

Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a jakość życia i długość abstynencji jej członków

Implications of Alcoholics Anonymous involvement
for quality of life and abstinence

Marcin Wnuk

Abstract – Aim. The aim of the study was to examine which elements of Alcoholics Anonymous involvement are related to quality of life and abstinence.

Method. The sample consisted of 70 participants of Alcoholics Anonymous from Poznań. The following tools were used: Cantril Ladder, The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), one-item scales concerning length of abstinence, and group of items concerning Alcoholics Anonymous involvement.

Results. Quality of life was related to length of being in Alcoholics Anonymous, length of abstinence, as well as quantity of accomplished steps within the 12-step program. The following variables were predictors of abstinence: length of being in Alcoholics Anonymous, quantity of accomplished steps within the 12-step program, frequency of leading Anonymous Alcoholics meetings during last year, frequency of attendance in Alcoholics Anonymous meetings during last year and self-report of the celebrating of one's abstinence anniversary.

Key words: quality of life, Alcoholics Anonymous, abstinence, alcoholism

Streszczenie – Cel. Celem przeprowadzonego projektu badawczego było sprawdzenie, które z elementów zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików są związane z długością abstynencji i poczuciem jakości życia osób uzależnionych od alkoholu.

Metoda. Osobami badanymi było 70 uczestników spotkań grup Anonimowych Alkoholików z Poznania. Użyto następujących narzędzi badawczych: Drabinki Cantrila, Skali Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS), jednopytaniowej skali do mierzenia długości abstynencji oraz baterii pytań dotyczących zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików.

Wyniki. Przeprowadzone badania potwierdziły ważność zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików w utrzymywaniu abstynencji oraz w poprawie jakości życia. Zidentyfikowano następujące predyktory jakości życia: długość abstynencji, liczbę zrealizowanych kroków, długość pobytu we wspólnocie Anonimowych Alkoholików. Czynnikiem predykcyjnym abstynencji były: długość pobytu we wspólnocie Anonimowych Alkoholików, liczba zrealizowanych kroków, liczba poprowadzonych mityngów i częstotliwość uczestniczenia w mityngach podczas ostatniego roku oraz obchodzenie rocznicy abstynencji.

Słowa kluczowe: jakość życia, Anonimowi Alkoholicy, abstynencja, alkoholizm

Badanie finansowane ze środków własnych.

WPROWADZENIE

Uzależnienie od alkoholu niesie ze sobą znaczący spadek jakości życia (1, 2, 3, 4, 5, 6). Trwa dyskusja na temat tego, czy abstynencję można potraktować jako element wystarczający w powrocie do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu (7). Według filozofii upowszechnianej przez Anonimowych Alkoholików abstynencja jest czynnikiem koniecznym, choć niewystarczającym do poprawy funkcjonowania psychicznego, duchowego i społecznego. Podkreślają oni, że udział w mityngach grup samopomocy oraz rzetelna realizacja duchowego w swym charakterze Programu 12 Kroków może w znaczący sposób przyczynić się do poprawy jakości życia (8–18).

Przeprowadzone dotychczas badania zdają się potwierdzać tezy głoszone przez Anonimowych Alkoholików. Utrzymywaniu abstynencji oraz zaangażowaniu w ruch samopomocy towarzyszy poczucie wyższej jakości życia (19, 20, 21, 22, 23, 24). Między innymi dzięki nim satysfakcja z życia, poczucie beznadziejności oraz szczęścia uczestników wspólnoty AA nie różni się istotnie od poziomu tych wskaźników u osób nieuzależnionych (21, 22). Badania Timko i wsp. wskazują na liczbę zrealizowanych kroków z Programu 12 Kroków oraz na bycie sponsorem dla innego uczestnika jako na predyktory redukcji objawów psychiatrycznych w badanej przez nich populacji (25).

Uczestnictwo i zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików jest pozytywnie związane z utrzymywaniem abstynencji (19, 20, 22–40) oraz z redukcją ilości wypijanego alkoholu (40, 41, 42, 43, 44). Wyniki badań pokazują, iż ważnymi elementami zaangażowania w ruch Anonimowych Alkoholików, które sprzyjają stałemu utrzymywaniu abstynencji, są: częstotliwość udziału w mityngach (45, 46, 47, 48), posiadanie sponsora (28, 49, 50) bycie sponsorem dla innego uczestnika spotkań grup samopomocy (28), długość pobytu w ruchu samopomocy (51), liczba zrealizowanych kroków z Programu 12 Kroków oraz utożsamianie się z ruchem AA (52). Posiadanie sponsora jest także związane z redukcją wypijanego alkoholu (22, 53).

Celem przeprowadzonego projektu badawczego była identyfikacja elementów składowych zaangażowania w ruch Anonimowych Alkoholików, które są związane z abstynencją oraz jakością życia. W badaniu wykorzystano skale do pomiaru zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików (54, 55).

Hipotezy badawcze

1. Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików jest pozytywnie związane z jakością życia jej członków.
2. Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików jest pozytywnie związane z długością abstynencji.

METODA I MATERIAŁ

W badaniach wzięło udział siedemdziesięciu członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików z Poznania, dobranych w sposób losowy. Wszystkie badane osoby wyraziły zgodę na uczestnictwo w projekcie badawczym. Kwestionariusze

były rozdawane przez psychologa oraz wypełniane przez respondentów indywidualnie w domu.

Mężczyźni stanowili 73,9% osób, które brały udział w badaniu, kobiety – 26,1%. Wykształcenie podstawowe miało 5,8% uczestników projektu, zawodowe – 29%, średnie – 46,4%, wyższe – 18,8%. Średnia wieku badanych wynosiła 46,1 lat ($SD = 11,57$), średnia długość abstynencji – 76 miesięcy ($SD = 63,42$), a średnia długość uczestnictwa w ruchu samopomocy – 102 miesiące ($SD = 71,38$). Z porad psychologa korzystało 62,9% badanych, nie korzystało – 37,1%.

Użyto następujących narzędzi badawczych: Drabinka Cantrila, Skali Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS), jednopytaniowej skali dotyczącej długości abstynencji oraz zestawu pytań, odnoszących się do zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików, zaczerpniętych z dwóch najbardziej popularnych skal do badania tej zmiennej (54, 55):

Jak długo jesteś we wspólnocie Anonimowych Alkoholików? W ilu mityn-gach uczestniczyłeś w ciągu ostatniego roku? Ile mityn-gów prowadziłeś w ciągu ostatniego roku? Czy utożsamiasz się ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików? Czy kiedykolwiek uczestniczyłeś w 90 mityn-gach w ciągu 90 dni? Czy kiedykolwiek byłeś sponsorem w ruchu Anonimowych Alko-holików? Czy kiedykolwiek miałeś sponsora w ruchu Anonimowych Alko-holików? Czy kiedykolwiek obchodziłeś rocznicę abstynencji? Czy w wyniku udziału w spotkaniach Anonimowych Alkoholików doznałeś przebudzenia duchowego? Czy regularnie czytasz literaturę proponowaną przez Ano-nimowych Alkoholików? Ile kroków z Programu 12 Kroków udało ci się zrealizować?

Drabinka Cantrila jest narzędziem do badania satysfakcji z życia, składającym się z jednego pytania. Respondent w skali od 0 do 10 ocenia swoje ogólne zado-wolenie z życia. Pewne zastrzeżenia budzi rzetelność tej skali. Nie we wszystkich przeprowadzonych z jej użyciem projektach badawczych współczynnik rzetelności okazał się wystarczająco wysoki. W programie „Cebula” Czapińskiego po dwu-miesięcznym odroczeniu uzyskano rzetelność 0,76 (56). W innym projekcie współ-czynnik rzetelności po przeprowadzeniu ponownego badania po dwóch latach wy-niósł 0,65 (57).

Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS) składa się z 10 stwier-dzeń, które odnoszą się do pozytywnych stanów emocjonalnych oraz 10 – do ne-gatywnych. Badani udzielają odpowiedzi na pięciostopniowej skali od 1 (odrobi-nę lub wcale) do 5 (bardzo często). Rzetelność skali waha się, w zależności od projektu badawczego, od $\alpha = 0,86$ do $\alpha = 0,89$ dla części odnoszącej się do pozy-tywnych stanów emocjonalnych oraz od $\alpha = 0,84$ do $\alpha = 0,85$ dla części dotyczącej negatywnego afektu (58, 59). Rzetelność tego narzędzia, badana metodą test-retest, wyniosła wśród studentów 0,39–0,71 (58).

W niniejszym projekcie badawczym rzetelność skali PANAS wyniosła $\alpha = 0,90$ dla pozytywnego afektu oraz $\alpha = 0,78$ dla negatywnego.

Długość abstynencji była weryfikowana poprzez wpisanie odpowiedniej liczby lat, które następnie przeliczano na miesiące.

Na większość pytań dotyczących zaangażowania we wspólnotę AA odpowiadano „tak” lub „nie”, w zależności od tego, czy zgadzano się z danym stwierdzeniem czy też nie. Odpowiadając na pytania o długość pobytu we wspólnocie AA, liczbę mityngów prowadzonych w ostatnim roku, liczbę zrealizowanych kroków oraz częstotliwość uczestniczenia w mityngach AA w ostatnim roku, respondenci wpisywali odpowiednie liczby.

WYNIKI

Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS PC. Weryfikacja hipotez dla części zmiennych odbyła się w oparciu o obliczone współczynniki korelacji. Dla zmiennych wyrażonych w skali nominalnej stosowano test chi kwadrat.

Zanotowano istnienie umiarkowanie silnych związków o dodatnim znaku pomiędzy satysfakcją z życia a długością abstynencji, długością pobytu w ruchu samopomocy oraz liczbą przerobionych kroków. Stwierdzono obecność pozytywnej zależności o umiarkowanej sile pomiędzy liczbą przerobionych kroków a afektem pozytywnym. Liczba przerobionych kroków, długość abstynencji oraz długość

Tabela 1.
Korelacje między wszystkimi zmiennymi (n = 70)
Intercorrelations (n = 70)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Satysfakcja z życia <i>Life satisfaction</i>							
2. Afekt pozytywny <i>Positive affect</i>	0,15						
3. Afekt negatywny <i>Negative affect</i>	-0,32**	-0,25*					
4. Przerobione kroki <i>Accomplished steps within the 12-step program</i>	0,53**	0,25	-0,46**				
5. Udział w mityngach <i>Attendance at AA meetings</i>	0,07	0,06	-0,14	0,42**			
6. Prowadzenie mityngów <i>Leading AA meetings</i>	0,16	0,01	-0,03	0,29*	0,44**		
7. Długość pobytu w AA <i>Length of time spent in AA</i>	0,39**	0,09	-0,29*	0,48**	0,39**	0,29*	
8. Długość abstynencji <i>Length of abstinence</i>	0,50**	0,10	-0,26*	0,52**	0,28*	0,27*	0,74**

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Tabela 2.

Satysfakcja z życia a przejawy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików: wyniki testów χ^2

Life satisfaction versus Alcoholic Anonymous involvement (χ^2 test)

	χ^2	<i>df</i>	<i>P</i>
Utożsamianie się ze wspólnotą AA <i>Identification with AA movement</i>	21,32	7	0,03*
90 mityngów w 90 dni <i>90 meetings in 90 days</i>	10,61	7	0,98
Obchodzenie rocznicy abstynencji <i>Celebration abstinence anniversary</i>	11,50	7	0,11
Posiadanie sponsora <i>Having a sponsor</i>	8,47	7	0,29
Bycie sponsorem <i>Being a sponsor</i>	8,97	7	0,25
Doznanie przebudzenia duchowego <i>Spiritual awaking</i>	3,96	7	0,78
Regularne czytanie literatury <i>Reading AA literature regularly</i>	6,97	7	0,43
Korzystanie z porad psychologa <i>Psychological counselling</i>	45,52	35	0,11

* $p \leq 0,05$

Tabela 3.

Afekt pozytywny a przejawy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików: wyniki testów χ^2

Positive affect versus Alcoholic Anonymous involvement (χ^2 test)

	χ^2	<i>df</i>	<i>P</i>
Utożsamianie się ze wspólnotą AA <i>Identification with AA movement</i>	22,32	16	0,13
90 mityngów w 90 dni <i>90 meetings in 90 days</i>	19,82	16	0,22
Obchodzenie rocznicy abstynencji <i>Celebration abstinence anniversary</i>	12,23	16	0,72
Posiadanie sponsora <i>Having a sponsor</i>	18,13	16	0,31
Bycie sponsorem <i>Being a sponsor</i>	14,73	16	0,54
Doznanie przebudzenia duchowego <i>Spiritual awaking</i>	33,50	16	0,06
Regularne czytanie literatury <i>Reading AA literature regularly</i>	14,31	16	0,57
Korzystanie z porad psychologa <i>Psychological counselling</i>	103,81	80	0,03*

* $p \leq 0,05$

Tabela 4.

Afekt negatywny a przejawy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików: wyniki testów χ^2

Negative affect versus Alcoholic Anonymous involvement (χ^2 test)

	χ^2	<i>df</i>	<i>P</i>
Utożsamianie się ze wspólnotą AA <i>Identification with AA movement</i>	12,98	26	0,98
90 mityngów w 90 dni <i>90 meetings in 90 days</i>	18,07	26	0,87
Obchodzenie rocznicy abstynencji <i>Celebration abstinence anniversary</i>	35,54	26	0,10
Posiadanie sponsora <i>Having a sponsor</i>	21,81	26	0,69
Bycie sponsorem <i>Being a sponsor</i>	21,12	26	0,73
Doznanie przebudzenia duchowego <i>Spiritual awaking</i>	32,09	26	0,19
Regularne czytanie literatury <i>Reading AA literature regularly</i>	21,19	26	0,68
Korzystanie z porad psychologa <i>Psychological counselling</i>	155,09	130	0,06

pobytu w ruchu samopomocy były negatywnie skorelowane z afektem negatywnym. Siła tych związków była umiarkowana (tab. 1). Zanotowano występowanie pozytywnych zależności o dużej sile pomiędzy długością abstynencji a długością pobytu w ruchu samopomocy, liczbą przerobionych kroków, liczbą mityngów w ostatnim roku oraz słaby związek pomiędzy długością abstynencji a liczbą mityngów przeprowadzonych w ciągu ostatniego roku.

Członkowie ruchu samopomocy, którzy utożsamiają się z tą formą pomocy deklarowali większą satysfakcję z życia (tab. 2). Ci spośród nich, którzy korzystali z porad psychologa przejawiali mniejsze nasilenie afektu pozytywnego (tab. 3), natomiast osoby dłużej utrzymujące abstynencję miały okazję obchodzić we wspólnocie rocznicę swojej abstynencji (tab. 4).

DYSKUSJA

Postawione hipotezy badawcze zostały w pewnej mierze potwierdzone. Niektóre elementy zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików są pozytywnie związane z utrzymywaniem abstynencji oraz poprawą jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Otrzymane wyniki są w znacznej mierze zgodne z wynikami innych badań (19–40). W porównaniu z zaprezentowanymi tu badaniami dotyczą one najczęściej uwarunkowań abstynencji, związanych z uczestnictwem

w mityngach grup samopomocy. W przeciwieństwie do niniejszych badań, brakuje wśród nich takich, które odnoszą się do jakości życia jako kryterium powrotu do zdrowia w odniesieniu do procesów i mechanizmów, wynikających z zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików. W przypadku wielu badań, ich autorzy ograniczają się do używania bardzo ogólnych wskaźników zaangażowania w ruch samopomocy, takich jak samo uczestnictwo w mityngach.

Głównym celem przeprowadzonego projektu badawczego było zidentyfikowanie tych specyficznych elementów zaangażowania w ruch samopomocy, które towarzyszą poprawie jakości życia oraz powrotowi do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu, korzystających z tej formy pomocy. Dodatkowym zamiarem autora było zidentyfikowanie wśród elementów składowych zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików korelatów abstynencji.

Udało się potwierdzić pozytywne związki abstynencji z takimi zmiennymi jak długość pobytu we wspólnocie Anonimowych Alkoholików (22, 28), częstotliwość uczestniczenia w mityngach (45, 46, 47, 48) oraz liczba zrealizowanych kroków z Programu 12 Kroków. Spośród innych elementów zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików, tylko obchodzenie rocznicy było pozytywne związane z długością abstynencji.

W przeciwieństwie do wyników dotychczasowych badań, w których badano związki abstynencji z byciem sponsorem dla innego członka ruchu samopomocy, z posiadaniem sponsora oraz utożsamianiem się z ruchem AA, zmienne te nie były skorelowane z długością abstynencji (28, 49, 50, 52).

Dłuższy pobyt w ruchu samopomocy, podobnie jak długość abstynencji, jest pozytywnie związany z satysfakcją z życia i negatywnie skorelowany z afektem negatywnym. Im większą liczbę kroków z Programu 12 Kroków realizują członkowie ruchu AA, tym większa jest ich satysfakcja z życia oraz niższy poziom afektu negatywnego.

Przeprowadzone badania potwierdzają dużą wartość wspólnoty Anonimowych Alkoholików w powrocie do zdrowia oraz poprawie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Wydaje się, że najistotniejszym elementem zaangażowania w tę formę pomocy, decydującym zarówno o utrzymywaniu abstynencji, jak i o wyższym poziomie jakości życia jest regularne uczestniczenie w spotkaniach grup samopomocy oraz realizacja duchowego Programu 12 Kroków.

Dla osób utrzymujących abstynencję, w oparciu o udział w mityngach wspólnoty AA, gwarantem dalszego jej zachowywania jest uczestnictwo w spotkaniach ruchu samopomocy.

Rezultaty badań są dla psychologów i terapeutów, zajmujących się leczeniem uzależnień, dowodem na słusność przyjętego w Polsce systemu leczenia osób uzależnionych, który uczestniczenie w mityngach AA traktuje jako integralny element powrotu do zdrowia, powiązany z podejmowanymi przez nich oddziaływaniami terapeutycznymi. Przyniesione wyniki wskazują również na zasadność korzystania przez terapeutów i psychologów podczas sesji i warsztatów terapeutycznych z elementów Programu 12 Kroków, ponieważ jego realizacja wydaje się być głównym czynnikiem sprzyjającym wyższemu poziomowi jakości życia.

Tabela 5.

Abstynencja a przejawy zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików:
wyniki testów χ^2
Abstinence versus Alcoholic Anonymous involvement (χ^2 test)

	χ^2	<i>df</i>	<i>P</i>
Utożsamianie się ze wspólnotą AA <i>Identification with AA movement</i>	21,65	35	0,96
90 mityngów w 90 dni <i>90 meetings in 90 days</i>	42,13	35	0,19
Obchodzenie rocznicy abstynencji <i>Celebration abstinence anniversary</i>	56,67	35	0,01*
Posiadanie sponsora <i>Having a sponsor</i>	35,60	35	0,44
Bycie sponsorem <i>Being a sponsor</i>	37,55	35	0,35
Doznanie przebudzenia duchowego <i>Spiritual awaking</i>	40,05	35	0,25
Regularne czytanie literatury <i>Reading AA literature regularly</i>	32,81	35	0,57
Korzystanie z porad psychologa <i>Psychological counselling</i>	177,43	175	0,53

* $p \leq 0,05$

Pewien brak spójności w stosunku do badań przeprowadzonych w innych krajach, szczególnie w odniesieniu do zasady sponsoringu, jest prawdopodobnie wynikiem specyfiki wspólnoty Anonimowych Alkoholików w Polsce, gdzie korzystanie z pomocy sponsora lub bycie sponsorem dla innego członka ruchu nie jest zbyt rozpowszechnione.

Zdziwienie może budzić również fakt, że Anonimowi Alkoholicy korzystający ze wsparcia psychologów przejawiają mniejsze nasilenie afektu pozytywnego, natomiast ich poziom afektu negatywnego jest wyższy, mimo że ta zależność nie mieści się w granicach przyjętej istotności statystycznej (tab. 5). Uzyskane wyniki nie muszą wcale świadczyć o nieskuteczności interwencji terapeutycznych w przypadku członków wspólnoty AA. Przypuszczalnie członkowie grup samopomocy, prezentujący niski poziom spostrzeganej przez siebie jakości życia, szukają wsparcia u psychologów z nadzieją na jej poprawę przy ich pomocy.

Badania nie wyjaśniają do końca, czy abstynencja jest czynnikiem wystarczającym w poprawie jakości życia osób uzależnionych. Spośród trzech wskaźników jakości życia abstynencja okazała się być związana z dwoma z nich, a mianowicie z satysfakcją z życia i afektem negatywnym. Wydaje się jednak, że jest ona punktem wyjścia do dalszego rozwoju duchowego, proponowanego przez Program 12 Kroków, jako procesu postępującego wraz z jej długością oraz długością uczestnictwa w ruchu samopomocy. Próba weryfikacji tego założenia będzie przedmiotem kolejnego doniesienia.

Wnioski

1. Jakość życia uczestników wspólnoty Anonimowych Alkoholików jest pozytywnie związana z długością abstynencji, liczbą zrealizowanych kroków z Programu 12 Kroków oraz długością pobytu w ruchu samopomocy.
2. Długość abstynencji uczestników wspólnoty Anonimowych Alkoholików jest pozytywnie związana z długością pobytu w ruchu samopomocy, liczbą zrealizowanych kroków z Programu 12 Kroków, liczbą poprowadzonych mityngów i częstotliwością uczestniczenia w mityngach podczas ostatniego roku oraz z obchodzeniem rocznicy abstynencji.

PIŚMIENICTWO

1. Miller GA, Russo TJ (1997) Alcoholism, spiritual wellbeing and need to transcendence. *Social Psychology*, 140 (5), 565–579.
2. 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.
3. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ (1999) Quality of life in alcohol-dependent subject – review. *Quality of Life Research*, 8, 255–261.
4. 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).
5. DeHaes J, van Knipenburgh 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.
6. Smith KW, Larson MJ (2004) Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 323–335.
7. Owen P, Marlatt GA (2001) Should Abstinence Be the Goal for Alcohol Treatment? *American Journal on Addictions*, 10, 289–295.
8. Jackson P, Cook CH (2005) Introduction of a spirituality group in a community service for people with drinking problems. *Journal of Substance Use*, 10 (6), 375–383.
9. McGee EM (2000) Alcoholics Anonymous and nursing. Lessons in holism and spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*, 18 (1), 11–26.
10. Ronel N (2000) From self-help to professional care. An enhanced application of the 12-Step Program. *Journal of Applied Behavioral Science*, 36 (1), 108–122.
11. Weegmann M (2004) Alcoholics Anonymous: A group-analytic view of fellowship organizations. *Group-Analytic Society*, 37 (2), 243–258.
12. Brown AE, Whitney SN, Schneider MA, Vega ChP (2006) Alcohol recovery and spirituality: strangers, friends, or partners? *South Medical Journal*, 99 (6), 654–657.
13. Swora MG (2004) The rhetoric of transformation in the healing of alcoholism: The twelve steps of Alcoholics Anonymous. *Mental Health, Religion and Culture*, 7 (3), 187–209.
14. Zylstra RE (2006) The use of spirituality in alcohol recovery. *Southern Medical Journal*, 99 (6), 643.
15. Morjaria A, Orford J (2002) The role of religion and spiritual in recovery from drink problem: A qualitative study of Alcoholics Anonymous members and South Asian men. *Addiction Research and Theory*, 10 (3), 225–256.
16. Vaillant GE (2005) Alcoholics Anonymous: cult or cure? *Australian and New Zealand Journal of Psychotherapy*, 39, 431–436.
17. Keane H (2000) Setting yourself free: techniques of recovery. *Health*, 4 (3), 324–346.

18. Chen G (2006) Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50 (6), 303–326.
19. De Soto CB, O'Donnell WE, De Soto JL (1989) Long-term recovery in alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 13 (5), 693–697.
20. Kairouz S, Dube L (2000) Abstinence and well-being among members of alcoholics anonymous: personal experience and social perceptions. *Journal of Social Psychology*, 140, 565–579.
21. Wnuk M (2006) Poczucie jakości życia anonimowych alkoholików. *Psychologia Jakości Życia*, 5 (1), 49–62.
22. Kraemer KL, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Gordon AJ, Kellez ME (2002) Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 382–386.
23. Moos R, Schaefer J, Andrassy J, Moos B (2001) Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' one-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (3), 273–287.
24. Cohn TJ, Foster JH, Peters TJ (2003) Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics. *Addiction Biology*, 8, 455–462.
25. 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.
26. Polcin DE, Zemore SE (2004) Psychiatric severity and spirituality, helping, and participation in alcoholics anonymous during recovery. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30 (3), 577–592.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Magura S, Knight EL, Vogel HS, Mahmood D, Laudet AB, Rosenblum A (2003) Mediators of effectiveness in dual-focus self-help groups. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 301–322.
32. Tonigan JS, GJ Connors, Miller WR (1998) Special populations in Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health and Research World*, 22 (4), 281–285.
33. Andre Ch, Jaber-Filho JA, Carvalho M, Jullien C, Hoffman A (2003) Predictors of recovery following involuntary hospitalization of violent substance abuse patients. *American Journal on Addictions*, 12, 84–89.
34. Zemore SE, Kaskutas LA, Ammon LE (2004) In 12-step group helping helps the helpers. *Society for the Study of Addiction*, 99, 1115–1023.
35. Zemore SE, Kaskutas SA, Ammon LN (2005) Helping others leads to better outcomes in 12-step Program. *Brown University Digest of Addiction Theory and Application*, 24 (3), 1–7.
36. 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).
37. 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).
38. Hoffmann N (1983) Alcoholics Anonymous after treatment: attendance and abstinence. *International Journal of the Addiction*, 18, 311–318 (published abstract).
39. Kaskutas LA (1996) Pathways to self-help among women for sobriety. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22 (2), 259–280.
40. 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.

41. Tonigan JS, Miller WR, Connors GJ (2000) Project MATCH client impressions about Alcoholics Anonymous: measurement issues and relationship to treatment outcome. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 25–41 (published abstract).
42. Longabaugh R, Wirtz PW, Zweben A, Stout RL (1998) Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93 (9), 1313–1333.
43. Kaskutas LA, Bond J, Humphreys K (2002) Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Society for the Study of Addiction of Alcohol and other Drugs Addiction*, 97 (7), 891–900.
44. Noda T, Imamichi H, Kawata A, Hirano K, Ando T, Iwata Y, Yoneda H (2001) Long-term outcome in 306 males with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 579–586.
45. Miller NS, Ninouev F, Hoffman NG, Astrachan BM (1999) Prediction of treatment outcomes: lifetime depression versus the continuum of care. *American Journal on Addictions*, 8, 243–253.
46. 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.
47. 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.
48. Herringer LG, Johnsen EA (2000) Note on the utilization of common support activities and relapse following substance abuse treatment. *Journal of Psychology*, 127 (1), 73–78.
49. 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.
50. Witbrodt J, Kaskutas LA (2005) Does diagnosis matter? Differential effects of 12-step participation and social networks on abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 685–707.
51. Gabhainn SN (2003) Assessing sobriety and successful membership of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Use*, 8, 55–61.
52. Cloud RN, Ziegler CH, Blondell MD (2004) What is Alcoholics Anonymous Affiliation? *Substance Use and Misuse*, 39 (7), 1117–1136.
53. Polcin DL, Prindle SD, Bostrom A (2002) Integrating social model principles into broad-based treatment: results of a program evaluation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28 (4), 585–599.
54. Tonigan JS, Connors GJ, Miller WR (1996) The Alcoholics Anonymous Involvement Scale (AAI): reliability and norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10 (2), 75–80.
55. Humphreys K, Kaskutas LA, Weisner C (1998) The relationship of pre-treatment Alcoholics Anonymous affiliation with problem severity, social resources, and treatment history. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 123–131.
56. Czapiński J (1992) *Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej*. Warszawa–Poznań: Akademos.
57. Kivett E, Palmore E (1977) Change in Life Satisfaction: A Longitudinal Study of Persons Aged 46–70. *Journal of Gerontology*, 32 (3), 311–316.
58. Trawka K, Derbis R (2006) Samoocena, afekt i nastrój jako wyznaczniki jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 5 (1), 1–22.
59. 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.

Adres do korespondencji
Marcin Wnuk
Komputronik
Wolczyńska 37, 60-003 Poznań
e-mail: marwnuk@wp.pl

otrzymano 23.01.2007

przyjęto do druku 16.06.2008