

Sławomir Bukowski, Bogusława Bukowska, Stanisław Ilnicki
Poradnia Zdrowia Psychicznego Centralnego Szpitala Klinicznego
Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie

OCENA EFEKTYWNOŚCI AMBULATORYJNEJ TERAPII ALKOHOLIKÓW WZOROWANEJ NA MODELU MINNESOTA

WPROWADZENIE

W systemie lecznictwa odwykowego istotna rola przypada placówkom o charakterze ambulatoryjnym (1, 8, 9). Skuteczne leczenie alkoholików w warunkach ambulatoryjnych jest jednak procesem trudnym. Wynika to głównie z mniejszej – w porównaniu z oddziałami stacjonarnymi – intensywności oddziaływań terapeutycznych, rozłożenia procesu terapii w czasie. Pacjentowi łatwiej jest w związku z tym przerywać leczenie, opuścić sesję terapeutyczną, a nawet ukrywać przerwanie abstynencji. Różnice między wspomnianymi formami leczenia nie dotyczą treści programu ale czasu jego realizacji i stopnia kontroli sprawowanej nad pacjentem. W pierwszym wypadku jest to zazwyczaj kilkutygodniowy okres intensywnej pracy w warunkach izolacji i ścisłej kontroli, w drugim – pacjenta trzeba „pozyskać” na okres co najmniej roku.

Z obserwacji naszych wynika, że istnieje duża grupa uzależnionych, dla których – niezależnie od stopnia zaawansowania choroby alkoholowej – propozycja skierowania na leczenie odwykowe do ośrodka stacjonarnego jest nie do przyjęcia. Nie są oni bowiem w stanie – podczas pierwszego kontaktu ze specjalistą – zaakceptować u siebie choroby alkoholowej i podjąć w związku z tym racjonalnej decyzji o leczeniu. Pomijając przypadki skrajne, również względy natury obiektywnej wskazują na potrzebę różnicowania intensywności programów leczniczych. Pacjenci mający duże problemy emocjonalne i życiowe skuteczniej mogą być leczeni w warunkach szpitalnych. Z kolei, alkoholicy posiadający wiarę we własne siły oraz wsparcie społeczne,

lepiej funkcjonują w warunkach ambulatoryjnych (12). W prezentowanym artykule przedstawiamy własne doświadczenia z blisko czteroletniej pracy z alkoholikami w warunkach poradni zdrowia psychicznego oraz dokonujemy oceny jej efektywności.

Podstawę teoretyczną naszych oddziaływań stanowił funkcjonujący od początku lat pięćdziesiątych w Stanach Zjednoczonych, a później w innych krajach, tzw. Model Minnesota opracowany przez psychologów i lekarzy z Willmar State Hospital i Ośrodka Hazelden w stanie Minnesota (3, 16). Autorzy tego modelu przyjęli założenie, że alkoholizm jest chorobą pierwotną, chroniczną, postępującą, dotyczącą całą rodzinę alkoholika. Jej leczenie ma charakter wielospecjalistyczny, z dominującą rolą metod psychologicznych. Istotnym elementem tego procesu jest uczestnictwo pacjentów we wspólnocie Anonimowych Alkoholików (AA). Za główne cele terapii uznano: przyznanie się pacjenta do bezsilności wobec alkoholu i przyjęcie tożsamości alkoholika, zaakceptowanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia, uzyskanie lepszego wglądu, nabycie umiejętności komunikowania się z innymi ludźmi oraz konstruktywnego wyrażania emocji, a także rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych nawrotów choroby alkoholowej i asertywnego odmawiania picia. Wspomniane cele realizowano w trakcie psychoterapii grupowej i indywidualnej oraz poradnictwa rodzinnego. Prowadzona przez nas terapia była terapią dyrektywną o charakterze behawioralno-poznawczym, co wyrażało się zarówno w dążeniu do modyfikacji zachowań pacjentów przy wykorzystaniu technik wzmocnienia pozytywnego i modelowania, jak i wpływaniu na treść ich procesów myślenia.

Obiektywna analiza empiryczna psychoterapii i jej rezultatów nastrocza wiele problemów metodologicznych. Wynika to ze złożoności oddziaływań terapeutycznych oraz braku jednoznacznych definicji ich wyniku. Wśród czynników determinujących przebieg psychoterapii wymienia się najczęściej: relacje pacjent-terapeuta, rodzaj stosowanych technik, osobowość terapeuty i pacjenta, ich sytuacje życiowe oraz wzajemne oczekiwania i uprzedzenia, a także czas trwania sesji terapeutycznych, miejsce-instytucja, gdzie się odbywają, ich częstotliwość. Pełna kontrola tych zmiennych jest praktycznie niemożliwa. Stąd z konieczności w wielu badaniach przyjmuje się założenie o homogeniczności wspomnianych zmiennych, choć w rzeczywistości mają one charakter heterogeniczny (2, 5).

Obecnie najpowszechniej stosowanym kryterium oceny skuteczności psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu są zeznania pacjentów. Coraz częściej jednak dokonuje się ich weryfikacji poprzez uzyskiwane potwierdzenia faktu niepicia przez osoby najbliższe alkoholikowi, co podnosi rzetelność dokonywanej oceny. Trzeba jednak pamiętać, że zaburzenia procesów poznawczych u alkoholików oraz nieumiejętność ich oceny u świadków mogą się przyczyniać do rozbieżności pomiędzy zeznaniami alkoholików a relacjami świadków. Postuluje się również, aby stosując metody oceny rezultatów leczenia uwzględniać takie specyficzne czynniki, jak: stopień uzależnienia od alkoholu, nadużywanie innych środków psychoaktywnych, problemy zawodowe, problemy psycholo-

giczne oraz naruszenia prawa. Warto dodać, że powstała również metoda „tro-pienia” chemicznych śladów spożycia alkoholu jako sposobu rozpoznawania i oceniania wyników leczenia. Okazało się jednak, że ślady chemiczne tylko częściowo skorelowane są z zeznaniami pacjentów o ilości spożytego alkoholu (12). Istotne wskazówki dotyczące oceny skuteczności psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu znajdują się w projekcie Standardów Psychologicznej Terapii Uzależnień w Placówkach Odwykowych autorstwa zespołu powołanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Otóż ocena taka – według autorów projektu – powinna uwzględniać czas utrzymania abstynencji, umiejętność zapobiegania nawrotom choroby alkoholowej oraz poprawę funkcjonowania psychospołecznego pacjenta i jego sytuacji życiowej (13). Celem pracy było sprawdzenie efektywności terapii wzorowanej na modelu modelu Minnesota prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto 101 osobową grupę alkoholików, którzy w okresie od września 1994 r. do lutego 1998 r., zgłosili się do PZP CSK WAM w Warszawie, zostali zakwalifikowani do leczenia w grupie terapeutycznej i podjęli to leczenie. W populacji tej zdecydowanie dominowali mężczyźni. Kobiety stanowiły zaledwie jej 10%. Prawie połowa pacjentów to emeryci wojskowi, 35% badanych było w służbie czynnej, pozostali to członkowie rodzin wojskowych. Zdecydowana większość (70%) mieściła się w przedziale wiekowym 46-60 lat, reszta w przedziale 25-45 lat. Reprezentowali wykształcenie wyższe i średnie.

Analizując tryb skierowania stwierdziliśmy, że połowa pacjentów zgłosiła się na leczenie w wyniku presji rodziny, 1/4 została skierowana drogą służbową, w 20 przypadkach była to osobista decyzja pacjenta, a 5 osób „namówił” do leczenia lekarz internista. Kwalifikacji do grupy terapeutycznej dokonywał psycholog po przeprowadzeniu wywiadu alkoholowego i zastosowaniu Pomocniczego Kwestionariusza Diagnostycznego Zespołu Uzależnienia od Alkoholu (6). W trakcie rozmowy wstępnej informowano pacjenta o istocie choroby alkoholowej, metodach jej leczenia oraz ich skuteczności. W kilku przypadkach oprócz samego zainteresowanego uczestniczyli w niej jego przełożony oraz żona, co nadawało całości charakter interwencji. Uczestnictwo w grupie miało charakter dobrowolny. Na etapie rozmowy wstępnej jedynie kilka osób odmówiło współpracy tłumacząc się dużą odległością PZP od miejsca zamieszkania, niechęcią publicznego mówienia o sobie, czy też skutecznością dotychczasowego leczenia farmakologicznego.

Pracę rozpoczęto z 13-osobową, zamkniętą grupą pacjentów. Po czterech miesiącach zorientowaliśmy się, że odraczanie „włączenia” nowych pacjentów do grupy powoduje, że część z nich rezygnuje z leczenia. Zmieniliśmy zatem formułę grupy na otwartą tak, że każdy pacjent rozpoczynał leczenie niemal natychmiast. Pierwsi nasi absolwenci postanowili samorzutnie spotykać się dalej na terenie poradni. Tak powstała grupa AA, która rozwija się i uczestniczy w niej coraz więcej osób, także z

zewnątrz. Po dwóch latach działalności zaistniały możliwości wyodrębnienia dwóch grup terapeutycznych: trzymiesięcznej dla początkujących i dla zaawansowanych trwającej 9 miesięcy. Program pierwszej obejmował omówienie alkoholizmu jako choroby dotyczącej wielu obszarów funkcjonowania człowieka, psychologicznych mechanizmów uzależnienia, bezsilności wobec alkoholu i niekierowania własnym życiem, współuzależnienia i ról w rodzinie dysfunkcyjnej, wstydu i poczucia winy, pracy nad poczuciem własnej wartości, przewlekłego zespołu abstynencyjnego, nawrotów choroby alkoholowej i ich sygnałów ostrzegawczych oraz treningu abstynenckich zachowań asertywnych. Program grupy zaawansowanej zorientowany był na pogłębienie problematyki nawrotów choroby alkoholowej, asertywnego odmawiania picia oraz rozwiązywania problemów emocjonalnych pojawiających się w trakcie długotrwałej abstynencji. Każdy z pacjentów podpisywał kontrakt, w którym zobowiązywał się do zachowania abstynencji, systematycznego i punktualnego przychodzenia na zajęcia, wykonywania zaleceń terapeutów, nieujawniania poza grupą spraw na niej omawianych oraz uczestnictwa w mityngach AA. Sesje terapeutyczne odbywały się raz w tygodniu o godzinie 17.00. Uczestniczyło w nich średnio po osiem osób i trwały dwie godziny. Struktura sesji była następująca: omówienie aktualnych problemów każdego z pacjentów, wykład edukacyjny oraz tzw. przepracowanie tematu w grupie. Po zajęciach, jak również w czasie je poprzedzającym – w zależności od potrzeb – prowadzono rozmowy indywidualne z osobami uzależnionymi lub ich rodzinami. Raz w miesiącu – w sobotę – organizowano spotkania dla rodzin pacjentów.

Oceny skuteczności prowadzonej terapii dokonano na podstawie następujących informacji: deklaracji samych alkoholików, informacji o ich funkcjonowaniu uzyskanych od rodzin i przełożonych, danych zawartych w dokumentacji lekarskiej (książkach zdrowia). Informacjami świadczącymi o skuteczności psychoterapii były: deklarowane przez alkoholików zachowanie abstynencji przez okres co najmniej roku, potwierdzenie tego faktu przez ich rodziny i przełożonych oraz brak wpisów w książce zdrowia o hospitalizacjach lub dolegliwościach związanych z używaniem alkoholu.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Po 3,5-letnim okresie pracy stwierdzono, że z 101 osobowej grupy rozpoczynającej leczenie w zajęciach systematycznie brało udział 75 osób. Pozostałe wykurzyły się po kilku sesjach. Z grupy tej 1/3 osób spełniło ustalone przez nas kryteria skuteczności terapii. Dalszych 11 osób deklarowało zachowanie abstynencji, ale zdaniem rodziny nastąpiło jedynie ograniczenie picia. Pacjentów spełniających ustalone kryteria skuteczności podzielić można na dwie prawie równoliczne grupy. Pierwszą stanowiły osoby utrzymujące ścisły kontakt z poradnią, uczestniczące systematycznie w organizowanych na terenie poradni mityngach AA. Drugą – osoby, które po zakończeniu leczenia znalazły „swój” mityng blisko miejsca zamieszkania i pojawiały się jedynie na świątecznych spotkaniach absolwentów. W klasycznym modelu Minne-

sota, gdzie pierwszy etap leczenia odbywał się w ośrodku zamkniętym, często poprzedzony detoksykacją i trwał od 3 do 6 tygodni, stwierdzono, że 2/3 pacjentów wykazywało abstynencję bądź gwałtowne obniżenie spożycia alkoholu w okresie jednego roku (12). Badania te jednak stały się przedmiotem krytyki za niejednoznaczność kryteriów oceny oraz krótki czas obserwacji.

Bardzo wysoką skuteczność terapii stwierdzono w populacji pacjentów z sieci wiodących ambulatoryjnych placówek leczenia odwykowego spełniających standardy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, gdzie realizowano program ideowo zgodny z modelem Minnesota. Po pół roku od zakończenia terapii 62% pacjentów zachowywało abstynencję, po roku 57% a po dwóch latach 52%. Badania przeprowadzili pracownicy Instytutu Psychologii Zdrowia metodą ankietową, co znacznie ogranicza ich rzetelność (15).

W kraju badania terapii zgodnej z klasycznym modelem Minnesota przeprowadzono na populacji pacjentów oddziału odwykowego w Zakładzie Karnym na Służewcu. Byli oni poddani 3-miesięcznej terapii w warunkach oddziału zamkniętego a kryterium skuteczności stanowił 7-miesięczny okres abstynencji po opuszczeniu zakładu. Warunek ten spełniło 35% badanej populacji (14). Uwzględniając fakt, że prowadziliśmy terapię w warunkach ambulatoryjnych, uzyskany poziom skuteczności uznajemy za wysoki. Zdajemy sobie jednak sprawę z tego, że na tak dobry wynik wpływ miały charakterystyczne cechy badanej populacji, takie jak: funkcjonowanie w rodzinie i uzyskiwanie od niej wsparcia, zabezpieczenie materialne (emerytura lub praca), niekaralność, sporadyczne przypadki pacjentów z podwójną diagnozą.

Przyjętym przez nas głównym kryterium skuteczności psychoterapii było stwierdzenie faktu powstrzymywania się pacjenta od picia przez okres co najmniej roku. Okres ten liczono od „wejścia” pacjenta w program terapeutyczny. Następowo to po „zaliczeniu” przez niego co najmniej trzech mityngów AA oraz systematycznym uczestnictwie w terapii grupowej przez okres miesiąca. We wspomnianym już projekcie Standardów Psychologicznej Terapii Uzależnień ocenę efektywności rozszerzono poza czas utrzymania abstynencji akcentując również umiejętność zapobiegania przez pacjenta nawrotom choroby alkoholowej, poprawę jego funkcjonowania psychospołecznego oraz sytuacji życiowej. Również Gorski (4) zachowanie abstynencji traktuje jedynie jako warunek wstępny trzeźwości zwracając jednocześnie uwagę na umiejętność unikania przez alkoholika zachowań kompulsywnych oraz dążenie do poprawy funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. Idąc dalej można spotkać pogląd, że trzeźwienie w swej najdoskonalszej formie jest powrotem do normalnego życia, wyjściem z alkoholowego getta. Twierdzenie to odnosi się do tych alkoholików, którzy po ukończeniu terapii są skoncentrowani jedynie na sprawach związanych z trzeźwieniem, nie mają innych znajomych poza trzeźwiąjącymi alkoholikami, żyją od mityngu do mityngu (3).

Jak widać, kryteria skuteczności terapii odwykowej mogą być rozbudowane, niemniej jednak z praktycznego punktu widzenia kryterium podstawowym, łatwym do identyfikacji jest zachowanie przez pacjenta abstynencji w określonym

czasie. Naszym zdaniem pozostałe kryteria mają charakter uzupełniający i są silnie skorelowane z kryterium podstawowym. Według Seligmana (11) zdecydowana większość badań skuteczności psychoterapii odwykowej posiada mankamenty metodologiczne, gdyż uzyskane w nich informacje nie są porównywane z wynikami odpowiednio dobranych grup kontrolnych oraz nie uwzględnia się w nich zjawiska „samoistnych remisji”. Zwraca on uwagę na istnienie „naturalnych czynników umożliwiających zdrowienie” takich jak uzależnienia zastępcze, groźba poważnych powikłań zdrowotnych, przystąpienie do AA lub nawrócenie się na wiarę, a także zawarcie nowego związku małżeńskiego, na którym nie kładą się cieniem wcześniejsze ekscesy pijackie. Nieuwzględnienie ich – zdaniem tego autora – obniża rzetelność pomiaru. Brak grup kontrolnych wynika najczęściej z trudności w ich tworzeniu, konieczności doboru osób, które przynajmniej w zakresie zmiennych niezależnych głównych byłyby podobne do tych z grupy „eksperymentalnej”. W placówkach o charakterze głównie leczniczym a nie naukowym może stanowić to problem zarówno organizacyjny, jak i etyczny wynikający z konieczności pewnej manipulacji wobec osób chorych. Z kolei, jeśli chodzi o wymienione tzw. naturalne czynniki zdrowienia, to przynajmniej niektóre z nich wydają się kontrowersyjne. Tak na przykład uzależnienia zastępcze zdaniem Gorskiego stanowią istotny czynnik zakłócający proces trzeźwienia. Natomiast przynależność do wspólnoty AA jest nieodłącznym elementem wielu terapii odwykowych.

Na zakończenie przedstawiamy dostrzeżone przez nas różnorodne czynniki sprzyjające i utrudniające terapię osób uzależnionych. Czynniki sprzyjające to przede wszystkim: silna, wewnętrzna motywacja do leczenia, zainteresowanie procesem leczenia rodziny i przełożonych w miejscu pracy, możliwie szybki kontakt z trzeźwiejącymi alkoholikami, otwarta postawa wobec leczenia, uczestnictwo rodziny w terapii współuzależnienia. Czynniki utrudniającymi proces leczenia są: współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych (depresyjnych, orientacji seksualnej), podeszły wiek pacjentów i towarzyszące mu często zaburzenia organiczne.

Uzyskane wyniki uznajemy za satysfakcjonujące i inspirujące do dalszej pracy. Leczenie w warunkach ambulatoryjnych ma niezaprzeczone zalety, do których zaliczamy to, że: jest tańsze i łatwiejsze do organizacji od stacjonarnego; jego rozpoczęcie wywołuje mniejszy opór wśród pacjentów; trening umiejętności przeprowadzony w oddziale zamkniętym może dawać ograniczoną generalizację zachowań poza sztuczną sytuacją terapeutyczną; osoba uzależniona leczona ambulatoryjnie jest codziennie integrowana ze swoim środowiskiem społecznym, a nie od niego izolowana i może nowe umiejętności wykorzystywać w realnych sytuacjach problemowych; większa jest odpowiedzialność pacjenta za efekty leczenia; wychodzi naprzeciw istotnym u pacjentów potrzebom długotrwałego wsparcia w konfrontacji z trudnościami realnego życia, z chęcią picia; możliwe jest uczestnictwo pacjenta w lokalnych grupach samopomocowych; daje możliwość szybkiego zajęcia się nawrotami choroby alkoholowej, jeśli wystąpią, a

także interwencji uprzedzającej ich pojawienie się; nie istnieją większe różnice pomiędzy rezultatami terapii szpitalnej, ambulatoryjnej, częściowej hospitalizacji oraz hospitalizacji na oddziale dziennym.

WNIOSKI

1. Co trzeci alkoholik poddany prowadzonej przez nas terapii wzorowanej na modelu Minnesota zachowywał abstynencję przez okres co najmniej roku potwierdzoną przez jego najbliższe otoczenie. Okres ten liczono od „wejścia” pacjenta w program terapeutyczny, gdy „zaliczył” on minimum trzy mityngi AA oraz przez okres miesiąca uczestniczył systematycznie w zajęciach grupowych.

2. Efektywności terapii sprzyjały: silna, wewnętrzna motywacja do leczenia, otwarta postawa wobec leczenia, wsparcie rodziny i pracodawców, uczestnictwo we wspólnocie AA, objęcie terapią współuzależnienia rodziny pacjenta.

3. Czynniki utrudniające to podeszły wiek pacjentów oraz współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych.

4. Leczenie ambulatoryjne alkoholików jest tańsze od stacjonarnego, jego podjęcie wywołuje mniejszy opór u pacjentów, większa jest ich odpowiedzialność za efekty terapii, są na co dzień integrowani ze środowiskiem społecznym, a nie izolowani od niego.

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono doświadczenia z 3,5-letniej pracy z grupą terapeutyczną dla osób uzależnionych od alkoholu prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych. Jej podstawę teoretyczną stanowił opracowany w Stanach Zjednoczonych tzw. odel Minnesota, którego autorzy traktują alkoholizm jako chorobę pierwotną, chroniczną, postępującą, obejmującą całą rodzinę alkoholika, wymagającą oddziaływań interdyscyplinarnego zespołu specjalistów. Badaniom poddano 101 osobową populację charakteryzującą się dominacją mężczyzn, będących w wieku 46-60 lat, posiadających średnie i wyższe wykształcenie, mających wsparcie rodziny i zabezpieczenie finansowe, o stosunkowo niskim poziomie degradacji alkoholowej. Głównym kryterium oceny skuteczności psychoterapii uczyniono zachowanie abstynencji pacjenta przez okres co najmniej roku, potwierdzone przez jego najbliższe otoczenie. Warunek ten spełniło 1/3 populacji. Czynniki sprzyjającymi efektywności leczenia były: silna wewnętrzna motywacja do wyjścia z uzależnienia, zainteresowanie procesem leczenia ze strony rodziny i pracodawców, możliwie szybki kontakt z trzeźwiejącymi alkoholikami, włączenie się do wspólnoty AA oraz otwarta postawa wobec leczenia. Czynniki utrudniające to współwystępowanie u pacjentów innych zaburzeń psychicznych, ich podeszły wiek oraz mniejsza efektywność pracy w grupach otwartych. Leczenie ambulatoryjne alkoholików jest tańsze od stacjonarnego, jego rozpoczęcie wywołuje mniejszy opór u pacjentów, większa jest ich odpowiedzialność za efekty leczenia, pacjent jest integrowany ze swoim środowiskiem społecznym a nie od niego izolowany oraz może uczest-

niczyć w lokalnych grupach samopomocowych. Skuteczność leczenia ambulatoryjnego nie jest niższa od terapii szpitalnej.

Słowa kluczowe: alkoholizm, leczenie ambulatoryjne, model Minnesota.

Sławomir Bukowski, Bogusława Bukowska, Stanisław Ilnicki
**The assessment of effectiveness of the outpatient therapy for alcoholics
based on Minnesota Model**

SUMMARY

In the paper the experiences from three and a half years of work with the therapeutic group for alcohol addicted patients in the overall outpatient help are presented. The theoretical basis of the realized programme was the Minnesota Model created in the USA in 1950's. The authors of this model treat alcoholism as a primary, chronic, and progressive disease, concerning the whole family of an alcoholic and demanding the action of interdisciplinary team of specialists. The survey included 101 individuals dominated by men between the age of 46 and 60, with secondary and higher education, having family support and financial security with related low level of alcoholic destruction. The main criteria of estimating the effectiveness of psychotherapy was maintenance of abstinence by the patient for a minimum of 1 year, which had to be confirmed by close relatives and acquaintances. This condition was fulfilled by one third of the individuals. The conditions which were favorable to maintaining abstinence were: strong internal motivation to overcome dependency, interest in the process of treatment shown by the family and employers, engaging in Anonymous Alcoholic and also open attitude towards the treatment. The conditions causing difficulties to maintaining abstinence were: conjoint another mental disturbances and advanced age of patients. Outpatient treatment is cheaper than inpatient. The beginning of treatment causes less resistance, there is bigger responsibility for the treatment effects. The patient is integrated with the social environment rather than isolated from it and can participate in the local self-help group.

Key words: alcoholism, outpatient treatment, Minnesota Model.

PIŚMIENNICTWO

1. Brown S. (1990): *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*. PZWL, Warszawa.
2. Czabała Cz. (1994): *Wyniki badań nad psychoterapią – ich użyteczność dla praktyki klinicznej*. Psychoterapia, 4, 33-40.
3. Ginowicz H. (1998): *Co dalej po terapii*. Świat Problemów, 2, 37-38.
4. Gorski T.T., Miller M. (1991): *Jak wytrwać w trzeźwości*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa.
5. Grzebiak L. (red.), (1995): *Psychoterapia*. PWN, Warszawa.

6. Habrat B. (1992): *Organizm w niebezpieczeństwie*. PARPA, Warszawa.
7. Lawson G.W., Lawson A.W. (1989): *Alcoholism and substance abuse in special populations*. ASPEN, San Diego.
8. Monti P.M. (1994): *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu*. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
9. Pużyński S., Woronowicz B. (1998): *Stan leczenia odwykowego w ocenie krajowego nadzoru specjalistycznego*. Świat Problemów 1998, 2, 6-9.
10. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1998 r. w sprawie zakładów leczenia odwykowego oraz udziału placówek podstawowej opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu*.
11. Seligman M. (1995): *Co możesz zmienić a czego nie możesz*. Media Rodzina of Poznań, Poznań.
12. *Siódmy Raport Specjalny dla Kongresu USA*. Seria Alkohol i Zdrowie Nr 5. Roz. Leczenie. Warszawa 1992, PARPA, s.239-259.
13. *Standardy psychologicznej terapii uzależnień w placówkach odwykowych (projekt)*. Świat Problemów 1996, 11, 48-51.
14. Ślaski S., Bukowska B. (1996): *Efektywność terapii odwykowej w zakładzie karnym*. Problemy Alkoholizmu 4, 19-20.
15. Włodawiec B. (1998): *Programy badawcze Instytutu Psychologii Zdrowia*. Terapia uzależnienia i współuzależnienia. 2, 31.
16. Woydyłło E. (1993): *Wybieram wolność*. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.