dla 26% poprzez poprawę sytuacji zatrudnienia, natomiast przez 15% w wyniku uczenia się technik służących „zdrowieniu”. Dla 44% praca ze sponsorem oraz praca nad poszczególnymi krokami z Programu 12 Kroków były korzyściami płynącymi z realizacji Programu 12 Kroków. Poczucie religijności było realizowane przez 24% badanych w wyniku regularnej modlitwy, przez 16% poprzez czytanie literatury Anonimowych Alkoholików, natomiast przez 8% dzięki wzrostowi duchowości (Nealon-Woods i wsp., 1995).

Ze względu na kryterium uczestnictwa mityngi dzielą się na spotkania zamknięte, w których mogą uczestniczyć tylko członkowie ruchu samopomocy i osoby z innym uzależnieniem, poszukujące wsparcia oraz spotkania otwarte, gdzie istnieje możliwość wstępu dla wszystkich zainteresowanych. Dodatkowym kryterium podziału mityngów jest przedmiot debat poruszanych podczas spotkania (Hamilton, 1997; Grupa AA, 2003). Członkowie wspólnoty Anonimowych Alkoholików uczestniczą w mityngach z różną częstotliwością. Im robią to częściej tym prawdopodobieństwo zachowania abstynencji ulega zwiększeniu. Szczególnie w pierwszym etapie zdrowienia zwiększenie częstotliwości uczestnictwa w mityngach wydaje się jak najbardziej zasadne. Egzemplifikacją tej reguły jest zasada 90 mityngów w 90 dni zgodnie z którą w trakcie pierwszych 90 dni abstynencji członkowie ruchu wspólnoty są zachęceni do codziennego uczestnictwa w mityngach. Badania porównawcze wśród alkoholików leczonych od 10 tygodni, którzy zostali podzieleni na 3 grupy badanych ze względu na częstotliwość mityngów dowiodły istnienie różnic w odniesieniu do wskaźników zaangażowania w ruch samopomocy (Caldwell, Cutter, 1998). Ci z nich, którzy w ciągu 10 tygodni uczestniczyli w mniej niż 20 mityngach w porównaniu z tymi, którzy brali udział w od 21 do 59 mityngach częściej doświadczali nawrotu, byli mniej skłonni zaakceptować „Siłę Wyższą”, rzadziej kontaktowali się z innymi członkami ruchu samopomocy oraz identyfikowali się z nimi, rzadziej czytali zalecaną literaturę oraz z mniejszym komfortem dzielili się swoimi przeżyciami podczas mityngów. Jednostki należące do tej samej grupy w porównaniu z uzależnionymi należącymi do grupy korzystających z zasady 90 mityngów w 90 dni, czyli tych, którzy wzięli udział w co najmniej 70 mityngach charakteryzowały się większą akceptacją bezsilności wobec alkoholu, częściej kontaktowały

się ze sponsorem oraz częściej posiadały pozytywne uczucia związane z prywatną inwenturą moralną.

Sponsoring stanowi indywidualną formę wsparcia udzielaną nowemu członkowi wspólnoty przez bardziej doświadczonego uczestnika spotkań ruchu samopomocy. Sponsor pełni odpowiedzialną funkcję wchodząc w różnorakie role wobec osoby, którą wspiera (Hamilton, 1998; Cierpiakowska, 2000). Sponsor pełni rolę mentora, mistrza, przewodnika duchowego, korepetytora, przyjaciela czy wreszcie starszego brata lub siostry. Mimo, że sponsorowanie mieści w sobie aspekty wszystkich tych ról jest ono relacją jedyną w swoim rodzaju. Priorytetowym zadaniem sponsora jest dopomóc podopiecznemu w zrozumieniu i zastosowaniu w praktyce 12 Kroków. Sponsorowanie to nieodłączna część przynależności do ruchu samopomocy i jedno z najbardziej ubogacających doświadczeń wspólnotowych. W relacji pomiędzy sponsorem a podopiecznym, następuje uaktywnienie zasobów obu podmiotów pozostających w układzie wzajemnej pomocy oraz obustronne czerpanie korzyści. Zarówno sponsor jak i podopieczny, mają wspólny cel, którym jest utrzymanie abstynencji i dążenie do trzeźwości. Sponsor poprzez analizę doświadczeń swojego podopiecznego ma szansę kolejny raz przeprowadzić restrukturyzację swoich przeżyć z okresu picia, uniknąć idealizacji swojej przeszłości oraz umocnić się w przekonaniu o niemożności kontrolowanego picia.

Sponsor motywuje podopiecznego do realizacji Programu 12 Kroków, zachęca do czytania zalecanej literatury, uczestnictwa w działaniach wspólnoty oraz oddawania się służbie. Daje on podopiecznemu nadzieję na poradzenie sobie z chorobą i utrzymanie abstynencji oraz wzmacnia w nim wiarę w skuteczność podejmowanych przez niego zabiegów i działań. Pomaga osobie, którą sponsoruje odnaleźć się w ruchu, objaśnia podstawowe zasady, koncepcje i pojęcia oraz udziela odpowiedzi na nurtujące pytania. Czuwa nad czynionymi przez podopiecznego postępami, ułatwia proces samoobserwacji wymaganej przy pracy nad krokami, pomaga wychwycić błędy i umacnia chęć wytrwania na drodze do wyzdrowienia. Uosabia program będąc wzorem dążenia do trzeźwości i gotowości do niesienia pomocy (Hamilton, 1998).

Relacja ze sponsorem staje się dla podopiecznego wzorem, na bazie której będzie on w przyszłości budował zdrowe związki z innymi ludźmi. Sponsor jest gotowy do udzielania pomocy, niezależnie od pory dnia oraz innych warunków zewnętrznych. Jego wyjątkowa rola przejawia się szczególnie w momentach krytycznych, kiedy dzięki trzeźwości umysłu pomaga

wychowankowi przewyciężyć kryzys, neutralizując obawy związane z powrotem do nałogu. Dzięki otwartości sponsora podopieczny ma poczucie zrozumienia i akceptacji, które często nie może znaleźć we własnej rodzinie. Daje mu to poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza poczucie winy oraz sprzyja odbudowie poczucia własnej wartości. Jest to bardzo odpowiedzialna funkcja. Sponsor jest powiernikiem najgłębszych tajemnic i sekretów podopiecznego, który powinien czuć się przy nim bezpiecznie, darząc go bezgranicznym zaufaniem (Cierpiałkowska, 2000).

Krok pierwszy Programu 12 Kroków podkreśla brak kontroli osoby uzależnionej po rozpoczęciu picia, który wiązał się z negatywnymi konsekwencjami. Identyfikacja i sprecyzowanie przedmiotu problemu w postaci alkoholu, pozwala na uwolnienie się od myślenia w kategoriach atrybucji zewnętrznej i uzmysłowienia sobie, że przyczyną problemów alkoholika był alkohol i/lub zaburzenia w funkcjonowaniu alkoholika, a nie jak mu się wcześniej wydawało inne źródła takie jak żona, dzieci, szef w pracy, koledzy lub inne powody. Osoba uzależniona uzmysławia sobie, iż bezsilność wobec alkoholu dotyczyła momentu zaprzestania picia, natomiast nie rozpoczynanie picia może być czynnikiem hamującym rozwój choroby. Poznanie istoty i objawów własnego uzależnienia pomaga alkoholikowi doprowadzić do zmiany obrazu samego siebie, szczególnie w zakresie własnej choroby i sposobów radzenia sobie z nią (Cierpiałkowska, 2000). Sformułowanie w czasie przeszłym dotyczące nie kierowania własnym życiem daje nadzieję na możliwość wpływu i kreowania własnej osoby po zaprzestaniu picia i utrzymaniu abstynencji. Przyznanie się do utraty kontroli nad piciem, implikuje refleksję nad jego przyczynami oraz negatywnymi konsekwencjami, prowadząc często do wykształcenia pewnej dojrzałości wewnętrznej, pozwalającej na obiektywną ocenę aktualnej sytuacji życiowej i zaakceptowania konieczności zachowywania permanentnej abstynencji (Zwierzyński, 1988) Tylko krok pierwszy mówi o alkoholu jako głównym problemie uzależnionego. Wszystkie inne wspominają już o jego rozwiązaniu, zachęcając do aktywności w radzeniu sobie z wszystkimi trudnymi sytuacjami życiowymi.

W kroku drugim jest mowa o „Sił Większej” od osoby uzależnionej, która może stać się powodem przywrócenia jej zdrowia rozumianego jako realny obraz siebie, godzenie się z własnymi brakami, wadami, negatywnymi atrybutami, znajomość swoich zalet i zasobów oraz umiejętność godzenia się i dostosowania do zrzędzeń losu. Krok drugi nie określa i nie definiuje czym jest „Siła Większa”(Hamilton, 1997), której koncepcja ulega zmianom w

trakcie procesu zdrowienia zarówno co do formy jak i treści (Cierpiałkowska, 2000). Dla wielu osób uzależnionych „Siłę Większą” uosabia ruch samopomocy i jego poszczególni członkowie, ale również dobrze może ją stanowić rodzina, przyjaciele lub inne wartości motywujące ich do zachowania abstynencji. Alkoholik uświadamia sobie, że sam nie jest w stanie poradzić sobie skutecznie z własnym uzależnieniem i jest mu do tego niezbędne wsparcie i pomoc. Wprowadzenie przez program „siły większej” pozwala okiełznać zapędy wybujałego ego alkoholika, pogodzić się z własnymi ograniczeniami, błędnym przekonaniem o swojej omnipotencji, wszechwiedzy i wspaniałości. Brown (1990) nazywa ten proces permanentnym „pomniejszaniem ego”. W perspektywie koncepcji rozwoju duchowego krok drugi stanowi odniesienie do innych ludzi i świata.

W kroku trzecim pojawia się „Siła Wyższa” w postaci Boga, któremu opiece uzależniona jednostka oddaje swoje życie i wolę. Oznacza to przyznanie, iż wola Boża jest największym dobrem dla osoby uzależnionej oraz warto dążyć do jej odkrycia i realizacji. „Siła Większa” może mieć różną formę i postać oraz nie jest nazwana, podczas, gdy „Siła Wyższa” odnosi się konkretnie do Boga, którego można różnie postrzegać, rozumieć i odbierać pomimo tego, że niezależnie od prezentowanego wyznania religijnego oraz siły wiary jest on niezmienny. Krok ten jest najdobitniejszym wyrazem pokory, gdyż boski plan zaczyna być przedkładany nad plany i zamiary osoby uzależnionej (Hamilton, 1998). Biorąc pod uwagę fakt, że do ruchu samopomocy trafia dziewięćdziesiąt procent alkoholików w fazie chronicznej swojej choroby (Zaworska-Nikonuk, 2001), oparcie się na stałym i niezmiennym systemie wartości, który jest uosabiany i reprezentowany przez „Siłę Wyższą”, jest w tym przypadku zabiegiem szczególnie korzystnym. Alkoholik, którego egzystencja ograniczała się w dużej mierze na dążeniu do redukcji wtórnego popędu picia, ma szansę na restrukturyzację systemu wartości oraz odniesienie się do własnej egzystencji, ze stałej perspektywy aksjologicznej, w kontekście swoich potrzeb, pragnień i celów życiowych. Budując w sobie zaufanie do Boga uczestnik spotkań ruchu samopomocy kształtuje również zaufanie do siebie samego, innych ludzi oraz sytuacji życiowych w których uczestniczy. Staje się to podstawą do rozwoju optymizmu oraz wiary pomimo doświadczania choroby alkoholowej w szczęśliwe życie.

Krok czwarty odwołuje się „gruntownego i odważnego obrachunku moralnego”, którego efektem ma być realna samoocena, poznanie swoich słabych i mocnych stron, pozytywnych i negatywnych cech charakteru oraz zasobów, które można wykorzystać dążąc

do trzeźwości. Jest on wyrazem zapoczątkowania procesu autoterapii (Brown, 1990). Stanowi on również inwenturę moralną niezbędną do rozpoczęcia nowego rozdziału w swoim życiu. Niewątpliwą zaletą tego kroku jest próba spojrzenia na siebie w prawdzie z pewnego dystansu prowadząca do osłabienia działania mechanizmów obronnych i bardziej realistycznego widzenia własnej osoby oraz otaczającej rzeczywistości.

Krok piąty mówi o wyznaniu sobie, Bogu i drugiemu człowiekowi prawdziwej istoty popełnianych błędów i odkryciu, co leży u ich podłoża. Jest to kolejny element na drodze do odkrywania wiedzy na swój temat i lepszego poznania siebie. Zrobienie tego kroku wymaga odwagi, szczerego i uczciwego przyznania się do swoich słabości oraz ułomności, aby uświadomić sobie swoją niedoskonałość i powtarzające się błędy, których powodem są wyuczone wzory zachowań, nawyki i schematy myślenia. Wyznanie to ma charakter spowiedzi, dzięki której przy pomocy drugiego człowieka, można odkryć, co należy zmienić, aby prowadzić satysfakcjonujące i szczęśliwe życie. Realizacja tego kroku pomaga pozbyć się poczucia izolacji i samotności, rodzi poczucie więzi i wspólnoty z innymi ludźmi prowadząc do przekonania, że jest się ważną częścią całości (Brown, 1990).

Krok szósty oznacza deklarację gotowości do uwolnienia przez Boga od wszystkich wad i przywar, które przeszkadzają osobie uzależnionej z jej dalszym rozwojem duchowym. Jest wyrazem pokory i zaufania wobec wszechmocy Boga oraz jego mądrości. Zawiera zgodę na współdziałanie pomiędzy człowiekiem a Bogiem. To człowiek ponosi odpowiedzialność za rozwój tej relacji, która powinna być przez niego pielęgnowana i kształtowana (Brown, 1990). Gotowość ta zakłada pragnienie wyzbycia się wszelkich przeszkód w budowaniu więzi z Bogiem oraz innymi ludźmi. Krok ten kładzie nacisk na przekonanie, że przezwyciężenie wszystkich ograniczeń wynikających z doświadczania choroby alkoholowej jest możliwe dzięki działaniom opartym na łasce pochodzącej od Boga.

Krok siódmy koncentruje się na pokorze polegającej na przedkładaniu planów Boga nad planami osoby realizującej program. Zawiera założenie, że to Bóg decyduje jak szybko i w jaki sposób usunie wady alkoholika, oczywiście tylko wtedy, kiedy on sam będzie podejmował działania w tym kierunku (Hamilton, 1998).

Krok ósmy i dziewiąty związane są z przeprowadzeniem analizy całego życia od strony relacji z innymi osobami. Działania wiążące się z zadośćuczynieniem wymagają gotowości, odwagi, akceptacji swojej przeszłości i odniesienia się do niej z pewnej perspektywy w prawdzie. Jest to także wyraz odpowiedzialności za wszystkie popełnione

winy i krzywdy oraz próba rozliczenia się z nimi (Wnuk, 2004). Dogłębna realizacja tych dwu kroków pozwala na rozeznanie przyczyn trudności w kontaktach z innym ludźmi stając się przyczynkiem do zmiany postaw, zachowań i reakcji emocjonalnych wobec nich.

Krok dziesiąty zaleca dalszą autoanalizę. Jest on wyrazem gotowości do dalszego poznawania siebie i oraz chęci wprowadzenia dalszych zmian. Rzetelna i systematyczna samoocena ułatwia dotarcie do prawdy o sobie oraz daje możliwość uwolnienia się od zafałszowujących własny obraz mechanizmów obronnych. Zachęca do poszukiwań lokowania przyczyn własnych błędów w sobie, powodując uwolnienie się od komplikujących stosunki z innymi ludźmi atrybucji zewnętrznych (Wnuk, 2004).

Krok jedenasty daje wyraz wartości, jaką jest modlitwa i medytacja na drodze do trzeźwości. Są to narzędzia niezbędne do odczytania i wypełnienia woli bożej oraz uważnej analizy siebie. Modlitwa przyczynia się do uświadomienia i odczucia realnej obecności w świecie takich wartości jak: dobro, prawda, miłość i sprawiedliwość, umacniając w człowieku świadomość jego niezniszczalnej godności (Zwierzyński, 1988). Podczas wieczornej inwentury, realizujący kroki, dokonują krytycznego przeglądu własnych zachowań w ciągu dnia, prosząc o siły potrzebne do dalszej pracy nad sobą, w korespondencji z przygotowanym dla nich planem Bożym. Jest to również końcowy akcent w procesie poskramiania nazbyt wybujałego ego oraz wyraz kształtowania pokory (Hamilton, 1998).

Krok dwunasty odwołuje się do gwarancji przebudzenia duchowego, jaką daje realizacja programu, wspominając o dalszym przekazywaniu posłania i kontynuacji drogi do trzeźwienia wytyczonej przez Dwanaście Kroków. W myśl ewangelicznej zasady „darmo dostałeś, darmo oddaj”, obliguje każdego z członków ruchu do dzielenia się doświadczeniem, siłą i nadzieją, korzystając z szansy na dalszy rozwój i wzrost na bazie stosowania zasad zawartych w programie. Jest on także wyrazem wiary w przezwyciężenie, w oparciu o łaskę i pomoc Boga, nie tylko uzależnienia od alkoholu, ale również wad charakterologicznych i zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym.

Realizacja Programu 12 Kroków pełni funkcję terapeutyczną przyczyniając się do psychologicznej i duchowej transformacji członków ruchu samopomocy (por. Zwierzyński, 1988; Wallace, 1989; Cierpiałkowska, 1997; Brown, 1990; Niewiadomska, 2001; Zaworska-Nikoniuk, 2001; Forcehimes, 2004). Zachodzące zmiany członków ruchu samopomocy następujące w oparciu o realizację Programu 12 Kroków można rozpatrywać w oparciu o uniwersalny model psychoterapii stworzony przez Prochaskę i DiClemente (za: Czabała,

2000). Wydaje się, że podczas spotkań Anonimowych Alkoholików zachodzą te same etapy zmian, czynniki prowadzące do zmiany i poziomy zmiany, co podczas procesu psychoterapii. Autorzy wspomnianej koncepcji wyróżniają 4 etapy zmiany: etap namysłu charakteryzujący się brakiem potrzeby zmian, zaprzeczaniem swoim problemom, przymusem, zewnętrznym (naciski otoczenia) lub wewnętrznym (cierpienie) związanym z udaniem się o pomoc; etap namysłu i rozumienia, kiedy pacjent uświadamia sobie, że sam jest źródłem swoich własnych problemów - szuka ich przyczyn uwalniając się sukcesywnie od stosowania mechanizmów obronnych; etap działania polegający na zrozumieniu własnych problemów, zmian w sposobie pełnienia ról, radzenia sobie z emocjami, wzmacnianiu poczucia własnej wartości oraz satysfakcji z wprowadzanych zmian; etap utrzymywania zmian, w którym następuje konfrontacja stosowania nowych i nabytych umiejętności i nawyków z wymogami otoczenia oraz ich dalsze wzmacnianie. Czynniki powodujące zmiany to: poszerzenie świadomości, zmiana oceny samego siebie, zmiana oceny otoczenia, uwolnienie się od siebie, uwolnienie się od otoczenia, przewarunkowanie, kontrola bodźca, kontrolowanie konsekwencji zachowania, dramatyczne przeżycia, relacja pomagania. Porównanie dwóch typów terapii, z których jeden stanowiła terapia behawioralno-poznawcza a drugi terapia oparta na Programie 12 Kroków dowiodło, że wśród pacjentów poddanych oddziaływaniom terapeutycznym skoncentrowanych na realizacji Programu 12 Kroków procent osób pozostających w abstynencji po dwóch latach od zakończenia terapii był wyższy. W obu grupach nie zanotowano różnic w procencie badanych, którzy byli wolni od problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, symptomów psychologicznego dystresu oraz objawów psychiatrycznych (Humphreys, Moos, 2007).

Zdecydowana większość badaczy stoi na stanowisku, że zmiany zachodzące podczas procesu realizacji Programu 12 Kroków, mimo zasadniczych różnic w sposobie pracy i stosowanym języku są analogiczne do zmian wywoływanych w procesie psychoterapii (por. Zaworska-Nikoniuk, 2001; Cierpiałkowska, 1997; Zwierzyński, 1988; Kulisiewicz, 1982). W literaturze przedmiotu istnieje jedynie rozbieżność co do tego, czy założenia i cele oddziaływań terapeutycznych opartych na realizacji Programu 12 Kroków pokrywają się z wytycznymi koncepcji behawioralno - poznawczych (Kulisiewicz, 1982, Zwierzyński, 1988; Cierpiałkowska, 1997) czy może są spójne z podejściem fenomenologiczno - poznawczym (Cekiera, 2001). Według Leviego uczestnictwo w grupie samopomocy ma wpływ głównie na procesy poznawcze i zachowanie jej członków. W obrębie funkcjonowania behawioralnego u członków ruchu samopomocy zachodzą głównie następujące zmiany: wzmacnianie zachowań

pożądanych; wygaszanie zachowań negatywnych i niekorzystnych; generowanie alternatywnych strategii radzenia sobie ze stresem; zmiana środowiska społecznego oraz poszukiwanie i wzmacnianie zachowań samokontrolujących. Natomiast w sferze poznawczej zmiany dotyczą zwłaszcza: wzmacniania pozytywnego wizerunku siebie i otaczającego środowiska społecznego poprzez udział w strukturach wewnątrzgrupowych; eliminowania poczucia izolacji oraz wyjątkowości własnych problemów; dostarczenia wiedzy w celu efektywnego radzenia sobie, szczególnie w zakresie relacji społecznych; poszerzenia zakresu alternatywnych sposobów spostrzegania sytuacji problemowych oraz strategii radzenia sobie z nimi; trafnego różnicowania wydarzeń oraz różnicowania metod radzenia sobie z nimi; dostarczania uczestnikom racjonalnych sposobów wyjaśniania istoty ich problemów oraz sposobów radzenia sobie z nimi (za: Cierpiałkowska, 1997). Do procesu poznawczej restrukturyzacji odbywającej się w wyniku zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków odwołuje się Steigerwald i Stone (1999) podobnie jak Niewiadomska (2001). Według niej alkoholików biorących udział w mityngach i zachowujących abstynencję w porównaniu z alkoholikami pijącymi charakteryzuje:

- większa koncentracja na zdarzeniach i częstsze podejmowanie prób rozwiązywania teraźniejszych problemów,
- częstsze poszukiwanie wsparcia i pomocy innych w celu rozwiązania istniejącego problemu,
- rzadsze łagodzenie stresu przez alkohol, leki lub inne substancje psychoaktywne, które powodują „bezbolesność przyjmowania ciosów”,
- występowanie mniejszego poczucia krzywdy, związanego z subiektywną interpretacją przyczyn, przebiegu i skutków zdarzenia wywołującego przykrość lub cierpienie,
- większe opanowanie własnych reakcji w sytuacji trudnej,
- mniejsze kontrolowanie sytuacji zewnętrznej w sytuacji trudnej.

Członkowie wspólnoty Anonimowych Alkoholików mają szansę realizacji potrzeb indywidualnych i zbiorowych dzięki uczestnictwu w pracach grupy oraz pozytywnemu ustosunkowaniu się do sugestii zawartych w Programie 12 Kroków. Podstawowe z nich to potrzeba afiliacji, akceptacji, szacunku, bezpieczeństwa, wsparcia, przynależności, identyfikacji z chorobą, uznania i pomocy innym (Wnuk, 2004). Wyniki badań

przeprowadzonych przez Zaworską-Nikoniuk (2001) potwierdzają te przypuszczenia. Wskazują one na fakt zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa poprzez realizację pierwszych trzech kroków u (85,5%) osób. U (66,7%) badanych na realizację potrzeby bezpieczeństwa ma wpływ praca nad krokiem trzecim. Potrzebę przynależności poprzez realizację kroku piątego, ósmego i dziewiątego zaspakaja (57,8%) respondentów, natomiast (12,4%) zaspakaja ją pracując nad krokiem czwartym i dziesiątym. Potrzebę identyfikacji zaspakajają chorzy poprzez wszystkie elementy programu. Szacunek do samego siebie jest skutkiem realizacji kroku czwartego i dziesiątego (64,2%) oraz piątego, ósmego i dziewiątego (20,4%). Potrzeba realizacji zainteresowań to głównie zasługa pracy nad krokiem dwunastym (33,1%) oraz szóstym, siódmym i jedenastym (17,1%). Potrzeba wsparcia jest zaspokajana dzięki realizacji kroku drugiego (56,7%) oraz pierwszego (23,2% badanych) i trzeciego (14,4%). Na zaspokojenie potrzeby bezpłatnej pomocy ma wpływ głównie krok trzeci (54,2%) oraz pierwszy (17,4%). Potrzebę leczenia choroby i jej zapobiegania zaspakaja realizacja kroku czwartego i dziesiątego (39,6%), kroku pierwszego (24,6%), kroku drugiego (17,8%) oraz trzeciego (10,7%). Na zaspokojenie potrzeby pomocy ludziom ma wpływ głównie praca nad krokiem szóstym, siódmym i jedenastym (48,2%), piątym, ósmym i dziewiątym (35,3%) oraz w mniejszym stopniu czwartym i dziesiątym (11,8%).

W badaniach nad jakością życia Anonimowych Alkoholików można zaliczyć do wyróżnionej przez Brzezińskiego grupy badanych, którzy znaleźli się w nietypowych, nienormalnych i ekstremalnych warunkach (Brzeziński, 1994). W odróżnieniu od alkoholików pijących nadal, ta grupa osób zdecydowała się z różnych powodów na podjęcie abstynencji i udział w grupie samopomocy.

Zgodnie ze specyfiką tzw. „nowego” podejścia badawczego do zjawiska jakości życia postulowanego przez Tannen i wsp. oraz Kowalika, skupiono się na analizie wpływu „zdarzeń krytycznych”, w tym wypadku choroby alkoholowej oraz uczestnictwie w spotkaniach Anonimowych Alkoholików na dalszy przebieg i funkcjonowanie osób badanych, kładąc szczególny nacisk na „doświadczenie życia codziennego” (za: Brzeziński, 1994).

Dotychczasowe badania nad jakością życia „czynnych” alkoholików nie biorących udziału w spotkaniach ruchu samopomocy wskazują na znacząco obniżoną jakość życia tej grupy osób w porównaniu z populacją osób zdrowych jak również psychicznie i fizycznie chorych (Miller, Russo, 1997; Meyer i wsp., 2004; Foster i wsp., 1999; Foster i wsp., 1997;

DeHaes, van Knippenburg, Neijt, 1990; Smith, Larson, 2004; Habrat i wsp., 2000; Polak, 2001). Jednostki uzależnione od alkoholu, nie korzystające z żadnych form wsparcia i leczenia posiadają mniejsze poczucie sensu życia niż studenci oraz pacjenci psychiatryczni (Crumbaugh, Maholic, 1964, Crumbaugh, 1968). W badaniach przeprowadzonych w Polsce „nietrzeźwiejący” alkoholicy uzyskali niższy wynik na Skali Poczucia Sensu Życia (PIL) w porównaniu z rezultatami grupy kontrolnej (Cekiera, 1985). Z drugiej strony jednostki uzależnione od alkoholu będące członkami Anonimowych Alkoholików nie różnią się od swoich rówieśników o podobnym rozkładzie zmiennej płci oraz wieku satysfakcją z życia, poczuciem beznadziejności, pragnieniem życia, poczuciem sensu życia oraz poziomem szczęścia ocenianym z perspektywy ostatnich kilku dni życia (Wnuk, 2006; Wnuk, 2005). W badaniach przeprowadzonych przez Kairouz i Dube uczestnicy spotkań Anonimowych Alkoholików posiadali podobny poziom poczucia sensu życia do policjantów oraz zakonnic (Kairouz, Dube, 2000).

Rozdział III. Problemy i metoda badań własnych

3.1. Cel badań

Głównym celem badań była ocena jakości życia Anonimowych Alkoholików w oparciu jej główne korelaty. Przegląd literatury przedmiotu wskazuje na kilka najistotniejszych elementów dla kształtowania jakości życia, z których najważniejszymi wydaje się być rozwój duchowy oraz zaangażowanie w ruch samopomocy (Galanter, 2007).

Aby uniknąć artefaktów badawczych i nieprawidłowości metodologicznych w realizowanym projekcie badawczym największy nacisk położono na fenomenologiczną ocenę własnej egzystencji osób badanych jako całości. Każdy badany został potraktowany jako sędzia własnego życia z punktu widzenia jego indywidualnego systemu wartości, któremu podlega i który realizuje (por. Czapiński, 1992). Przyjęto punkt widzenia Seneki, według którego „człowiek jest nieszczęśliwy tylko w takim stopniu, w jakim się za nieszczęśliwego uważa” (za: Tatarkiewicz, 1979).

3.2. Dobór osób do badań

Uzależnienie od alkoholu (alkoholizm) stanowi bardzo istotny problem społeczny. Jest to choroba chroniczna prowadząca do śmierci, która obejmuje swym zasięgiem wszystkie aspekty i sfery egzystencji. Negatywne konsekwencje uzależnienia od alkoholu rzutują na funkcjonowanie osób z bliższego oraz dalszego otoczenia społecznego alkoholika. Liczebność populacji osób uzależnionych od alkoholu w Polsce jest trudna do ustalenia. W pierwszej połowie lat 80. XX w. szacowano, że było to około 600-900 tys. osób. Od końca lat 80. przyjmuje się, że liczba osób uzależnionych w Polsce waha się w granicach miliona (Mellibruda, 1998). Trudno stwierdzić, jak duży jest odsetek osób decydujących się na leczenie w oparciu o udział w ruchu samopomocy. Jest to spowodowane głównie tym, iż Anonimowi Alkoholicy nie prowadzą tego typu statystyk. Z potocznej wiedzy wynika, że na mityngach Anonimowych Alkoholików przewija się dość duża ilość osób, z których około 30% pozostaje na trwale związana z ruchem samopomocy. W Poznaniu funkcjonuje ponad 60 grup Anonimowych Alkoholików (Wnuk, 2004), z który każdą liczy średnio od kilku do kilkudziesięciu osób. Kwestionariusze były rozdawane na piętnastu z nich zlokalizowanych w różnych częściach Poznania. Uczestnicy zostali poinformowani o celu badania. Wszyscy badani wyrazili zgodę na udział w projekcie. Zgodnie z deklaracją zawartą w ankiecie u

wszystkich z nich został zdiagnozowany zespół uzależnienie od alkoholu przez psychiatrę, psychologa lub lekarza innej specjalności. Kwestionariusze były rozdawane przez psychologa oraz wypełniane przez respondentów indywidualnie w domu, a następnie zbierane podczas kolejnego spotkania. Udział w badaniach zadeklarowało 120 osób, co stanowiło około połowy uczestników odwiedzanych grup. Spośród 120 rozdanych kwestionariuszy ostatecznie zebrano 70, czyli około ponad połowę.

3.3. Plany i etapy badań

Projekt badawczy został zrealizowany w modelu *ex post facto* z użyciem jednej grupy badanych, którą były osoby uzależnione od alkoholu korzystające ze wsparcia ruchu samopomocy. Badania miały charakter jednoetapowy. Jest to model słabszy od modelu eksperymentalnego, posiadający wiele wad. Korzystając z niego badacz nie może manipulować zmiennymi niezależnymi istotnymi dla zmiennej zależnej, ponieważ ich oddziaływanie dotyczy przeszłości. Oddziaływanie zmiennej niezależnej mogło być jednorazowe i krótkotrwałe, wielokrotne i długotrwałe, rozłożone w czasie lub dotyczące jakiegoś odcinka czasu. Poza tym nie ma pewności, że ujawniony wpływ danej zmiennej niezależnej na zmienną zależną był „czysty”, ponieważ mogła ona wejść w interakcję z inną zmienną niezależną oddziaływując razem z nią na zmienną zależną. Metody wykorzystywane w tym modelu nie są precyzyjne i w przypadku niedokładnej penetracji materiału badawczego implikują artefakty wynikające z traktowania zmiennej *de facto* nie istotnej dla zmiennej zależnej jako istotnej, podczas gdy zmienna ta jest tylko korelatem innej zmiennej realnie istotnej dla zmiennej zależnej (Brzeziński, 1996).

3.4. Problemy badawcze

Przeprowadzone badania miały odpowiedzieć na problemy badawcze odnoszące się do następującej grupy zmiennych: jakość życia, przeżycia duchowe, zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików, długość abstynencji oraz zmienne socjodemograficzne.

Wyróżniono następujące problemy badawcze:

1. Czy zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików jest pozytywnie związane z długością abstynencji?

2. Czy długość abstinencji jest pozytywnie związana z częstotliwością przeżyć duchowych?
3. Czy poszczególne przejawy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików są pozytywnie związane z częstotliwością przeżyć duchowych?
4. Czy poszczególne przejawy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików są pozytywnie związane z ich jakością życia?
5. Czy długość abstinencji jest pozytywnie związana z jakością życia Anonimowych Alkoholików?
6. Czy przeżycia duchowe Anonimowych Alkoholików są pozytywnie związane z ich jakością życia?
7. Czy wśród Anonimowych Alkoholików wiek jest pozytywnie związany z częstotliwością przeżyć duchowych?
8. Czy wśród Anonimowych Alkoholików wykształcenie jest negatywnie związane z częstotliwością przeżyć duchowych?
9. Czy wśród Anonimowych Alkoholików wiek jest pozytywnie związany z satysfakcją z życia?
10. Czy wśród Anonimowych Alkoholików wiek jest negatywnie związany zarówno z pozytywnym, jak i negatywnym afektem?

3.4.1. Definicje i struktura badanych zmiennych

W badaniach uwzględniono 6 grup zmiennych.

Czynniki socjodemograficzne. Do tej grupy zostały zaliczone 3 zmienne: wiek, płeć oraz wykształcenie.

Jakość życia. W zakres badanego dobrostanu psychicznego traktowanego jako zmienna zależna weszły 3 następujące zmienne składowe w postaci satysfakcji z życia, pozytywnego i negatywnego afektu oraz poczucia beznadziejności. Zgodnie z koncepcją Diener (1984) dobrostan psychiczny jest pojęciem wielowymiarowym. Poznawczym aspektem dobrostanu jest satysfakcja z życia, natomiast jego wskaźnikami emocjonalnymi jest afekt pozytywny i afekt negatywny (Diener, 1984). Badanie satysfakcji z życia jako całości odnosiło się do 2 perspektyw czasowych (teraźniejszości i przyszłości).

Przeżycia duchowe mogą one mieć zarówno świecki jak i typowo religijny charakter. Zgodnie z rozpowszechnianymi teoriami duchowości koncentrują się na relacjach jednostki do samej siebie, innych ludzi oraz „Siły Wyższej”. Zgodnie z zastosowaną skalą so ich weryfikacji przejawiają się one w odczuciu obecności Boga, czerpaniu z tego faktu radości, siły, pokoju i równowagi, poczuciu pomocy i przewodnictwa z jego strony, doświadczaniu jego miłości bezpośrednio lub poprzez innych ludzi, akceptacji innych osób niezależnie od tego co robią, poczuciu połączenia z własnym życiem, poczuciu poruszenia pięknem otaczającego świata, bezinteresowną opieką nad innym, itp. (Underwood, Teresi, 2002). Narzędzie to bada doświadczenia duchowe niezależnie od wyznania religijnego, siły wiary oraz przekonań i praktyk religijnych. Zaletą tej miary jest przede wszystkim jej uniwersalny charakter, co oznacza, iż jest ona niezależna od wszelkich inklinacji religijnych oraz wyznaniowych (Underwood, Teresi, 2002). Szczególnie w kontekście badań Anonimowych Alkoholików stanowiących konglomerat wyznaniowy ten aspekt wydaje się szczególnie ważny. Z drugiej strony w typowo katolickim kraju jakim jest Polska nie wydaje się to aż tak istotne, ponieważ zdecydowana większość Anonimowych Alkoholików ze względu na uwarunkowany kulturowo determinizm wyznaniowo-religijny pozostaje wyznawcami kościoła rzymsko-katolickiego pomimo, tego, że wielu z nich zgodnie z zaleceniami Programu 12 Kroków dystansuje się instytucjonalnych form religijności na rzecz indywidualnych sposobów rozwoju duchowego.

Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików składało się z dwunastu elementów traktowanych w literaturze przedmiotu jako wskaźniki tego zjawiska (Polcin, Prindle, Bostrom, 2002; Tonigan, Connors, Miller, 1996) takie jak długość pobytu w ruchu samopomocy, realizacja Programu 12 Kroków, bycie sponsorem dla innego członka wspólnoty, posiadanie sponsora, doświadczenie przebudzenia duchowego, utożsamienie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików, regularne czytanie literatury Anonimowych Alkoholików, częstotliwość pobytu na mityngach w ciągu ostatniego roku, częstotliwość prowadzenia mityngów w ciągu ostatniego roku, uczestniczenie w 90 mityngach w ciągu 90 dni, obchodzenie rocznicy abstynencji oraz korzystanie z porad psychologa.

Długość abstynencji odnosiła się do okresu w ciągu którego dany członek wspólnoty Anonimowych Alkoholików pozostawał we wstrzemięźliwości od alkoholu.

3.5. Operacjonalizacja zmiennych i narzędzia badawcze

Użyto następujących narzędzi badawczych: Skala Codziennych Doświadczeń Duchowych (DSES), Drabinka Cantrila, Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS), trzy jednopytaniowe skale odnoszące się do ilości zrealizowanych kroków, długość abstinencji oraz długości pobytu w ruchu samopomocy.

Skala Codziennych Doświadczeń Duchowych (DSES) składa się z 16 pytań. Osoba badana udziela odpowiedzi na 6-stopniowej skali od 1 - nigdy lub prawie nigdy, do 6 - wiele razy w ciągu dnia. Im większą ilość punktów uzyskuje osoba badana, tym większy stopień duchowości posiada. Narzędzie to prezentuje zadowalające właściwości psychometryczne. Jej rzetelność w zależności od populacji plasuje się w granicach $\alpha = 0,86-0,95$ (Loustalot i wsp., 2006; Wnuk, 2009). W realizowanym projekcie badawczym rzetelność tej skali wyniosła $\alpha = 0,94$.

Drabinka Cantrila jest powszechnie stosowaną miarą do pomiaru poznawczego aspektu jakości życia. Narzędzie to składa się z jednego pytania. Respondent w skali od 0 do 10 ocenia swoje ogólne zadowolenie z życia. W programie „Cebula”, prowadzonym przez Czapińskiego, po dwumiesięcznym odroczeniu uzyskano rzetelność 0,76 (Czapiński, 1992). W innym projekcie współczynnik rzetelności po przeprowadzeniu ponownego badania po dwóch latach wyniósł 0,65 (Kivett, Palmore, 1977).

Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS) jest najczęściej stosowanym narzędziem do mierzenia emocjonalnych aspektów jakości życia. Została ona wybrana ze względu na swoje bardzo dobre właściwości psychometryczne oraz możliwość zastosowania jej polskiej wersji bez potrzeby prowadzenia niezbędnych prac adaptacyjnych.

Miara ta składa się z 10 stwierdzeń, które odnoszą się do pozytywnych stanów emocjonalnych oraz 10, które dotyczą negatywnego afektu. Odpowiedzi udzielane są na pięciostopniowej skali od 1 - odrobinę lub wcale, do bardzo często - 5. W przytaczanym projekcie respondenci oceniali częstotliwość swoich stanów emocjonalnych w odniesieniu do ostatniego weekendu przed badaniem. Rzetelność skali waha się w zależności od danego projektu badawczego od $\alpha = 0,86$ do $\alpha = 0,89$ dla jej części odnoszącej się do pozytywnych stanów emocjonalnych oraz od $\alpha = 0,84$ do $\alpha = 0,85$ w stosunku do jej części dotyczącej negatywnego afektu (Trawka, Derbis, 2006, Crawford, Henry, 2004). Rzetelność tego

narzędzia badana metodą test - retest wśród studentów wyniosła 0,39-0,71 (Trawka, Derbis, 2006). W przytaczanym projekcie badawczym jej rzetelność wyniosła $\alpha = 0,90$ dla pozytywnego afektu oraz $\alpha = 0,78$ dla negatywnego afektu.

Na część pytań związanych z zaangażowaniem w ruch samopomocy odpowiadali poprzez zaznaczenie odpowiedzi tak lub nie. Taki sposób wypełniania ankiety odnosił się do pytań o bycie sponsorem dla innego członka wspólnoty, posiadanie sponsora, doświadczenie przebudzenia duchowego, utożsamienie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików, regularne czytanie literatury Anonimowych Alkoholików, uczestniczenie w 90 mityngach w ciągu 90 dni oraz obchodzenie rocznicy abstynencji.

Długość abstynencji oraz długość pobytu w ruchu samopomocy były wyrażone w latach, których odpowiednią ilość wpisywali respondenci. Również poprzez wpisanie odpowiedniej liczby odpowiadano na pytania dotyczące częstotliwości pobytu na mityngach w ciągu ostatniego roku oraz częstotliwości prowadzenia mityngów.

3.6. Hipotezy badawcze

Wyróżniono następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1

H:0 Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików nie jest pozytywnie związane z długością abstynencji.

H:1 Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików jest pozytywnie związane z długością abstynencji.

Hipoteza 2

H:0 Długość abstynencji nie jest pozytywnie związana z częstotliwością przeżyć duchowych.

H:2 Długość abstynencji jest pozytywnie związana z częstotliwością przeżyć duchowych.

Hipoteza 3

H:0 Poszczególne przejawy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików nie są pozytywnie związane z częstotliwością przeżyć duchowych.

H:3 Poszczególne przejawy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików są pozytywnie związane z częstotliwością przeżyć duchowych.

Hipoteza 4

H:0 Poszczególne przejawy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików nie są pozytywnie związane z ich jakością życia.

H:4 Poszczególne przejawy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików są pozytywnie związane z ich jakością życia.

Hipoteza 5

H:0 Długość abstynencji nie jest pozytywnie związana z jakością życia Anonimowych Alkoholików.

H:5 Długość abstynencji jest pozytywnie związana z jakością życia Anonimowych Alkoholików.

Hipoteza 6

H:0 Przeżycia duchowe Anonimowych Alkoholików nie są pozytywnie związane z ich jakością życia?

H:6 Przeżycia duchowe Anonimowych Alkoholików nie są pozytywnie związane z ich jakością życia?

Hipoteza 7

H:0 Wśród Anonimowych Alkoholików wiek nie jest pozytywnie związany z częstotliwością przeżyć duchowych.

H:7 Wśród Anonimowych Alkoholików wiek jest pozytywnie związany z częstotliwością przeżyć duchowych.

Hipoteza 8

H:0 Wśród Anonimowych Alkoholików wykształcenie nie jest negatywnie związane z częstotliwością przeżyć duchowych.

H:8 Wśród Anonimowych Alkoholików wykształcenie jest negatywnie związane z częstotliwością przeżyć duchowych.

Hipoteza 9

H:0 Wśród Anonimowych Alkoholików wiek nie jest pozytywnie związany z satysfakcją z życia.

H:9 Wśród Anonimowych Alkoholików wiek jest pozytywnie związany z satysfakcją z życia?

Hipoteza 10

H:0 Wśród Anonimowych Alkoholików wiek nie jest negatywnie związany zarówno z pozytywnym, jak i negatywnym afektem?

H:10 Wśród Anonimowych Alkoholików wiek jest negatywnie związany zarówno z pozytywnym, jak i negatywnym afektem.

Rozdział IV. Analiza i interpretacja wyników

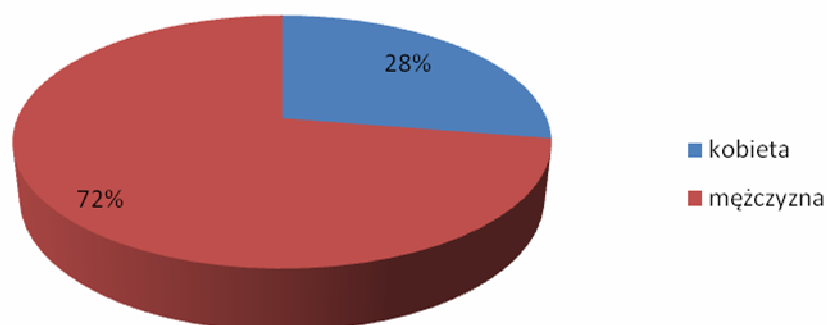
4.1. Ogólna charakterystyka badań

Spośród osób, które brały udział w badaniu 73,9% stanowili mężczyźni, kobiet było 26,1%. Wykształcenie podstawowe posiadało 5,8% uczestników projektu, wykształcenie zawodowe 29%, wykształcenie średnie 46,4%, wykształcenie wyższe 18,8%. Średnia wieku badanych wynosiła 46,1 lat ($SD=11,57$). Średnia długość abstynencji wyniosła 76 miesięcy ($SD=63,42$), a średnia pobytu w ruchu samopomocy 102 miesiące ($SD=71,38$). Anonimowy Alkoholicy w ciągu ostatniego roku uczestniczyli średnio w 100 mityngach ($SD=66,50$) oraz prowadzili średnio 8 mityngów ($SD=10,30$).

A. Struktura badanych według płci

Strukturę respondentów według płci przedstawia ryc. 1. Prawie 75% badanych stanowili mężczyźni. Nie jest to wynik tego, iż mężczyźni mają większą skłonność do alkoholizmu. Powodów przedstawionego stanu rzeczy należy się dopatrywać raczej w tym, iż w stosunku do mężczyzn panuje przyzwolenie społeczne dotyczące nadużywania alkoholu, czego rezultatem jest również większy permissywizm w przypadku ujawnienia tej przypadłości. Kobiety natomiast ze względu na wstyd spowodowany głównie stereotypem utożsamiającym ich uzależnienie z „rozwiązłością moralną” częściej kamuflują i ukrywają swoje nadmierne „picie”.

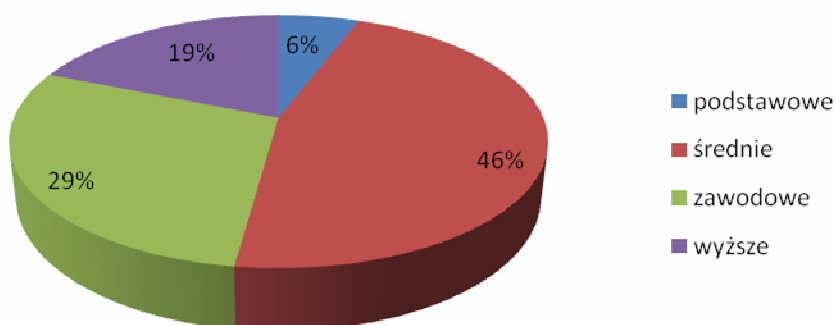
Ryc. 1. Odsetek osób ankietowanych ze względu na płeć



B. Struktura badanych według wykształcenia

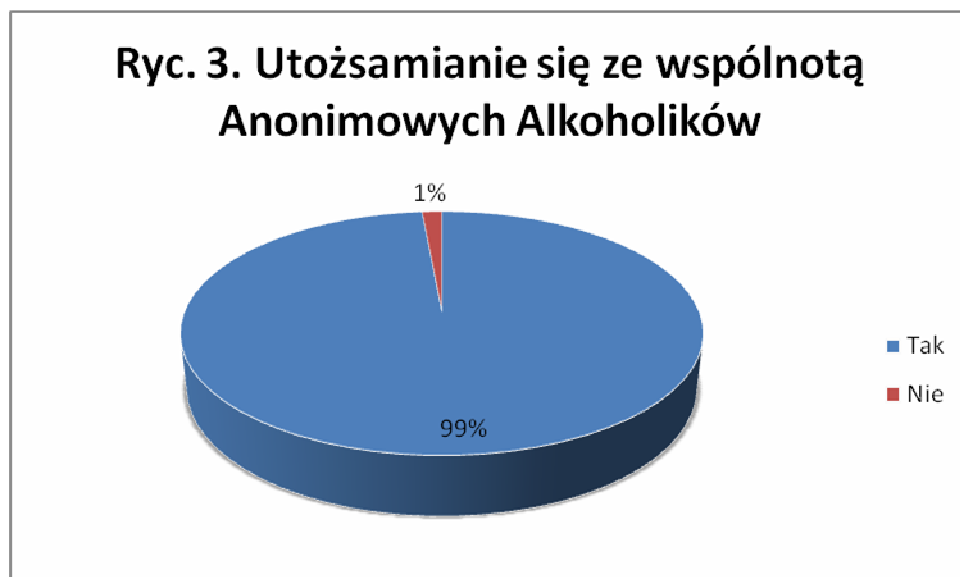
Strukturę respondentów według wykształcenia przedstawia ryc. 2. Zaprezentowane wyniki świadczą o tym, że uzależnienie od alkoholu jest niezależne od wykształcenia, potwierdzając wbrew wcześniej przyjętym stereotypom tezę, że przypadłość ta ma demokratyczny charakter.

Ryc. 2. Odsetek osób badanych ze względu na wykształcenie



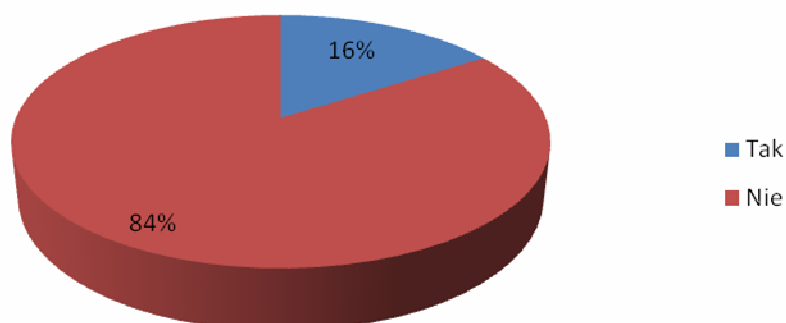
C. Struktura badanych ze względu na zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików

Strukturę respondentów ze względu na utożsamianie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików przedstawia ryc. 3. Jest to dowód na to, że prawie dla wszystkich badanych ruch samopomocy jest bardzo istotnym elementem ich funkcjonowania.



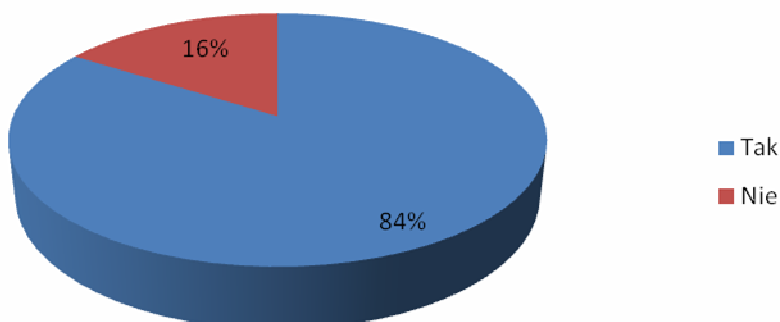
Strukturę respondentów ze względu na zastosowanie zasady „90 mityngów w 90 dni” przedstawia ryc. 4. Zdecydowana większość badanych nie zastosowała tej reguły. Z jednej strony jest to bardzo popularne rozwiązanie szczególnie w pierwszych tygodniach abstinencji, gdyż pozwala na codzienne uzyskanie wsparcia w utrzymywaniu abstinencji. Z drugiej strony nie wszyscy uzależnieni są przekonani o skuteczności tego rozwiązania. Poza tym często brak czasu oraz zobowiązania zawodowe i rodzinne nie pozwalają na tak częsty udział w spotkaniach Anonimowych Alkoholików.

Ryc. 4. Zastosowanie zasady "90 mityngów w 90 dni"

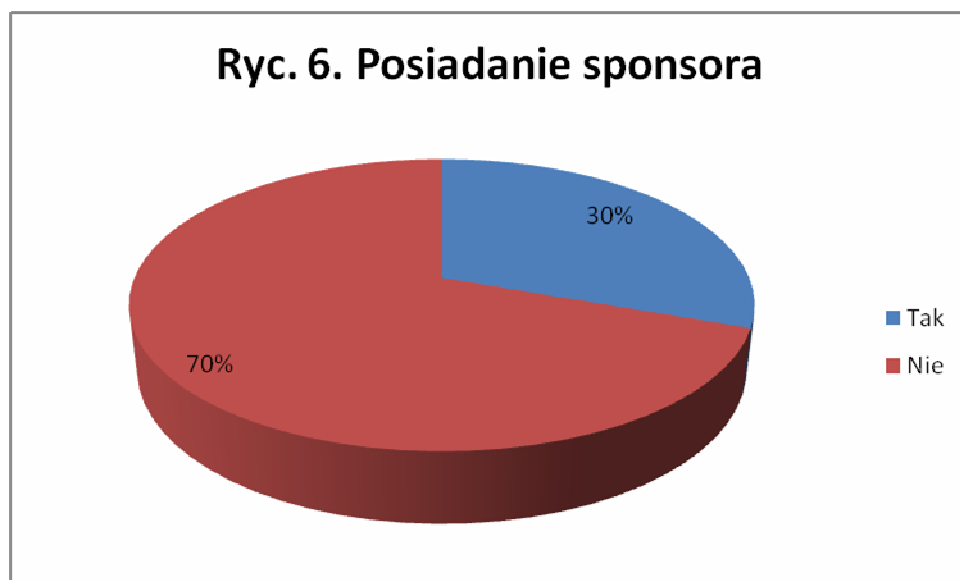


Strukturę respondentów ze względu na obchodzenie rocznicy abstynencji przedstawia ryc. 5. Tak duży odsetek badanych, którzy obchodzili swoją rocznicę abstynencji na mityngu Anonimowych Alkoholików jest prawdopodobnie wynikiem dużego nacisku na tradycję ruchu samopomocy, która poprzez postawy innych uczestników mobilizuje i motywuje innych członków wspólnoty do tego typu gestów.

Ryc. 5. Obchodzenie rocznicy abstynencji

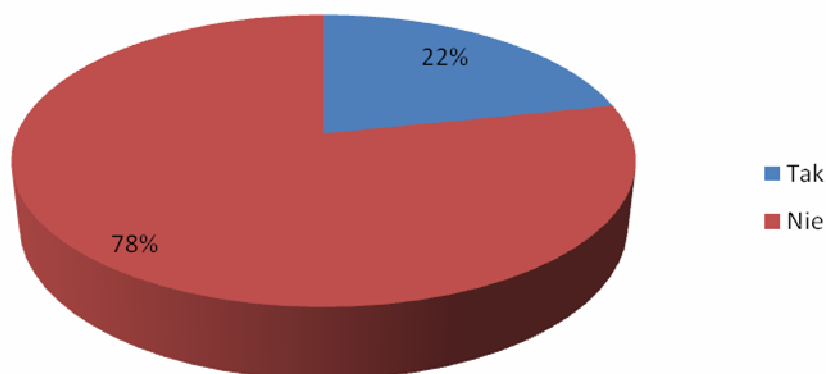


Strukturę respondentów ze względu na posiadanie sponsora przedstawia ryc. 6. Około co 3 uzależniony od alkoholu korzysta ze wsparcia sponsora. Wielu młodych uczestników mityngów Anonimowych Alkoholików nie wie, że taka możliwość istnieje, a nawet jeśli są tego świadomi, to często nie posiadają bardziej szczegółowej wiedzy na ten temat. Efektem tego jest to, że raczej osoby z dłuższą abstynencją posiadają sponsora. Są to często równocześnie jednostki, które są sponsorem dla innych członków ruchu samopomocy.



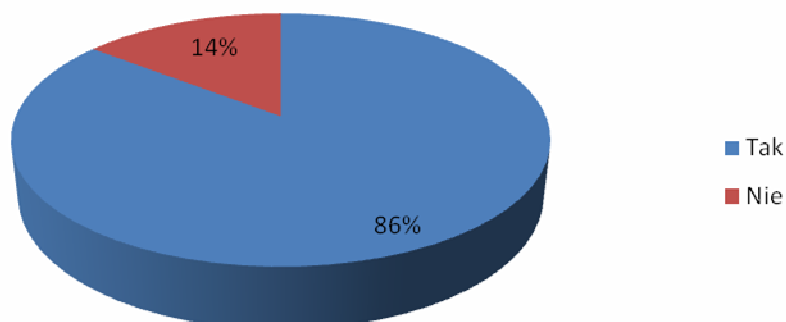
Strukturę respondentów ze względu na bycie sponsorem dla innego członka wspólnoty Anonimowych Alkoholików przedstawia ryc. 7. To, że tylko około co 5 osoba jest sponsorem dla innego członka ruchu samopomocy jest rezultatem tego, iż sponsor poza niezbędną długością abstynencji powinien posiadać pewne predyspozycje, cechy oraz atrybuty do pełnienia tej roli. Poza tym, idea sponsoringu wśród Anonimowych Alkoholików w Polsce jest znacznie mniej rozpowszechniona oraz mniej popularna niż w Stanach Zjednoczonych, gdzie narodziła się idea ruchu samopomocy.

Ryc. 7. Bycie sponsorem

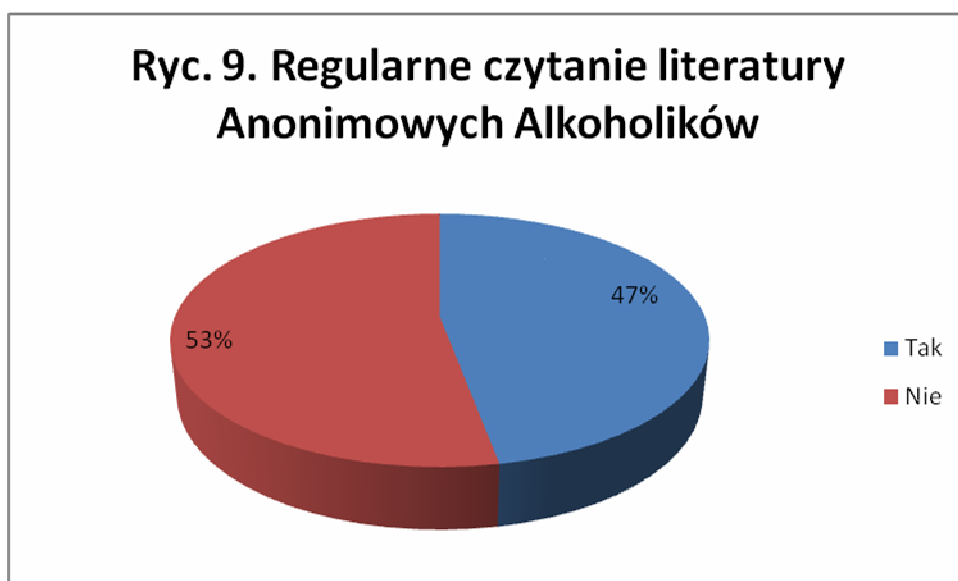


Strukturę respondentów ze względu na doznanie przebudzenia duchowego w wyniku uczestnictwa w spotkaniach wspólnoty Anonimowych Alkoholików przedstawia ryc. 8. w świetle tego, że Program 12 Kroków realizowany przez ruch samopomocy ma duchowy charakter tak duży odsetek badanych doznał przebudzenia duchowego w wyniku udziału w mityngach Anonimowych Alkoholików wydaje się czymś jak najbardziej uzasadnionym.

Ryc. 8. Doznanie przebudzenia duchowego



Strukturę respondentów ze względu na regularne czytanie literatury Anonimowych Alkoholików przedstawia ryc. 9. To, że mniej niż połowa badanych czyta regularnie literaturę Anonimowych Alkoholików może być efektem reguły dostępności. Na początku funkcjonowania ruchu samopomocy stanowiła ona rarytas, natomiast aktualnie jest ona powszechnie dostępna, więc może nie stanowić tak dużej wartości dla uczestników mityngów. Aktualnie funkcjonuje również znacznie większa ilość grup niż w przeszłości, dzięki czemu efektywne wsparcie może być częściej realizowane poprzez udział w mityngach, natomiast literatura może stanowić w tym względzie raczej uzupełnienie.



4.2. Zależności między zmiennymi

Do weryfikacji postawionych hipotez użyto pakietu statystycznego SPSS wersja 12. W zależności od tego w jakich skalach wyrażone zostały poszczególne zmienne zastosowano test χ^2 lub współczynniki korelacji r-Pearsona. Dla sprawdzenia czy dane zmienne są ze sobą bezpośrednio związane oraz która ze zmiennych niezależnych jest silniejszym predykatorem jakości życia zastosowano analizę regresji liniowej.

Relacje pomiędzy zmiennymi wyrażonymi w skalach ilorazowych zostały zaprezentowane w tab. 1. W tej tabeli numery poziome stanowią odzwierciedlenia zmiennych umieszczonych pionowo.

Zanotowano silną pozytywną zależność pomiędzy długością abstinencji i długością pobytu w ruchu samopomocy oraz związku o słabej sile pomiędzy długością abstinencji i częstotliwością prowadzonych mityngów oraz częstotliwością uczestnictwa w mityngach Anonimowych Alkoholików w perspektywie ostatniego roku (tab. 1).

Stwierdzono istnienie pozytywnej zależności o umiarkowanej sile pomiędzy długością abstinencji i częstotliwością przeżyć duchowych (tab. 1). Długość abstinencji, oraz długość pobytu w ruchu samopomocy były pozytywnie związane z satysfakcją z życia, a siła tych korelacji była umiarkowana. Długość abstinencji, tak samo jak długość pobytu w ruchu samopomocy nie była związana z afektem pozytywnym, natomiast analogicznie do relacji pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy i afektem negatywnym słabo negatywnie korelowała z afektem negatywnym (tab. 1). Długość pobytu w ruchu samopomocy była pozytywnie związana częstotliwością przeżyć duchowych oraz częstotliwością pobytu na mityngach Anonimowych Alkoholików, a siła tych korelacji była umiarkowana (Patrz Tab. 1). Zanotowano słabą dodatnią korelację pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy oraz częstotliwością prowadzonych mityngów (tab. 1).

Stwierdzono istnienie umiarkowanych, pozytywnych zależności pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych a satysfakcją z życia, częstotliwością pobytu na mityngach Anonimowych Alkoholików oraz częstotliwością ich prowadzenia (tab. 1). Zanotowano istnienie słabego, pozytywnego związku pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych i afektem pozytywnym oraz słabego negatywnego związku pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych i afektem negatywnym (tab. 1). Częstotliwość prowadzenia mityngów Anonimowych Alkoholików oraz pobytu na mityngach nie były związane z żadnym z trzech zastosowanych wskaźników jakości życia.

Wiek korelował pozytywnie z umiarkowaną siłą z satysfakcją z życia, z częstotliwością pobytu na mityngach, długością pobytu w ruchu samopomocy, długością abstinencji oraz częstotliwością przeżyć duchowych. Wiek nie był związany z afektem pozytywnym, natomiast słabo, negatywnie korelował z afektem negatywnym (tab. 1).

Wykształcenie nie było związane zarówno z częstotliwością przeżyć duchowych, jak i wszystkimi wskaźnikami jakości życia (tab. 1).

Poza obchodzeniem rocznicy abstinencji pozostałe elementy zaangażowania w ruch samopomocy nie były związane z długością abstinencji (tab. 2). Poza zależnością pomiędzy

przeżyciami duchowymi a utożsamieniem się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików, długością pobytu w ruchu samopomocy, częstotliwością pobytu na mityngach oraz częstotliwością prowadzenia mityngów pozostałe składowe zaangażowania w ruch samopomocy nie były związane z przeżyciami duchowymi (tab. 3).

Utożsamianie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików było związane z satysfakcją z życia (tab. 4). Pozostałe wskaźniki zaangażowania we wspólnotę Anonimowych nie były związane z żadną z zastosowanych miar jakości życia (tab. 4, 5, 6).

Tab. 1. Macierz korelacji ($n=70$).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Satysfakcja z życia									
2. Afekt pozytywny	0,15								
3. Afekt negatywny	-0,32**	-0,25*							
4. Pobyt na mityngach	0,07	0,06	-0,15						
5. Prowadzone mityngi	0,16	0,01	-0,03	0,44**					
6. Długość pobytu w AA	0,39**	0,09	-0,29*	0,39**	0,29*				
7. Długość abstynencji	0,50**	0,10	-0,26*	0,28*	0,27*	0,74**			
8. Przeżycia duchowe	0,34**	0,27*	-0,37**	0,35**	0,34**	0,40**	0,33**		
9. Wiek	0,38**	0,05	-0,27*	0,35**	0,22	0,57**	0,47**	0,45**	
10. Wykształcenie	-0,10	-0,14	0,06	-0,11	0,05	-0,15	-0,23	-0,16	-0,07

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Tab. 2. Abstynencja a zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików ($n=70$).

	chi kwadrat	df	Istotność
Utożsamienie się ze Wspólnotą AA	21,65	35	0,96
90 mityngów w 90 dni	42,13	35	0,19
Obchodzenie rocznicy abstynencji	56,67	35	0,01*
Posiadanie sponsora	35,60	35	0,44
Bycie sponsorem	37,55	35	0,35
Doznanie przebudzenia duchowego	40,05	35	0,25
Regularne czytanie literatury	32,81	35	0,57

* $p \leq 0,05$

Tab. 3. Przeżycia duchowe a zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików (n=70).

	chi kwadrat	df	Istotność
Utożsamienie się ze Wspólnotą AA	69,00	43	0,01*
90 mityngów w 90 dni	45,99	43	0,35
Obchodzenie rocznicy abstynencji	55,32	43	0,09
Posiadanie sponsora	44,51	43	0,41
Bycie sponsorem	48,92	43	0,25
Doznanie przebudzenia duchowego	48,82	43	0,25
Regularne czytanie literatury	40,57	43	0,53

* $p \leq 0,05$

Tab.4. Satysfakcja z życia a zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików (n=70).

	chi kwadrat	df	Istotność
Utożsamienie się ze Wspólnotą AA	21,32	7	0,03*
90 mityngów w 90 dni	10,61	7	0,98
Obchodzenie rocznicy abstynencji	11,50	7	0,11
Posiadanie sponsora	8,47	7	0,29
Bycie sponsorem	8,97	7	0,25
Doznanie przebudzenia duchowego	3,96	7	0,78
Regularne czytanie literatury	6,97	7	0,43
Korzystanie z porad psychologa	45,52	35	0,11

* $p \leq 0,05$

Tab. 5. Afekt pozytywny a zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików (n=70).

	chi kwadrat	df	Istotność
Utożsamienie się ze Wspólnotą AA	22,32	16	0,13
90 mityngów w 90 dni	19,82	16	0,22
Obchodzenie rocznicy abstynencji	12,23	16	0,72
Posiadanie sponsora	18,13	16	0,31
Bycie sponsorem	14,73	16	0,54
Doznanie przebudzenia duchowego	33,50	16	0,06
Regularne czytanie literatury	14,31	16	0,57

* $p \leq 0,05$

Tab. 6. Afekt negatywny a zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików

(n=70).

	chi kwadrat	df	Istotność
Utożsamienie się ze Wspólnotą AA	12,98	26	0,98
90 mityngów w 90 dni	18,07	26	0,87
Obchodzenie rocznicy abstynencji	35,54	26	0,10
Posiadanie sponsora	21,81	26	0,69
Bycie sponsorem	21,12	26	0,73
Doznanie przebudzenia duchowego	32,09	26	0,19
Regularne czytanie literatury	21,19	26	0,68

* $p \leq 0,05$

4.3. Analiza regresji liniowej

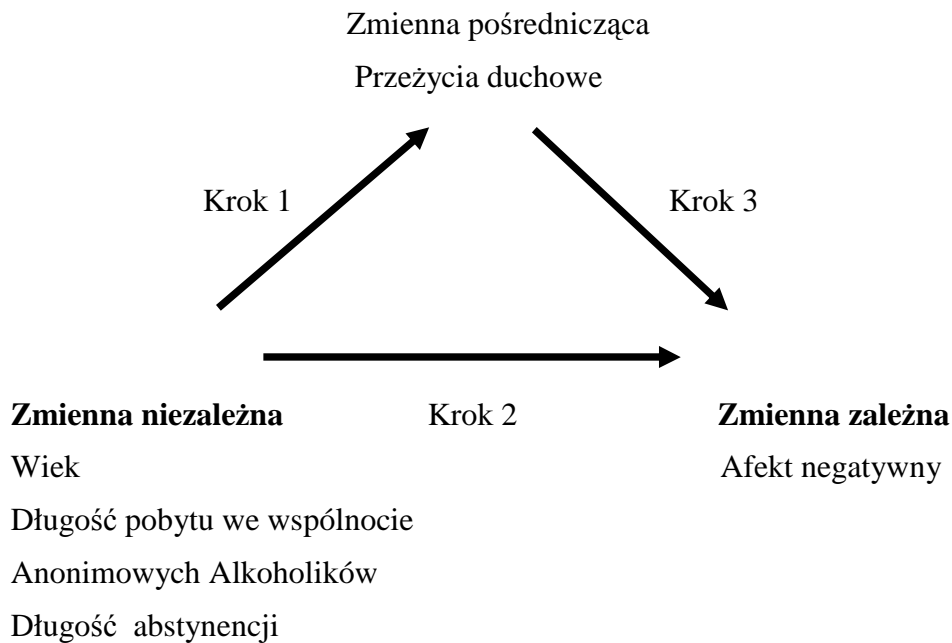
Zgodnie z modelem Barona i Kenny-ego (1986) dla sprawdzenia, które zmienne są pośrednio, a które bezpośrednio związane z jakością życia, jak również, która zmienna zależna jest silniejszym predyktorem zmiennej zależnej zastosowano analizę regresji.

Aby dowiedzieć, iż dana zmienna pełni rolę zmiennej pośredniczącej muszą być spełnione trzy warunki. Musi być ona związana ze zmienną zależną oraz zmienną niezależną. Jednocześnie zmienna zależna musi być związana ze zmienną niezależną. Wprowadzenie wszystkich trzech zmiennych do równania regresji powinno spowodować, że zmienna będąca mediatorem pozostaje nadal predyktorem zmiennej zależnej, podczas gdy uzyskana wcześniej istotna statystycznie zależność pomiędzy zmienną niezależną a zmienną zależną powinna zostać zredukowana do poziomu nieistotnego statystycznie (Baron, Kenny, 1986).

Kolejny etap weryfikacji postawionej hipotezy zakładał zastosowanie powyższej metody. Do równania regresji wprowadzono równocześnie po 3 zmienne (zmiennie niezależne w postaci wieku, długości abstinencji, długości pobytu w ruchu samopomocy; potencjalną zmienną pośredniczącą – przeżycia duchowe; zmienną zależną w postaci satysfakcji z życia oraz afektu negatywnego), których wzajemne związki zweryfikowano na wcześniejszym etapie analizy, bazując na obliczonych współczynnikach korelacji parami (Patrz tab. 1). Model ze zmiennymi pośredniczącymi weryfikowano dla dwóch wskaźników jakości życia: satysfakcji z życia oraz afektu negatywnego.

Po wprowadzeniu do równania regresji zmiennych takich jak wiek, długość abstinencji, długość pobytu w ruchu samopomocy, przeżycia duchowe oraz satysfakcji z życia jako zmiennej zależnej predyktorem satysfakcji z życia pozostały długość abstinencji ($\beta = 0,404$; $F = 20,41$; $p < 0,01$) oraz przeżycia duchowe ($\beta = 0,272$; $F = 13,68$; $p < 0,01$), podczas gdy siła związków pomiędzy wiekiem oraz długością pobytu w ruchu samopomocy a satysfakcją z życia uzyskanych na etapie korelacji parami (patrz tab. 1) została zredukowana do poziomu nieistotnego statystycznie odpowiednio ($\beta = 0,116$; $p = 0,380$), oraz ($\beta = 0,054$; $p = 0,746$). Oznacza to, iż w przypadku Anonimowych Alkoholików wraz ze wzrostem wieku oraz długości pobytu w ruchu samopomocy idzie w parze z dłuższe utrzymywanie abstinencji oraz częstsze doświadczanie przeżyć duchowych, dzięki czemu w konsekwencji są oni bardziej usatysfakcjonowani z życia (schemat 1).

Schemat. 2. Model ze zmienną pośredniczącą w przypadku afektu negatywnego jako wskaźnika jakości życia.



4.4. Weryfikacja hipotez badawczych

Hipoteza 1

W celu weryfikacji hipotezy zerowej zakładającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a długością abstynencji został zastosowany współczynnik korelacji r-Pearsona oraz test χ^2 , w zależności od tego, w jakiej skali został wyrażony dany wskaźnik zaangażowania w ruch samopomocy. Hipoteza zerowa została w pewnej mierze potwierdzona. Z jednej strony utożsamienie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików, doświadczenie przebudzenia duchowego, regularne czytanie literatury, zastosowanie zasady „90 mityngów w 90 dni”, posiadanie sponsora oraz bycie sponsorem dla innego członka ruchu samopomocy nie było skorelowane z długością abstynencji (tab. 2). Z drugiej strony długość pobytu w ruchu samopomocy, obchodzenie rocznicy abstynencji, jak również częstotliwość uczestnictwa na mityngach oraz częstotliwość ich prowadzenia były pozytywnie związane z długością abstynencji (tab. 1,2).

Hipoteza 2

W celu weryfikacji hipotezy zerowej zakładającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy długością abstinencji a częstotliwością przeżyć duchowych został zastosowany współczynnik korelacji r-Pearsona, używany jako miara siły związku pomiędzy dwiema zmiennymi wyrażonymi na skali interwałowej lub ilorazowej. Znaleziono przesłanki do odrzucenia hipotezy zerowej, co oznaczało, że pomiędzy długością abstinencji i częstotliwością przeżyć duchowych istnieje pozytywna zależność (tab. 1). Im dłuższą abstinencję posiadają osoby uzależnione uczęszczające na mityngi ruchu samopomocy, tym częściej doświadczają przeżyć duchowych.

Hipoteza 3

Dla sprawdzenia prawdziwości hipotezy zerowej zakładającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy zaangażowaniem w ruch samopomocy częstotliwością przeżyć duchowych użyto współczynnika korelacji r-Pearsona oraz test χ^2 , w zależności od tego, w jakiej skali został wyrażony dany wskaźnik zaangażowania w ruch samopomocy. Hipoteza zerowa została w pewnej mierze potwierdzona. Obchodzenie rocznicy abstinencji, doświadczenie przebudzenia duchowego, regularne czytanie literatury, zastosowanie zasady „90 mityngów w 90 dni”, posiadanie sponsora oraz bycie sponsorem dla innego członka ruchu samopomocy nie było związane z długością abstinencji (tab. 3). Pobyt w ruchu samopomocy, utożsamienie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików, jak również częstotliwość uczestnictwa na mityngach oraz częstotliwość ich prowadzenia były pozytywnie związane z częstotliwością przeżyć duchowych (tab. 1,3).

Hipoteza 4

Dla weryfikacji hipotezy zerowej zakładającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a jakością życia został zastosowany współczynnik korelacji r-Pearsona oraz test χ^2 , w zależności od tego, w jakiej skali został wyrażony dany wskaźnik zaangażowania w ruch samopomocy. Hipoteza zerowa została odrzucona. Tylko utożsamianie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików było związane z satysfakcją życia. Poza tym, długość pobytu w ruchu samopomocy była pośrednio związana z satysfakcją z życia oraz afektem negatywnym (tab. 1). Inne wskaźniki

zaangażowania w ruchu samopomocy nie były związane ani z poznawczym, ani afektywnymi wskaźnikami jakości życia (tab. 1,4).

Hipoteza 5

Dla sprawdzenia prawdziwości hipotezy zerowej stwierdzającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy długością abstynencji a jakością życia zastosowano współczynnik korelacji r-Pearsona oraz analizę regresji liniowej. Hipoteza zerowa została tylko w pewnej mierze potwierdzona. Długość abstynencji była predykatorem satysfakcji z życia (tab. 1). Zmienna ta była również pośrednio związana z jednym z afektywnych wskaźników jakości życia w postaci afektu negatywnego. Nie zanotowano związku pomiędzy długością abstynencji a afektem pozytywnym.

Hipoteza 6

W celu weryfikacji hipotezy zerowej zakładającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych i jakością życia został zastosowany współczynnik korelacji r-Pearsona oraz analiza regresji liniowej. Znalezione przesłanki do odrzucenia hipotezy zerowej. Odnotowano pozytywne zależności pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych a wszystkimi użytymi wskaźnikami jakości życia zarówno tymi, które mają poznawczy, jak i tymi które mają emocjonalny charakter w postaci satysfakcji z życia oraz pozytywnego i negatywnego afektu.

Hipoteza 7

W celu weryfikacji hipotezy zerowej zakładającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy wiekiem i częstotliwością przeżyć duchowych został zastosowany współczynnik korelacji r-Pearsona. Znalezione przesłanki do odrzucenia hipotezy zerowej. Odnotowano pozytywne zależności pomiędzy wiekiem i częstotliwością przeżyć duchowych, co oznaczało, że starsi członkowie wspólnoty Anonimowych Alkoholików częściej doświadczają przeżyć duchowych niż im młodsi odpowiednich.

Hipoteza 8

Dla sprawdzenia prawdziwości hipotezy zerowej stwierdzającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy wykształceniem i częstotliwością przeżyć duchowych został zastosowany współczynnik korelacji r-Pearsona. Hipoteza zerowa została potwierdzona. Okazało się, że wśród członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików wykształcenie nie jest skorelowane z częstotliwością przeżyć duchowych.

Hipoteza 9

W celu weryfikacji hipotezy zerowej zakładającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy wykształceniem i satysfakcją z życia został zastosowany współczynnik korelacji r-Pearsona. Hipoteza zerowa została potwierdzona. Okazało się, że wśród członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików wykształcenie nie jest związane z satysfakcją z życia.

Hipoteza 10

W celu weryfikacji hipotezy zerowej zakładającej brak istotnego statystycznie związku pomiędzy wykształceniem i emocjonalnymi miarami jakości życia w postaci afektu pozytywnego oraz afektu negatywnego zastosowano współczynnik korelacji r-Pearsona. Hipoteza zerowa została potwierdzona. Okazało się, że wśród członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików wykształcenie nie jest związane zarówno z afektem pozytywnym, jak i afektem negatywnym.

Rozdział V. Dyskusja

Poza jedną osobą wszyscy badani utożsamiali się z wspólnotą Anonimowych Alkoholików. Inni uzależnieni od alkoholu, którzy wcześniej uczestniczyli w mityngach, a aktualnie nie utożsamiają się z ruchem samopomocy prawdopodobnie przestali uczęszczać na spotkania pozostając abstynentami poprzez korzystanie z innych sposobów lub nie utrzymali abstynencji i „powrócili do picia”. Anonimowi Alkoholicy nie prowadzą statystyk, co utrudnia oszacowanie odsetka osób pozostających we wspólnocie w dłuższej perspektywie czasowej. Z obserwacji długoletnich członków grup samopomocy wynika, że po pierwszym lub kilku pierwszych pobytach na mityngach we wspólnocie pozostaje około 30% uzależnionych. Zaletą Anonimowych Alkoholików jest ich egalitarny charakter. Na mityngach mogą pojawić się różne osoby niezależnie od ich wieku, płci, wykształcenia, pochodzenia, rasy, wyznania religijnego, światopoglądu, statutu materialnego czy poglądów politycznych.

Zgodnie z poglądami uczestników spotkań grup samopomocy kluczowymi elementami decydującymi o jego popularności i powszechności jest jego uniwersalny charakter, możliwość decydowania o własnym losie, brak krytyki oraz oceny ze strony innych uczestników spotkań, wizja szczęśliwego życia przekazywana na mityngach, nadzieja na zachowanie abstynencji oraz wsparcie w odkrywaniu sensu życia.

Zgodnie z dotychczasowymi wynikami badań dłuższemu pobytowi w ruchu samopomocy, podobnie jak dłuższej abstynencji oraz zaangażowaniu w realizację Programu Dwunastu Kroków towarzyszy wyższy poziom nadziei Anonimowych Alkoholików (Wnuk, 2008). Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików sprzyja odkrywaniu sensu życia przez jej członków (Wnuk, 2006). Dzięki pobytowi w ruchu samopomocy kształtują oni umiejętność odnajdywania sensu dziejących się wydarzeń, uzależnienia z którym się borykają oraz wszystkich problemów, kłopotów, barier i trudności, które niesie ze sobą proces zdrowienia z alkoholizmu.

Otrzymane rezultaty dowiodły, iż ci uzależnieni, którzy utożsamiają się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików są bardziej zadowoleni z życia. Większość z nich przejawia ogromną wdzięczność wobec wspólnoty Anonimowych Alkoholików oraz jej członków. Prawdopodobnie jest to między innymi skutkiem realizacji potrzeb, które w trakcie „picia” były deprivowane. Dzięki udziałowi w spotkaniach członkowie ruchu samopomocy mają możliwość spełniania wielu potrzeb takich jak potrzeba bezpieczeństwa, potrzeba

przynależności, potrzeba identyfikacji, potrzeba szacunku do samego siebie, potrzeba wsparcia, potrzeba leczenia choroby (Zaworska -Nikoniuk 2001). Atmosfera otwartości oraz przyjazności panująca na mityngach powoduje poczucie komfortu oraz wewnętrznego spokoju. Dodatkowym elementem sprzyjającym realizacji potrzeby bezpieczeństwa są zasady panujące na mityngu, które zakazują przerywania wypowiedzi, komentowania jej, oceniania oraz krytykowania. Każdy jest tak samo wysłuchany niezależnie od długości abstynencji oraz długości pobytu we wspólnocie. Spełnianie potrzeby przynależności jest możliwe dzięki przeświadczeniu o byciu elementem całości, jaką stanowi wspólnota, odniesieniu do jej genezy, historii, oraz ciągłości, czyli wartości przekazywanych przez innych uczestników mityngów. Przekonanie o posiadaniu własnego indywidualnego wkładu w jej rozwój rodzi poczucie bycia potrzebnym, bycia kimś ważnym i wyjątkowym. Pełnienie pewnych służb w ramach funkcjonowania wspólnoty nie tylko wzmacnia poczucie własnej skuteczności, ale zacieśnia również więzi z innymi uzależnionymi. Zgodnie z wynikami badań samorealizacja osób uzależnionych będących członkami Domu Oksfordzkiego realizujących Program 12 Kroków dokonuje się w oparciu o kilka czynników. Jednym z nich jest poczucie wspólnoty. W obrębie tego czynnika 22% badanych deklorowało przynależność do innych jednostek podobnych do siebie, dla 12% było to wzajemne dzielenie się problemami, natomiast dla 6% były to odpowiednio przyjaźń oraz identyfikacja z jednostkami podobnymi do siebie (Nealon-Woods i wsp., 1995).

Wspólnota doświadczeń związanych z rozwojem uzależnienia pozwala na identyfikację z innymi uczestnikami mityngów. Odkrycie podobieństw w stosunku do innych osób uzależnionych daje przeświadczenie o braku konieczności borykania się ze swoją przypadłością w samotności, zwiększając tym samym szansę na powodzenie w utrzymywaniu abstynencji oraz dążeniu do „trzeźwości”. Każdy uzależniony może liczyć na wsparcie ze strony innych. Może ono mieć różną formę począwszy od wysłuchania i okazania empatii, a skończywszy na wymianie doświadczeń i przekazaniu sugestii dotyczących radzenia sobie z problemami oraz trudnościami dnia codziennego. Zgodnie z rezultatami badań poczucie altruizmu wobec innych jako jeden z czynników samorealizacji członków Domu Oksfordzkiego przejawiało się u 16% badanych w satysfakcji z pomocy innym, natomiast u 9% w woli do poświęcenia swojego wolnego czasu dla innych (Nealon-Woods i wsp., 1995). Sformalizowany sposób na udzielanie wsparcia w ramach grup samopomocy stanowi sponsoring. Sponsor nadzoruje realizację przez swojego podopiecznego Programu 12 Kroków pozwalając mu właściwie zrozumieć oraz wdrożyć w życie zawarte w nim sugestie. Badania

potwierdzają istotną rolę sponsora wśród członków Domu Oksfordzkiego. Dla 44% z nich praca ze sponsorem oraz praca nad poszczególnymi krokami z Programu 12 Kroków były korzyściami płynącymi z jego realizacji (Nealon-Woods i wsp., 1995).

Podczas mityngów mających formalny charakter oraz wielu nieformalnych spotkań, czyli różnych zjazdów, zlotów trzeźwości, koncertów, oraz innych imprez trzeźwościowych osoby uzależnione pozyskują wiedzę na temat własnego uzależnienia, rozwoju procesu chorobowego, sposobów utrzymywania abstynencji, radzenia sobie z problemami oraz trudnościami bez pomocy alkoholu oraz możliwości osiągnięcia satysfakcjonującego życia.

Rozwój sfery religijno-duchowej jest kluczowym elementem zawartym w filozofii Anonimowych Alkoholików odzwierciedlonej w zasadach Programu 12 Kroków. Kładzie ona nacisk na rozwój duchowy w oparciu o trzy główne aspekty: relacje do siebie samego, „Siły Wyższej” jakkolwiek jest ona rozumiana oraz innych ludzi i świata. Przeprowadzone badania potwierdziły, że utożsamienie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików sprzyja doświadczaniu przeżyć duchowych. Oznacza to, że utożsamieniu się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików towarzyszy odczucie obecności Boga, czerpanie z tego faktu radości, siły, pokoju i równowagi, poczucie pomocy i przewodnictwa z jego strony, doświadczanie jego miłości bezpośrednio lub poprzez innych ludzi, akceptacja innych osób niezależnie od tego co robią, poczucie połączenia z własnym życiem, poczucie poruszenia pięknem otaczającego świata oraz bezinteresowna opieką nad innym.

Przeżycia duchowe mogą być skutkiem realizacji wartości, które mają zarówno religijny, jak i świecki charakter. Egzemplifikacją tej tezy jest wspólnota Anonimowych Alkoholików wśród, której rozwój duchowy poza świeckim kontekstem opiera się również na bazie aktywności o charakterze religijnym (Wnuk, 2009). W zależności od danego aspektu religijności zależności pomiędzy obiema zmiennymi są albo silne albo umiarkowane (Wnuk, 2009).

Dotychczasowe badania potwierdzają istotną rolę rozwoju religijno-duchowego dla funkcjonowania we wspólnocie Anonimowych Alkoholików. W jednym z badań religijność była jednym z dwóch najważniejszych predyktorów zaangażowania w ruch samopomocy (Mankowski i wsp., 2001). W innym projekcie badawczym duchowość była korelatem zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików (Magura i wsp., 2003). Badania podłużne wśród uzależnionych od alkoholu uczestniczących w terapii opartej na Programie 12 Kroków dowiodły wzrostu duchowości w 12 tygodniu terapii w porównaniu z momentem jej

rozpoczęcia (Brown i wsp., 2007). Uczestnictwo w mityngach Anonimowych Alkoholików daje osobom uzależnionym możliwość odwołania się do wartości religijno-duchowych, które ze względu na totalny charakter choroby alkoholowej poprzez zepchnięcie wszelkiej aktywności niezwiązanej z pozyskiwaniem alkoholu oraz intoksykacją alkoholową zostały zepchnięte na margines. Udział w mityngach Anonimowych Alkoholików stanowi dla osób uzależnionych szansę dla rozwoju sfery religijno-duchowej. Przeprowadzone badania potwierdziły, iż przebudzenie duchowe jest ważnym elementem funkcjonowania w ruchu samopomocy. Doznanie przebudzenia duchowego w wyniku uczestnictwa w ruchu samopomocy deklarowało 85,5% badanych. Otrzymane wyniki były spójne z rezultatami badań zrealizowanych wśród członków Domu Oksfordzkiego spośród których 43% nie wierzyło w duchowość zanim trafiło do wspólnoty Anonimowych Alkoholików (Nealon-Woods i wsp., 1995). Zgodnie z badaniami Tobacyka (za: Niewiadomska, 2001) przeżycie religijnego nawrócenia, skutkuje trwałą zmianą zachowań po przeżyciu religijnym (89,5%), doświadczeniu większej kontroli nad własnym życiem (62%), pozytywną zmianą stosunku do rodziny i przyjaciół (75,5%), jak również większym zadowoleniem z siebie i akceptacją życia.

Badania potwierdziły, że innymi aspektami zaangażowania w ruch samopomocy sprzyjającymi przeżyciom duchowym jest długość pobytu we wspólnocie Anonimowych Alkoholików, jak również uczestnictwo w mityngach oraz ich prowadzenie. Oznacza to, że dzięki pobytowi na spotkaniach Anonimowych Alkoholików oraz ich prowadzeniu osoby uzależnione częściej odczuwają obecność Boga, czerpiąc z tego faktu radość, siłę, pokój, równowagę, poczucie pomocy i przewodnictwa, częściej akceptują innych, częściej mają poczucie połączenia z własnym życiem, częściej doświadczają piękna otaczającego świata oraz bezinteresowną opiekę nad innymi. Zgodnie z otrzymanymi wynikami dłuższy pobyt w ruchu samopomocy jest pozytywnie związany z częstotliwością pobytu na mityngach oraz częstotliwością ich prowadzenia. Dotychczasowe badania potwierdzają zależność pomiędzy ilością mityngów a zaangażowaniem w ruch samopomocy. W perspektywie krótkoterminowej wynoszącej 10 tygodni Caldwell i Cutter (1998) stwierdzili różnicę pomiędzy badanymi którzy bardzo często brali udział w mityngach w porównaniu z tymi, którzy uczestniczyli w nich przeciętnie i rzadko. Ci ostatni byli mniej skłonni zaakceptować „Siłę Wyższą”, rzadziej kontaktowali się z innymi członkami ruchu samopomocy oraz identyfikowali się z nimi, rzadziej czytali zalecaną literaturę oraz z mniejszym komfortem dzielili się swoimi przeżyciami podczas mityngów. Grupa uczestniczących najczęściej w spotkaniach wspólnoty Anonimowych Alkoholików wykazywała większą akceptacją bezsilności wobec alkoholu,

częstszy kontakt ze sponsorem oraz częstsze posiadanie pozytywnych uczuć związanych z prywatną inwenturą moralną.

Wraz ze wzrostem wieku, pobytu we wspólnocie Anonimowych Alkoholików oraz długości abstynencji wzrasta uczestnictwo w mityngach osób uzależnionych od alkoholu. Nie ma ono związku z jakością życia. Powyższe wyniki są spójne z dotychczasowymi rezultatami badań poprzecznych, w których częstotliwość pobytu na mityngach była pozytywnie związana z zachowywaniem abstynencji (Miller i wsp., 1999; Richar wsp., 2004; Moggi i wsp., 1999; Herringer, Johnsen, 2000). Prawidłowość ta została potwierdzona również w badaniach mających podłużny charakter, w których jeden rok po rozpoczęciu leczenia pozytywnymi korelatami abstynencji była między innymi ilość mityngów (Johnson i wsp., 2006). Wydaje się, że dla utrzymania abstynencji wzrost liczby mityngów w dłuższej perspektywie czasowej nie jest konieczny. Można przypuszczać, że częstszy pobyt na mityngach jest spowodowany innym powodem niż zachowanie abstynencji. Mellibruda (1995) dzieli proces trzeźwienia na trzy etapy podlegające pewnej dynamice począwszy od oczyszczania organizmu z obecności alkoholu, poprzez trzeźwość rozumianą jako uczenie się sztuki dobrego życia bez alkoholu, a skończywszy na trzeźwości jako cnocie i postawie życiowej, nie mającej wcale związku z alkoholem. Zgodnie z przytoczonym podziałem abstynencja jest celem autotelicznym na pierwszym etapie „zdrowienia”, podczas, gdy na kolejnych etapach jest ona traktowana jako wartość instrumentalna oraz warunek konieczny, ale niewystarczający do jej osiągnięcia. Częstszy pobyt na mityngach idący w parze z dłuższym pobytem w ruchu samopomocy oraz utrzymywaniem abstynencji można wyjaśnić w kategoriach dążenia osób uzależnionych do osiągnięcia trzeźwości jako cnoty oraz preferowanego stylu życia zgodnie z filozofią Anonimowych Alkoholików. W tym wypadku pobyt na spotkaniach Anonimowych Alkoholików spełnia inne funkcje związane z większym zaangażowaniem w ruch samopomocy będąc sposobem na spotkanie się w wybranym gronie osób, podzielenia się wrażeniami oraz doświadczeniami dnia codziennego, daje możliwość wyciszenia, zdystansowania się do otaczającego świata, czy zastanowienia się nad samym sobą. Uczestnictwo w mityngach można potraktować jako pożyteczny sposób na spędzanie wolnego czasu, który szczególnie w przypadku osób starszych zastępuje im ich wcześniejszą aktywność zawodową, ograniczone kontakty z rówieśnikami oraz pełnienie pewnych ról społecznych. Należy pamiętać, że filozofia życia oraz wartości rozpowszechnione przez wspólnotę Anonimowych Alkoholików są raczej rozbieżne z hedonistycznymi wartościami preferowanymi w dzisiejszym społeczeństwie, w którym dążenie do przyjemności wydaje się

być jednym z najważniejszych elementów funkcjonowania. Rozdziwiek między powyższymi perspektywami, który może się pogłębiać wraz z długością pobytu w ruchu samopomocy sprawia przypuszczalnie, że dla niektórych osób uzależnionych od alkoholu jedyną grupą odniesienia staje się wspólnota Anonimowych Alkoholików. W jej obrębie ma wówczas miejsce większość relacji społecznych, strukturę wsparcia stanowią w większości inni Anonimowi Alkoholicy, a czas wolny jest spędzany prawie wyłącznie w ich towarzystwie, podobnie jak wypoczynek i zabawa. W niektórych przypadkach można mieć wrażenie, że dana jednostka prezentuje pewien rodzaj niedostosowania społecznego, który jest widoczny poprzez trudności w funkcjonowaniu poza ruchem samopomocy.

Zgodnie z otrzymanymi wynikami dłuższemu pobytowi w ruchu samopomocy towarzyszy dłuższa abstynencja. Są one zgodne z rezultatami dotychczasowych badań, w których uczestnictwo w mityngach Anonimowych Alkoholików było pozytywnie związane z abstynencją Witbrodt i Kaskutas, 2005; Tonigan i wsp., 1996; Wnuk, 2006; Owen i wsp., 2003). W badaniach przeprowadzonych przez Bronowskiego (1997) udział we wspólnocie Anonimowych Alkoholików okazał się jedynym predykatorem utrzymywania abstynencji. Oznacza to, że pobyt we wspólnocie Anonimowych Alkoholików sprzyja utrzymywaniu trwałej abstynencji stanowiąc czynnik protekcyjny wobec jej zaprzestania. Z drugiej strony uczestnictwo w mityngach nie stanowi pełnej gwarancji utrzymania abstynencji, a raczej zwiększa znacząco szansę na jej zachowanie. Istnienie tego związku można wyjaśnić w oparciu o „mechanizm kontroli społecznej” funkcjonujący w grupach samopomocy. Jej źródłem są inni członkowie ruchu samopomocy, którzy zachęcają oraz motywują pozostałych uczestników mityngów do utrzymywania abstynencji. Oddziaływania te stanowią swoistego rodzaju presję, która w szczególności w trudnych chwilach, kiedy pojawia się pokusa zerwania z abstynencją poprzez pozytywne odniesienia do wspólnoty oraz obawę przez krytyką i ostracyzmem jej członków sprzyjają zachowaniu wstrzeźliwości od alkoholu. Dowodem słuszności tej tezy jest poczucie wstydu i zażenowania dostrzegalne u osób, które wracają na mityngi po zerwaniu abstynencji. Pomimo tego, że pozostali uczestnicy mityngu deklarują otwartość wobec nich, można zaobserwować dezaprobatę wobec ich zachowania, która często jest wyrażona w zawołowanej formie.

Niezgodnie z wynikami wcześniejszych badań (Cloud i wsp., 2004) okazało się, że utożsamianie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików nie zwiększa prawdopodobieństwa pozostawania w abstynencji. Spośród pozostałych wskaźników

zaangażowania w ruch Anonimowych Alkoholików poza rocznicą obchodzenia abstynencji żaden z nich nie korelował z abstynencją, co w znacznej mierze było niespójne z dotychczasowymi badaniami, gdzie korelatami abstynencji było posiadanie sponsora (Crape i wsp., 2002; Kaskutas i wsp., 2005; Witbrodt, Kaskutas, 2005; Sheeren, 1988; Johnson i wsp., 2006), bycie sponsorem dla innego uczestnika spotkań grup samopomocy (Crapei wsp., 2002) oraz regularne czytanie literatury Anonimowych Alkoholików (Johnson i wsp., 2006).

Brak zależności pomiędzy zmiennymi stanowiącymi o zaangażowaniu w ruch samopomocy i długością abstynencji można wyjaśnić dwojako. Z jednej strony może być za to odpowiedzialny wspomniany wcześniej mechanizm kontroli społecznej, który ulega wzmocnieniu i utrwaleniu poprzez wzrost udziału w mityngach. Dzięki niemu sam pobyt na spotkaniu ruchu samopomocy może być wystarczającym powodem do pozostawania w abstynencji wzmacniając poprzez mechanizm kontroli społecznej motywację do jej zachowania. W tym kontekście inne elementy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików są raczej odpowiedzialne za rozwój duchowy oraz przebieg procesu powrotu do zdrowia.

Powodem w rozbieżności wyników badań może być specyfika ruchu samopomocy w Polsce w porównaniu z innymi krajami. W porównaniu z kolebką wspólnoty Anonimowych Alkoholików, czyli Stanami Zjednoczonymi jej historia w Polsce jest o ponad połowę krótsza. O ile literatura Anonimowych Alkoholików w Polsce stanowiąca „rarytas” w latach osiemdziesiątych jest obecnie powszechnie dostępna, to sponsoring jako dodatkowa forma wsparcia jest w Polsce rzadszy niż w Stanach Zjednoczonych. Co prawda sama idea sponsoringu jest żywa w ruchu samopomocy, jednak jest rzadziej wykorzystywana zarówno ze względu na brak zapotrzebowania na tego typu formę wsparcia wśród rozpoczynających swoje trzeźwienie jak i z powodu braku odpowiedniej liczby kandydatów na sponsorów. Dodatkowo bycie sponsorem jest obwarowane spełnianiem pewnych wymogów. Poza długością abstynencji do pełnienia tej roli są potrzebne dodatkowo inne właściwości (Grupa AA, 2003).

Przeprowadzone badania potwierdziły zależności pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych i długością abstynencji. Osoby zachowujące trzeźwość mają tendencję do nawiązywania bliskiej więzi z „Siłą Wyższą”, przebaczenia sobie oraz innym ludziom, rozwijania satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi, poczucia bycia częścią pewnej uniwersalnej całości oraz cieszenia się pięknem otaczającego świata. Otrzymane rezultaty są

spójne z wynikami wcześniejszych badań (Brown i wsp., 2007; Polcin, Zemore, 2004). Badania podłużne wśród uzależnionych od alkoholu uczestniczących w terapii opartej na Programie 12 Kroków dowiodły, że wraz z utrzymywaniem abstynencji idzie w parze wzrost duchowości (Brown i wsp., 2007). Dotychczas tylko w jednym projekcie badawczym ani religijność ani wiara w Siłę Większą nie były związane z abstynencją wśród 4 grup osób uzależnionych korzystających z czterech form terapii (Atkins, Hawdon, 2007). Wielu z członków ruchu samopomocy rozwija swoją duchowość poprzez aktywne uczestnictwo we wspólnocie religijnej. Zaangażowanie w tradycyjne formy religijności wśród tej specyficznej grupy może być elementem kontroli społecznej korzystnym z perspektywy powrotu do zdrowia zachęcając ich do aktywności prospołecznych i prozdrowotnych, natomiast piętnując zachowania i postawy dewiacyjne i antyzdrowotne. Wcześniejsze badania potwierdziły, że poza przeżyciami duchowymi zmienne religijne takie jak częstotliwość modlitwy, siła wiary religijnej oraz religijność motywowana wewnętrznie sprzyjają zachowywaniu abstynencji. Właśnie czynnik kontroli społecznej może być odpowiedzialny za przytoczoną zależność, tym bardziej, że wstrzeźliwość oraz nienadawywanie alkoholu są istotnym elementem religii katolickiej, która jest wiodącym wyznaniem w Polsce (Wnuk, 2010).

Mimo trwających debat na temat tego, czy abstynencję można potraktować, jako element wystarczający w powrocie do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu nadal wskaźnik ten jest traktowanych jako główny wyznacznik procesu zdrowienia (Owen, Marlatt, 2001). Według filozofii upowszechnianej przez Anonimowych Alkoholików abstynencja jest czynnikiem koniecznym, choć niewystarczającym do poprawy funkcjonowania psychicznego, duchowego i społecznego (Anonimowi Alkoholicy, 2001). Przeprowadzone badania częściowo potwierdzają powyższą tezę. W zależności od zastosowanego wskaźnika jakości życia abstynencja była związana z tą zmienną pośrednio, bezpośrednio albo w ogóle. Nie zanotowano zależności pomiędzy długością abstynencji a pozytywnym afektem. Anonimowi Alkoholicy, którzy są starsi, dłużej przebywają w ruchu samopomocy oraz dłużej utrzymują abstynencję częściej doświadczają przeżyć duchowych, które z kolei są źródłem ich mniejszego poziomu afektu negatywnego.

Wśród Anonimowych Alkoholików wraz ze wzrostem wieku oraz długości pobytu w ruchu samopomocy idzie w parze dłuższe utrzymywanie abstynencji oraz częstsze doświadczanie przeżyć duchowych, dzięki czemu w konsekwencji są oni bardziej usatysfakcjonowani z życia.

Wśród Anonimowych Alkoholików częstsze przeżycia duchowe sprzyjają satysfakcji z życia, mniejszemu poziomowi afektu negatywnego oraz większemu poziomowi afektu pozytywnego. Oznacza to, że bliska więź z Bogiem, której towarzyszy poczucie radości, pokoju oraz równowagi, doświadczenie jego miłości, akceptacja i otwartość wobec innych ludzi, poczucie połączenia z własnym życiem, podziw dla piękna otaczającej rzeczywistości oraz bezinteresowna opieka nad innymi mają odzwierciedlenie w jakości życia Anonimowych Alkoholików. Przeżycia duchowe były jedyną zmienną konsekwentnie związaną z wszystkimi badanymi aspektami jakości życia zarówno tymi które mają poznawczy, jak i tymi, które mają emocjonalny charakter. Świadczy to o tym, iż ich obecność odgrywa istotną rolę dla obu aspektów ich jakości życia. Dzięki temu członkowie ruchu samopomocy oceniają swoje życie jako bardziej satysfakcjonujące oraz deklarują rzadszą obecność negatywnych emocji oraz częstsze występowanie emocji o znaku dodatnim. Otrzymane rezultaty są zbieżne z wcześniejszymi badaniami podkreślającymi ważną rolę duchowości dla kształtowania jakości życia uzależnionych od alkoholu niezależnie od zastosowanych narzędzi badawczych oraz operacjonalizacji obu pojęć (Corrington, 1989; Laudet i wsp., 2006; Tonigan i wsp., 1996; Wnuk, 2006). Są one spójne z modelem Galantera (2007) zgodnie z którym zaangażowanie we Wspólnotę Anonimowych Alkoholików oraz aktywność sfery duchowej stanowią kluczowe czynniki dla jakości życia Anonimowych Alkoholików.

Alkoholizm jest traktowany jako choroba holistyczna mająca wielowymiarowy charakter, której konsekwencje ujawniają się w fizycznej, społecznej, psychicznej oraz duchowej sferze życia. W procesie trzeźwienia najszybsze zmiany zachodzą w sferze fizycznej bez potrzeby ingerencji w pozostałe aspekty funkcjonowania. Aby do tego doszło wystarczy utrzymywać abstynencję. Biorąc pod uwagę tylko i wyłącznie fizyczną kondycję organizmu abstynencja wydaje się warunkiem wystarczającym do optymalnego funkcjonowania, ale tylko w tym obszarze. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami kluczem do uzdrowienia pozostałych sfer życia jest rozwój duchowy, dzięki któremu osoby uzależnione mają możliwość poprawy relacji z „Siłą Wyższą”, innymi ludźmi oraz sobą samymi. Jak pokazały wyniki badań poza zachowaniem abstynencji, która jest czynnikiem koniecznym i niezbędnym do osiągnięcia tego celu dodatkowym elementem wspierającym jego realizację jest zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików. Badania potwierdziły, że kluczem do poprawy funkcjonowania psychicznego osób uzależnionych od alkoholu korzystających ze wsparcia ruchu samopomocy są przeżycia duchowe, które sprzyjają ich jakości życia. Jest to zbieżne z potocznymi przekonaniem członków wspólnoty

Anonimowych Alkoholików wyartykułowanymi w ich filozofii (Anonimowi Alkoholicy, 2001).

Rozdział VI. Wnioski

1. Im dłuższą abstinencję posiadają osoby uzależnione i im częściej doświadczają przeżyć duchowych, tym są dłużej członkami ruchu samopomocy, częściej obchodzą rocznice abstinencji, częściej uczestniczą w mityngach oraz częściej je prowadzą.
2. Prawie wszystkie osoby uzależnione od alkoholu będące członkami wspólnoty Anonimowych Alkoholików utożsamiają się z tą formą wsparcia.
3. Anonimowi Alkoholicy, którzy utożsamiają się z ruchem samopomocy są bardziej usatysfakcjonowani z życia.
4. Anonimowi Alkoholicy, którzy są starsi, dłużej przebywają w ruchu samopomocy oraz dłużej utrzymują abstinencję częściej doświadczają przeżyć duchowych.
5. Wśród Anonimowych Alkoholików wraz ze wzrostem wieku oraz długości pobytu w ruchu samopomocy idzie w parze dłuższe utrzymywanie abstinencji
6. Wśród Anonimowych Alkoholików częstsze doświadczanie przeżyć duchowych jest bezpośrednio związane z większą satysfakcją z życia oraz mniejszym poziomem afektu negatywnego, natomiast długość abstinencji jest bezpośrednio związana z satysfakcją z życia.
7. Anonimowi Alkoholicy, którzy częściej przebywają na mityngach oraz częściej je prowadzą, są dłużej członkami ruchu samopomocy.
8. Starsi członkowie wspólnoty Anonimowych Alkoholików częściej doświadczają przeżyć duchowych niż ich młodszy odpowiednik, częściej uczestniczą w spotkaniach wspólnoty oraz mają dłuższą historię pobytu w ruchu samopomocy,
9. Wśród członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików wykształcenie nie jest związane z częstotliwością przeżyć duchowych.
10. Wśród członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików wykształcenie nie jest związane z jakością życia.
11. Anonimowi Alkoholicy stanowią ważną oraz skuteczną metodę wsparcia w powrocie do zdrowia oraz poprawie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu.

Streszczenie

EMOCJONALNE UWARUNKOWANIA JAKOŚCI ŻYCIA ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW

Marcin Wnuk

Wstęp. Anonimowi Alkoholicy stanowią najpopularniejszą formę wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu. Ich uniwersalny oraz demokratyczny charakter sprawia, że są w niego zaangażowane osoby o różnym statusie społecznym, poglądach politycznych, różnej rasy, płci, wieku, wykształceniu, wyznaniu religijnym, itp. Filozofia funkcjonowania wspólnoty Anonimowych Alkoholików opiera się na realizowaniu Programu 12 Kroków kładącego nacisk na rozwój duchowy oraz korzystanie z doświadczeń innych członków ruchu samopomocy. Zgodnie z dotychczasowymi wynikami badań rozwój duchowy oraz zaangażowanie w ruch samopomocy stanowią kluczowe czynniki powrotu do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu.

Cel pracy. Zweryfikowanie znaczenia poszczególnych aspektów zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików oraz aktywności sfery duchowej dla jakości życia uzależnionych od alkoholu.

Materiał i metody. Zrealizowany projekt badawczy miał poprzeczny charakter. W badaniach wzięło udział 70 uzależnionych od alkoholu będących członkami wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Skala Codziennych Doświadczeń Duchowych (DSES), Drabinka Cantrila, Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS) oraz jednopytaniowa skala dotycząca długości abstynencji. W badaniach zastosowano pytania odnoszące się do zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików pochodzące z dwóch najpopularniejszych narzędzi badawczych takie jak długość pobytu w ruchu samopomocy, częstotliwość pobytu na mityngach w ostatnim roku, częstotliwość prowadzenia mityngów, utożsamianie się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików, doznanie przebudzenia duchowego, obchodzenie rocznicy abstynencji, doświadczenie przebudzenia duchowego, stosowanie zasady „90 mityngów w 90 dni”, regularne czytanie literatury Anonimowych Alkoholików.

Wyniki i wnioski. Przeprowadzone badania potwierdziły kluczową rolę przeżyć duchowych dla kształtowania jakości życia członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Przeżycia

duchowe okazały się być związane z wszystkimi zastosowanymi wskaźnikami jakości życia, zarówno tymi odnoszącymi się do poznawczej sfery funkcjonowania, jak i emocjonalnej. Były one zmiennymi pośredniczącymi pomiędzy wiekiem, długością abstynencji oraz długością pobytu w ruchu samopomocy i afektem negatywnym, jak również pomiędzy wiekiem, długością pobytu w ruchu samopomocy i satysfakcją z życia. Zastosowane metody badawcze pozwalają na analizę kierunku relacji pomiędzy zmiennymi. Oznacza to, że Anonimowi Alkoholicy, którzy są starsi, dłużej przebywają w ruchu samopomocy oraz dłużej utrzymują abstynencję częściej doświadczają przeżyć duchowych, które z kolei są źródłem ich mniejszego poziomu afektu negatywnego. Wśród przedstawicieli tej populacji wraz ze wzrostem wieku oraz długości pobytu w ruchu samopomocy idzie w parze z dłuższe utrzymywanie abstynencji oraz częstsze doświadczanie przeżyć duchowych, dzięki czemu w konsekwencji są oni bardziej usatysfakcjonowani z życia. Zgodnie z otrzymanymi wynikami prawie wszystkie osoby uzależnione od alkoholu będące członkami wspólnoty Anonimowych Alkoholików utożsamiają się z tą formą wsparcia. Ponadto jest ona istotnym elementem dla aktywności sfery duchowej oraz satysfakcji z życia Anonimowych Alkoholików. Większą szansę na utrzymanie abstynencji mają uzależnieni, którzy są dłużej w ruchu samopomocy, częściej uczestniczą w mityngach wspólnoty oraz częściej je prowadzą. Innym istotnym elementem dla aktywności sfery duchowej oraz satysfakcji z życia Anonimowych Alkoholików jest utożsamienie się z tą formą wsparcia. Zgodnie z otrzymanymi wynikami abstynencja wydaje się być koniecznym, ale niewystarczającym czynnikiem dla jakości życia Anonimowych Alkoholików. Zmienna ta była bezpośrednio związana tylko z jednym z trzech zastosowanych w badaniach wskaźników jakości życia w postaci satysfakcji z życia. Nie zanotowano zależności pomiędzy długością abstynencji i pozytywnym afektem, natomiast relacja łącząca tą zmienną z negatywnym afektem miała pośredni charakter.

Summary

EMOTIONAL CONDITIONS FOR QUALITY OF LIFE OF ALCOHOLICS ANONYMOUS

Marcin Wnuk

Introduction. Alcoholics Anonymous are the most popular form of support for alcohol dependent persons. Universal and democratic character of self-help group decided that involved many different people regardless of social status, political view, breed, sex, age, education, denomination, etc. Philosophy of existence Alcoholics Anonymous based on implement “12-step Program” making impact on spiritual development and sharing experiences related to recovery from alcoholism. According to results of research spiritual development and involvement in self-help group are the key factors for alcohol abuse recovery.

Aim. The aim of this study was to verify the role of many aspect of involvement in Alcoholics Anonymous and spiritual activity for quality of life of alcohol-dependent persons.

Material & methods. The study was cross-sectional. The sample consisted of 70 participants of Alcoholics Anonymous from Poznań. The fallowing tools were used: Daily Spiritual Experiences Scale (DSES), Cantril Ladder, The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Additionally used items regarding involvement in Alcoholics Anonymous derived from two most popular tools reflecting length of being in Alcoholics Anonymous, frequency of attendance to Alcoholics Anonymous in the last year, identity with Alcoholics Anonymous, using rule “90 meetings in 90 days”, abstinence anniversary, spiritual awaking, frequency of being the chairmen in the last year, reading the Alcoholics Anonymous literature.

Results & conclusions. Obtained results confirmed key role of spiritual experiences for shaping Alcoholics Anonymous quality of life. Spiritual experiences was related to all using quality of life indicators both this one regarding cognitive sphere of functioning and those which reflected emotional domain. Spiritual experiences mediate between age, length of abstinence as well as length of being in self-help group and negative affect. The same variable mediate between age, as well as length of being in self-help group and life satisfaction. Research methods used in the study let to analyze direction of relationships between

variables. It means that older members of Alcoholics Anonymous which are longer in self-help group and are longer sober has more frequent spiritual experiences. This spiritual activity reduce the negative affect. Older members of Alcoholics Anonymous with longer career in self-help group has more frequent spiritual experiences, which improving their life satisfaction. According to results almost all participants in Alcoholics Anonymous declared identification with this form of support. Identification with Alcoholics Anonymous is positively connected to frequency of spiritual experiences and life satisfaction. More chance to sustain abstinence had members of Alcoholics Anonymous more often participating in meetings, more often being the chairmen on meetings and being longer in self-help group. Abstinence seems to be necessary, but not sufficient factor for Alcoholics Anonymous quality of life. This variable was directly related only to one from three quality of life indicators - life satisfaction. According to results length of abstinence did not correlated with positive affect and was indirectly related to negative affect.

Piśmiennictwo

Andre Ch, Jaber-Filho JA, Carvalho M, Jullien C, Hoffman A (2003) Predictors of recovery following involuntary hospitalization of violent substance abuse patients. *The American Journal on Addictions*, 12, 84-89.

Andrews FM, Withey SB (1976) Social Indicators of Well-being: America's Perception of Quality of Life (Plenum, New York).

Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość. Krótka historia AA. (1998) Warszawa: Fundacja Biura Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce.

Anonimowi Alkoholicy. (2001) Warszawa: Fundacja Biura Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce.

Atkins RG, Hawdon JE (2007) Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 321-331

Bernard HS, McKenzie KR (2000) *Podstawy terapii grupowej.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Bradburn NM (1969) *The Structure of Psychological Well-being* (Chicago, Aldine).

Branicki W (2004) Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce. Poznań: Media Rodzina.

Braun PMW (1977) Psychological well-being and location in the social structure (Doctoral dissertation, University of Southern California, 1976). *Dissertation Abstracts International*, 38, 2351 A.

Brickman PDT, Campbell DT (1971) Hedonic relativism and planning the good society, In: MH Appley (ed.), *Adaptation-level theory* (pp. 287-305). New York: Academic Press.

Bronowski P (1997) Czynniki związane z utrzymywaniem abstynencji przez pacjentów uzależnionych od alkoholu hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym: 3 letnia katamneza. *Alkoholizm i Narkomania*, 26(1), 47-60.

Brown AE, Pavlik VA, Shegog R, Whitney SN, Friedman JD, Romero C, Davis G Ch, Cech I, Kosten TR, Volk R (2007) Association of spirituality and sobriety during a behavioral spirituality intervention for twelve step (ts) recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 611–617.

Brown S (1990) *Leczenie alkoholików: rozwojowy model powrotu do zdrowia*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich.

Brzeziński J (1994) Metodologiczny i etyczny kontekst badań nad jakością życia. W: A. Bańka, R. Derbis (red.), *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia* (s. 13-18). Poznań: UAM - Częstochowa: WSP.

Bukowski S, Bukowska B, Ilnicki S (1999) Ocena efektywności ambulatoryjnej terapii alkoholików wzorowanej na Modelu Minnesota. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 237-245.

Caldwell PE, Cutter HSG (1998) Alcoholics Anonymous affiliation during early recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3), 221–228.

Cameron P (1975) Mood as an Indicator of Happiness: Age, Sex, Social Class and Situational Differences. *Journal of Gerontology*, 1975, 30, 2, 216-224

Campbell A (1981) The sense of well-being in America: Recent patterns and trends. New York: McGraw-Hill.

Campbell AC, Converse PE, Rodgers WL (1976) *The Quality of American Life* (The Russell Sage Foundation, New York).

Carter TM (1998) The effect of spiritual practices to recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 409-413.

Cekiera Cz (1985) *Toksykomania. Narkomania. Lekomania. Alkoholizm. Nikotynizm*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwa Naukowe.

Cheng H, Furnham A (2003) Attributional style and self-esteem as predictors of psychological well being. *Counseling Psychology Quarterly*, 16, 121–130.

Christensen KA, Stephens MAP, Townsend AL (1998) Mastery in women's multiple roles and well-being: Adult daughters providing care to impaired parents. *Health Psychology*, 17, 163–171.

Ciarrocchi JW, Deneke E (2004) Happiness and the varieties of religious experience: Religious support, practices, and spirituality as predictors of well-being. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 15, 211-233.

Cierpiałkowska L (1997) *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM

Cierpiałkowska L (2000) *Alkoholizm. Przyczyny - Leczenie - Profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.

Clemente E, Sauer WJ (1976a) Life satisfaction in the United States. *Social Forces*, 54, 621-631.

Cloud RN, Ziegler CH, Blondell MD (2004) What is Alcoholics Anonymous Affiliation? *Substance Use and Misuse*, 39(7), 1117-1136.

Cook CCH (2004) Addiction and spirituality. *Addiction*, 99, 539–551.

Corrington JE (1989) Spirituality and recovery: Relationships between levels of spirituality, contentment and stress during recovery from alcoholism in AA. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6 (3/4), 151-165.

Costa PT, Jr., McCrae RR (1980) Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people, *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668–678.

Crape BL, Latkin CA, Laris AS, Knowlton AR (2002) The effects of sponsorship in 12-step treatment of injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 291-301.

- Crawford JR, Henry JD (2004) The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245–265.
- Cross GM, Morgan CW, Mooney AJ, Martin CA, Rafter JA (1990) Alcoholism treatment: a ten-year follow-up study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 169-173.
- Crumbaugh, J.C. (1968). Cross-validation of purpose in life test based on Frankl's concept. *Journal of Clinical Psychology*, 24, 74-81.
- Crumbaugh, J.C., Maholic, L.T. (1964). An experimental study an existentialism, the psychometric approach to Frank's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 200-207.
- Csikszentmihalyi M (1997) Happiness and creativity: Going with the flow. *Futurist*, 31(5), 8-12.
- Csikszentmihalyi M, Hunter J (2003a) Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4(2), 1-15.
- Csikszentmihalyi M, Hunter J (2003b) Happiness in everyday life: The uses of
- Csikszentmihalyi M, Moneta GB (1996) The effect of perceived challenges and skills on the quality of subjective experience. *Journal of Personality*, 64(2), 275-310.
- Czabała JCz (2000) *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński J. (1992) *Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej*. Warszawa–Poznań: „Akademos”.
- Czapiński J (2004) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- DeHaes J, van Knippenburg F, Neijt J (1990) Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and applications of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62, 1034-1038.

- De Soto CB, O'Donnell WE, De Soto JL (1989) Long-term recovery in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13(5), 693-697.
- Dember WN, Brooks J (1989) A new instrument for measuring optimism and pessimism: Test- retest reliability and relations with happiness and religious commitment. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 27(4), 365-366.
- DeNeve KM , Cooper H (1998) The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197–229.
- Diener E (1984) Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-75.
- Diener E, Lucas RE (1999) Personality and subjective well-being. In: D. Kahneman E. Diener, N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.213-229). New York: Russell-Sage.
- Diener E, Lucas RE, Scollon ChN (2006) “Beyond the Hedonic Treadmill: Revising the Adaptation Theory of Well-being.” *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Diener E, Suh E (1998) Age and subjective well-being: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Duckworth AE, Steen TA, Seligman MEP (2005) Positive psychology in clinical practice. *Annals Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Dunn KS, Chapelski E, Stinson L, Massanari RM (2004) Everyday spirituality in central city elders. *Journal of Religious Gerontology*, 3, 41–59.
- Ellison CHG, Fan D (2008) Daily spiritual experiences and psychological well-being among us adults. *Social Indicators Research*, 22, 247-271.
- Emmons RA, Diener E (1985) Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 89-97.
- Emmons RA, Diener E (1986) Influence of impulsivity and sociability on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1211–1215.
- experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4, 185–199
- Finlay SW (2000) Influence of Carl Jung and William James on the origin of Alcoholics Anonymous. *Review of General Psychology*, 4(1), 3-6.

- Fiorentine R (1999) After Drug Treatment: Are 12-Step Programs Effective in Maintaining Abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(1), 93-116.
- Forcehimes AA (2004) De profundis: spiritual transformations in Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology*. 60(5), 503-517.
- Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ (1997) Comparison of the Quality Of Life of cancer patients and alcohol dependents. *Quality of life research*, 6, 646. (published abstract).
- Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ (1999) Quality of life in alcohol-dependent subject – review. *Quality of life research*, 8, 255-261.
- Fowler DN, Hill HM (2004) Social support and spirituality as culturally relevant factors in doping among African American women survivors of partner abuse. *Violence Against Women*, 10, 1267–1282.
- Frankl V (1973) Egzystencjalna pustka, *Życie i myśl*, 5, 46-51.
- Frankl V (1977) Paradoksy szczęścia. *Życie i myśl*, 1, 33-45.
- Frankl V (1998) *Homo Patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Freedman J (1978) *Happy people: What happiness is, who has it, and why*. New York: Harcourt Brace Jovanovic.
- Fujita F, Diener E, Sandvik E (1991) Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434.
- Galanter M (2007) Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 265–272.
- Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P (2007) Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 257– 264.
- Geppert C, Bogenschutz MP, Miller WR (2007) Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug and Alcohol Review*, 26, 389 – 395.
- Gorsuch RL (1995) Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues*, 51(2), 65-83.
- Griffith E (2001) *Alkohol. Tajemnicza substancja*. Warszawa: Klub dla Ciebie.

- Grupa AA gdzie wszystko się zaczyna. (2003) Warszawa: Fundacja Biura Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce.
- Habrat B, Baran H., Steinbarth-Chmielewska KB, Woronowicz T (2000) Jakość życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 322-335.
- Hamilton B (1997) *Początek w AA*. Poznań: Media i Rodzina.
- Hamilton B (1998) *Dwanaście Kroków ze sponsorem*. Poznań: Media i Rodzina.
- Haring MJ, Stock WA, Okun MA (1984) A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Human Relations*, 37, 645-657.
- Harrington R, Loffredo DA (2001) The relationship between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Brigs Inventory dimensions. *Journal of Psychology*, 135(4), 439-450.
- Hayton T, Boylan LS, Jackson SC, Devinsky O (2004) Religious/spiritual beliefs and behavior in epilepsy. *Annals of Neurology*, 3, S20.
- Headey B, Holmstrom E, Wearing A (1984) The impact of life events and changes in domain satisfactions on well-being. *Social Indicators Research*, 15, 203-227.
- Headey BA Wearing A (1992) *Understanding Happiness: A Theory of Subjective Well-being* Melbourne, Australia: Longman Cheshire.
- Hektner JM, Csikszentmihalyi M (1996) *A longitudinal exploration of flow an intrinsic motivation in adolescents*. Paper presented at the annual meeting of the American education research association, New York. Alfred Sloan Foundation.
- Herringer LG, Johnsen E A (2000) Note on the utilization of cammon support activities and relaps following substance abuse treatment. *The Journal of Psychology*, 127(1), 73-78.
- Historia AA w Polsce. Poznań 1974 r. - Kraków 2004 r. (2004) Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce.
- Hoffmann N (1983) Alcoholics Anonymous after treatment: attendance and abstinence. *International Journal of the Addiction*, 18, 311-318. (published abstract)
- Holland JM, Niemeyer RA (2006) Reducing the risk of burnout in end-of-life settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliative and Supportive Care*, 3, 173-181.

Humphreys K, Moos RH (2007) Encouraging posttreatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: Two-year clinical and utilization outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(1), 1-5.

Johnson JE, Finney JW, Moos RH (2006) End-of-treatment outcomes in cognitive-behavioral treatment and 12-step substance use treatment programs: Do they differ and do they predict 1-year outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, 41– 50.

Kaskutas LA (1996) Pathways to self-help among women for sobriety. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(2), 259-280.

Kaskutas LA, Ammon L, Delucchi K, Room R, Bond J, Welsner C (2005) Alcoholics Anonymous careers: Patterns of AA involvement five years after treatment entry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(11), 1983-1990.

Kaskutas LA, Turk N, Bond J, Weisner C (2003) The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained Sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(1), 1-16. (published abstract)

Keefe FJ, Affleck G, Underwood LG, Lefebvre J, Caldwell DS, Drew J, Egert J, Gibson J, Pargament K (2001) Living with rheumatoid arthritis pain: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *Journal of Pain*, 2, 101-110.

Keyes CLM, Ryff CD, Shmotkin D (2002) Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1007-1022.

Kivett E, Palmore E (1977) Change in Life Satisfaction: A Longitudinal Study of Persons Aged 46-70. *Journal of Gerontology*, 32, 311-316.

Koenig HG, George LK, Titus P, Meador KG (2003) Religion, spirituality, and health service use by older hospitalized patients. *Journal of Religion and Health*, 4, 301-313.

Koenig HG (1998) *Handbook of religion and mental health*. San Diego, CA, US: Academic Press.

Koenig HG (1998) Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 213-224.

Koenig HG, George LK, Titus P (2004) Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 554–562.

- Koenig HG, George LK, Titus P, Meador KG (2004) Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care by older patients. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1579–1585.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB (2001) *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koseła K (1984) Grupy pogranicza religii i nauki - wprowadzenie w problematykę socjologiczną. W: T. Doktor, K. Koseła (red.), *Ruchy pogranicza religii i nauki jako zjawisko socjopsychologiczne* (s. 4-16). Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Koski-Jannes A, Turner N (1999) Factors influencing recovery from different addictions. *Addiction Research*, 7(6), 469-492.
- Kulisiewicz T (1982) *Uzależnienie alkoholowe*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich.
- Kurantowicz E (1993) Grupy samopomocy - ustalenia teoretyczne. *Prace Pedagogiczne*, 17, 21-30.
- Larsen RJ, Ketelaar T (1989) Extraversion, neuroticism and susceptibility to positive and negative mood induction procedures. *Personality and Individual Differences*, 10, 1221-1228.
- Laudet AB, Morgen K, White WL (2006) The Role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-Step Fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1/2), 33-73.
- Loustalot F, Wyatt SB, Boss B, May W, McDyess T (2006) Psychometric examination of the Daily Spiritual Experiences Scale. *Journal of Cultural Diversity*, 3, 162-167.
- Laxer RM (1964) Relation of real self-rating to mood and blame, and their interaction in depression. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 538-546.
- Leonardi F, Spazzafumo L, Marcellini F (2005) Subjective well-being: The constructionist point of view. A longitudinal study to verify the predictive power of top-down effects and bottom-up processes. *Social Indicators Research*, 70(1), 53-78.
- Lillis J, Gifford E, Humphreys K, Moos R (2008) Assessing spirituality/religiosity in the treatment environment: The Treatment Spirituality/Religiosity Scale. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 427–433.

- Lucas RE, Diener E, Suh E (1996) Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lustig DC, Rosenthal DA, Strauser DR, Hayness K (2000) The relationship between sense of coherence and adjustment in persons with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43(3), 134-141.
- Magura S, Knight EL, Vogel HS, Mahmood D, Laudet AB, Rosenblum A (2003) Mediators of effectiveness in dual-focus self-help groups. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 301-322.
- Mankowski ES, Humphreys K, Moos RH (2001) Individual and contextual predictors
- McCauley J, Tarpley MJ, Haaz S, Bartlett S (2008) Daily Spiritual Experiences of Older Adults With and Without Arthritis and the relationship to Health Outcomes. *Arthritis Care and Research*, 1, 122-128.
- McCrae RR, Costa PC, Jr. (1987) Validation of the five-factor model across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- McCrae RR, Costa PT, Jr. (1991) The NEO Personality Inventory: Using the five-factor model in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 69, 367-372.
- McGee EM (2000) Alcoholics Anonymous and nursing. Lessons in holism and spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 11-26.
- Mellibruda J (1998) Leczenie alkoholików w stanie Minnesota. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 1. Artykuł ze strony www.psychologia.edu.pl
- Mellibruda J (1997) Strategiczno-strukturalna terapia uzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 307-324.
- Mellibruda J (1995) Trzy kręgi trzeźwienia. *Świat problemów*, 3, 2-3.
- Mellibruda J (1997) Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu, *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 277-306.
- Meyer H, Rumpf HJ, Hapke U, John U (2004) Impact of psychiatric disorder in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 435-441.
- Miller GA, Russo TJ (1997) Alcoholism, spiritual wellbeing and need to transcendence. *Social Psychology*, 140, 565-579.

Miller NS, Ninouevo F, Hoffman NG, Astrachan BM (1999) Prediction of treatment outcomes: lifetime depression versus the continuum of care. *The American Journal on Addictions*, 8, 243-253.

Moggi F, Ouimette PC, Moos RH, Finney JW (1999) Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. *Addiction* 94(12), 1805-1816.

Nealon-Woods MA, Ferrari JR, Jason, LA (1995) Twelve-step program use among oxford house residents: spirituality or social support in sobriety? *Journal of Substance Abuse*, 7, 311-318.

Niewiadomska I (2001) Rola wartości w utrzymywaniu abstynencji Anonimowych Alkoholików. W: Cz. Cekiera (red.), *Profilaktyka uzależnień drogą do wolności człowieka* (s. 165-177). Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

of involvement in twelve-step self-help groups after substance abuse treatment. *American Journal of Community Psychology*, 29(4), 537-563.

Owen P, Marlatt GA (2001) Should Abstinence Be the Goal for Alcohol Treatment? *The American Journal on Addictions*, 10, 289-295.

Owen PI, Slaymaker V, Tonigan JS, McCrady BS, Epstein EE, Kaskutas LA, Humphreys K, Miller WR (2003) Participation in Alcoholics Anonymous: Intended and unintended change mechanisms. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(3). 524-532.

Pardini DA, Plante TG, Sherman A, Stump JE (2000) Religious faith and spirituality in substance abuse recovery. Determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 347-354

Park N, Peterson C, Seligman MEP (2004a) Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-609.

Park N, Peterson C, Seligman MEP (2004b) Reply. Strengths of character and well-being. A closer look at hope and modesty, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 628-634.

Parker M, Roff L, Klemmack DL, Koenig HG, Baker P (2003) Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging and Mental Health*, 7, 390-397.

Pearce MJ, Little TD, Perez JE, Religiousness and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2003, 32, 267-276.

- Polak K (2001) Ocena jakości życia żołnierzy zawodowych z rozpoznanym zespołem alkoholowym. *Psychiatria Polska*, 6, 1057-1070.
- Polcin DE, Zemore SE (2004) Psychiatric severity and spirituality, helping, and participation in alcoholics anonymous during recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(3), 577-592.
- Polcin DL, Prindle SD, Bostrom A (2002) Integrating social model principles into broad-based treatment: results of a program evaluation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(4), 585-599.
- Portnow AA, Pjatnickaja IA (1977) *Klinika alkoholizmu*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Pullen L, Modrcin-Talbott MA, West WR, Muenchen R (1999) Spiritual high versus high on spirit. Is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 3-8.
- Richard AJ, Bell DC, Carlson JW (2000) Individual religiosity, moral community, and drug user treatment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39(2), 240-246.
- Richard N, Cloud PhD, Craig H, Ziegler MS, Richard D, Blondell MD (2004) What is Alcoholics Anonymous Affiliation? *Substance Use and Misuse*, 39(7), 1117-1136.
- Riesmann F, Carrol D (2000) *Nowa definicja samopomocy*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Ryan RM, Deci EL (2001) On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudajmonic research. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff CD (1986) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1069-1081.
- Ryff CD (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff CD, Lee YH, Essex ML, Schmutte PS (1994) My children and me: Evaluations of grown children and self. *Psychology and Aging*, 9, 195-201.
- Sandoe P (1999) Quality of life - three competing views. *Ethical Theory and Moral Practice*, 2 (1), 11-23.

- Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L (2005) A meta-analysis of the relationships between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- Scheridan ChL, Radmacher SA (1998) *Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Schutte PS, Ryff CD (1997) Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559.
- Seligman MEP, Parks AC, Steen P (2004) A balanced psychology and full life. *Philosophical Transactions of The Royal Society*, 359, 1379-1381.
- Sheeren M (1988) The relationship between relapse and involvement in Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 104-106.
- Ślaski S (2006) *Religijność a używanie substancji psychoaktywnych*. W: S Gład (red.), *Podstawowe zagadnienia psychologii religii* (562-591). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Ślósarska M (2000) Kryteria rozpoznawania nadużywania alkoholu i uzależnienia od alkoholu. *Alkohol i Nauka*, 7. Artykuł ze strony www.psychologia.edu.pl
- Smith KW, Larson MJ (2004) Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 323-335.
- Spreitzer E, Snyder EE (1974) Correlates of life satisfaction among the aged. *Journal of Gerontology*, 29, 454-458.
- Stach R (1991) *Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Stanik JM (2000) *Obraz osobowości alkoholików w różnych fazach leczenia w świetle badań własnych testem SUI*. W: A. Margasiński, B. Zajęcka (red.), *Psychopatologia i psychoprofilaktyka. Przejawy narkomanii, alkoholizmu, przemocy, zaburzeń psychicznych w rodzinie i szkole oraz możliwości przeciwdziałania im* (s. 265-276). Kraków: Impuls.
- Steigerwald F, Stone D (1999) Cognitive restructuring and the 12-Step Program of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 321-327.
- Syrek E (1999) *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Tatarkiewicz W (1979) *O szczęściu*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Timko Ch, Billow R, DeBenedetti A (2006) Determinants of 12-step group affiliation and moderators of the affiliation-abstinence relationship. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 111-121.
- Tonigan JS (2001) Benefits of Alcoholics Anonymous Attendance: Replication of findings between clinical research sites in Project MATCH. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19, 67-77. (published abstract)
- Tonigan JS, Connors GJ, Miller WR (1996) The Alcoholics Anonymous Involvement Scale (AAI): reliability and norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 75-80.
- Tonigan JS, GJ Connors, Miller WR (1998) Special populations in Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health and Research World*, 22(4), 281-285.
- Trawka K, Derbis R (2006) Samoocena, afekt i nastrój jako wyznaczniki jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 5, 1-22.
- Turner NH, O'dell KJ, Weaver GD (1999) Religion and the recovery of addicted women. *Journal of Religion and Health*, 38(2), 136-148.
- Underwood LG, Teresi JA (2002) The Daily Spiritual Experiences Scale: Development, theoretical, description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 1, 22-33.
- Urbaniak-Zajac D (1993) Grupy samopomocy jako środowiska uaktywniające siły ludzkie. *Prace Pedagogiczne*, 17, 115-118.
- Veenhoven R (1994) "Is Happiness a Trait?" *Social Indicators Research*, 32, 101- 160.
- Veenhoven R (2003) Hedonism and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 4, 437-457.
- Vella-Brodrick DA, Park NA, Peterson C (2008) Three ways to be happy: Pleasure, engagement and meaning – findings from Australian and US samples. *Social Indicators Research*, 90, 165-179.
- Vittero J (2005) Forgiveness and happiness. The differing contexts of forgiveness using the distinction between hedonic and eudaimonic happiness. *Journal of Happiness Studies*, 6, 1-13.

- Wallace J (1989) *Alkoholizm. Nowe spojrzenie na chorobę*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Studium Pomocy Psychologicznej.
- Waterman AS (1993) Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678–691.
- Watson CHG, Hancock M, Mendez CM, Gearhart LP, Malovrh P, Raden M (1997) A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional and nonattenders Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 209-214.
- Wessman AE, Ricks DR (1966) *Mood and personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Wilson W (1967) Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- Witbrodt J, Kaskutas LA (2005) Does diagnosis matter? Differential effects of 12-step participation and social networks on abstinence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 685-707.
- Wnuk M (2004) *Historia poznańskiego ruchu Anonimowych Alkoholików*. Niepublikowana praca magisterska. Uniwersytet Jagielloński. Kraków.
- Wnuk M (2006) Poczucie jakości życia anonimowych alkoholików. *Psychologia Jakości Życia*, 5(1), 49-62.
- Wnuk M (2006) Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjna rola poczucia sensu życia. *Alkoholizm i Narkomania*, 19(4), 357-378.
- Wnuk M (2008) *Nadzieja a poczucie jakości życia Anonimowych Alkoholików*. W: A. Gawor A. Głębocka (red.), *Jakość życia współczesnego człowieka (75-90)*. Wybrane problemy. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wnuk M (2009) Skala Codziennych Doświadczeń Duchowych jako wiarygodne i rzetelne narzędzie do mierzenia aktywności sfery duchowej. *Przegląd Religioznawczy*, 4 (234), 89-106.
- Wnuk M (2010) Weryfikacja modelu ze zmiennymi pośredniczącymi pomiędzy religijnością i dobrostanem psychicznym Anonimowych Alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 23(1), 73-85.

Woronowicz BT (2001) *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Woronowicz BT (1998) *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Zaworska-Nikoniuk D (2001) *Metody pomocy i samopomocy w uzależnieniach*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.

Zemore SE, Kaskutas LA, Ammon LE (2004) In 12-step group helping helps the helpers. *Society for the Study of Addiction*, 99, 1115-1023.

Zemore SE, Kaskutas SA, Ammon LN (2005) Helping others leads to better outcomes in 12-step Program. *The Brown University Digest of Addiction Theory and Application*, 24(3), 1-7.

Zwierzyński L (1998) *Uzależnienie od alkoholu: próby podejmowane przez Anonimowych Alkoholików*. Warszawa: Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy.

Aneks

Ankieta

I. Zaznacz kółkiem właściwą odpowiedź.

1. Odczuwam obecność Boga

6	5	4	3	2	1
wiele razy	codziennie	podczas większości	podczas	raz na jakiś	nigdy lub prawie
w ciągu dnia		dni	niektórych dni	czas	nigdy

2. Doświadczam połączenia z całym moim życiem.

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

6	5	4	3	2	1
wiele razy	codziennie	podczas większości	podczas	raz na jakiś	nigdy lub prawie
w ciągu dnia		dni	niektórych dni	czas	nigdy

9. Odczuwam bezpośrednio miłość Boga do mnie.

6	5	4	3	2	1
wiele razy	codziennie	podczas większości	podczas	raz na jakiś	nigdy lub prawie
w ciągu dnia		dni	niektórych dni	czas	nigdy

10. Odczuwam poprzez innych miłość Boga do mnie.

6	5	4	3	2	1
wiele razy	codziennie	podczas większości	podczas	raz na jakiś	nigdy lub prawie
w ciągu dnia		dni	niektórych dni	czas	nigdy

11. Jestem duchowo poruszony pięknem stworzenia.

6	5	4	3	2	1
wiele razy	codziennie	podczas większości	podczas	raz na jakiś	nigdy lub prawie
w ciągu dnia		dni	niektórych dni	czas	nigdy

12. Odczuwam wdzięczność za błogosławieństwo.

6	5	4	3	2	1
wiele razy	codziennie	podczas większości	podczas	raz na jakiś	nigdy lub prawie
w ciągu dnia		dni	niektórych dni	czas	nigdy

13. Odczuwam bezinteresowną dbałość o innych.

6	5	4	3	2	1
wiele razy	codziennie	podczas większości	podczas	raz na jakiś	nigdy lub prawie
w ciągu dnia		dni	niektórych dni	czas	nigdy

14. Akceptuję innych, nawet wtedy, kiedy robią rzeczy, które według mnie są złe.

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

wiele razy codziennie podczas większości podczas raz na jakiś nigdy lub prawie
w ciągu dnia dni niektórych dni czas nigdy

15. Pragnę być bliżej Boga lub w jedności z nim.

6 5 4 3 2 1

wiele razy codziennie podczas większości podczas raz na jakiś nigdy lub prawie
w ciągu dnia dni niektórych dni czas nigdy

16. Ogólnie, jak często odczuwasz bliskość Boga.

6 5 4 3 2 1

wiele razy codziennie podczas większości podczas raz na jakiś nigdy lub prawie
w ciągu dnia dni niektórych dni czas nigdy

II. Jak często w ciągu ostatniego tygodnia czuleś się:

zainteresowany

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

czujny

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

uważny

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

podniecony

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

rozentuzjasmowany

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

natchniony

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

dumny

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

zdecydowany

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

9. silny

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

aktywny

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

strapiony/zrozpaczony

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

przygnębiony/zmartwiony

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

winny

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

zawstydzony

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

wrogi

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

rozdrażniony

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

zdenerwowany

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

roztrzęsiony

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

wystraszony

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

zaniepokojony

1.odrobinę lub wcale 2.trochę 3.umiarkowanie często 4.całkiem często 5.bardzo często

III. Górny szczebel poniższej drabinki oznacza najlepsze życie jakie mogło Pana/nią spotkać, dolny – najgorsze. Proszę zakreślić cyfrę wskazującą na tych drabinkach miejsce, w jakim zgodnie z Pana/i odczuciem znajduje się Pana/i życie.

najlepsze życie , jakie mogło lub może mi się przydarzyć

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

najgorsze życie, jakie mogło lub może mi się przydarzyć

IV. Zaznacz kółkiem lub wpisz właściwą odpowiedź lub wpisz odpowiednią liczbę.

- | | | |
|---|-----|-----|
| Czy utożsamiasz się ze wspólnotą AA? | TAK | NIE |
| Czy kiedykolwiek byłeś na 90 mityngach AA w ciągu 90 dni? | TAK | NIE |
| Czy kiedykolwiek obchodziłeś w AA rocznicę trzeźwości? | TAK | NIE |
| Czy kiedykolwiek miałeś sponsora w AA? | TAK | NIE |
| Czy kiedykolwiek byłeś sponsorem w AA? | TAK | NIE |
| Czy kiedykolwiek doświadczałeś duchowego przebudzenia lub nawrócenia od momentu twojego zaangażowania w AA? | TAK | NIE |
| Czy regularnie czytasz literaturę AA? | TAK | NIE |
| W ilu mityngach AA uczestniczyłeś w ciągu ostatniego roku?..... | | |

Ile mityngów prowadziłeś w ciągu ostatniego roku?.....

Jak długo jesteś we wspólnocie AA?.....

Jak długo utrzymujesz abstynencję?.....

Czy oprócz mityngów korzystasz z porad psychologa? TAK NIE

V. Zaznacz kółkiem lub wpisz właściwą odpowiedź.

Wiek.....

Płeć kobieta mężczyzna

Wykształcenie

podstawowe

zawodowe

średnie

wyższe