

## **Abstynencja i długość pobytu w ruchu samopomocy a dobrostan psychiczny osób uzależnionych od alkoholu Mediacyjna rola Programu Dwunastu Kroków (2)**

Abstinence and the length of time spent in a self-help group  
and mental wellbeing of alcohol dependent persons  
The Twelve-step Program mediating role (2)

### WSTĘP

W literaturze przedmiotu pojawiają się dowody na to, że osoby uzależnione od alkoholu, mimo obniżonego poziomu dobrostanu (1, 2, 3, 4, 5, 6), poprzez uczestnictwo i zaangażowanie w ruch samopomocy oraz utrzymywanie abstynencji mają szansę na poprawę jakości życia (7, 8, 9, 10) i zbliżenia się nawet do poziomu życia przeciętnego, nie uzależnionego członka społeczeństwa (11, 12).

Uczestnictwo we wspólnocie AA i zaangażowanie w ten ruch jest pozytywnie związane z utrzymywaniem abstynencji (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28) oraz z redukcją ilości wypijanego alkoholu (29, 30, 31, 32). Trwają dyskusje, czy abstynencja powinna być celem leczenia alkoholizmu czy tylko punktem wyjścia do poprawy jakości życia osób uzależnionych (33). W ruchu AA przyjmuje się założenie, że abstynencja jest czynnikiem koniecznym, choć niewystarczającym, do poprawy funkcjonowania psychicznego, duchowego i społecznego. Podkreśla się, że udział w mityngach grup samopomocy i rzetelna realizacja duchowego w swym charakterze Programu 12 Kroków (34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44) może w znaczący sposób przyczynić się do poprawy jakości życia (45). Mimo to w większości badań właśnie abstynencja, a nie różnego typu wskaźniki dobrostanu, jest wykorzystywana jako kryterium powrotu do zdrowia.

Zidentyfikowane dotychczas składowe zaangażowania w ruch samopomocy i pozytywnie związane z utrzymywaniem abstynencji to: uczęszczanie na mityngi (46, 47, 48, 49), posiadanie sponsora (15, 50, 51), bycie sponsorem dla innego uczestnika spotkań grup samopomocy (15), długość pobytu w ruchu samopomocy (12, 52), liczba zrealizowanych kroków z Programu 12 Kroków oraz utożsamianie się z ruchem Anonimowych Alkoholików (53). Jak wynika z badań, niektóre z nich są również predyktorami jakości życia. Liczba zrealizowanych kroków z Programu 12 Kroków i bycie sponsorem dla innego uczestnika są pozytywnie związane z redukcją objawów psychiatrycznych u osób uzależnionych od alkoholu (13). Zaangażowaniu w realizację Programu 12 Kroków wśród narkomanów

towarzyszy redukcja lęku, depresji i wrogości (46). Dłuższemu pobytowi we wspólnocie AA sprzyja również poprawa jakości życia jej członków (12).

Badania przeprowadzone na 70 uczestnikach ruchu AA pokazały, że zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków prawdopodobnie pośredniczy pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a redukcją negatywnego afektu i wzrostem satysfakcji z życia. Ta sama zmienna przypuszczalnie pośredniczy pomiędzy długością abstynencji a redukcją negatywnego afektu. Rezultaty badań potwierdziły również pośredniczącą rolę długości abstynencji pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a satysfakcją z życia, a także mediacyjny charakter długości pobytu w ruchu samopomocy w relacji długości abstynencji i afektu negatywnego (patrz część 1 niniejszego artykułu).

Celem tego projektu była weryfikacja rezultatów uzyskanych w badaniach opisanych w części 1, na podstawie których uprawdopodobniono pośredniczącą rolę zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy i długością abstynencji a wskaźnikami dobrostanu psychicznego. Podobnie jak w poprzednim projekcie (część 1), zastosowano dwa wskaźniki dobrostanu psychicznego. Pozytywną miarą dobrostanu była Drabinka Cantrila. Natomiast negatywną miarą dobrostanu – Skala Beznadziejności Becka. I jest to znacząca różnica w porównaniu do tych badań, w których jako negatywną miarę zastosowano Skalę Afektu Negatywnego, odnoszącą się do bilansu emocji negatywnych.

### **Hipotezy badawcze**

1. Zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków jest zmienną pośredniczącą pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a satysfakcją z życia i poczuciem beznadziejności.
2. Zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków jest zmienną pośredniczącą pomiędzy długością abstynencji a poczuciem beznadziejności, natomiast pozytywny wskaźnik jakości życia, w postaci satysfakcji z życia, jest bezpośrednio związany z długością abstynencji.
3. Długość pobytu w ruchu samopomocy jest zmienną pośredniczącą pomiędzy długością abstynencji a negatywną miarą jakości życia w postaci poczucia beznadziejności. Długość abstynencji jest zmienną pośredniczącą pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a pozytywną miarą jakości życia w postaci satysfakcji z życia.

### **MATERIAŁ I METODA**

W badaniach wzięło udział 93 dobranych losowo uczestników kilkunastu poznańskich grup Anonimowych Alkoholików. Wszyscy badani wyrazili zgodę na udział w projekcie badawczym. Kwestionariusze były rozdawane przez studenta psychologii i wypełniane przez respondentów indywidualnie w domu.

Mężczyźni stanowili 76,3% badanych, a kobiety – 23,7%. W wieku 20–30 lat było 6,5% osób, 30–40 lat – 11,8%, 40–50 lat – 30,1%, 50–60 lat – 44,1% oraz w wieku powyżej 60 lat – 7,5%. W grupie badanych znalazło się 3,2% panien, 11,8% kawalerów, 8,6% mężatek, 44,1% żonatych, 20,4% osób rozwiedzionych, 7,5% – owdowiałych oraz 4,3% – będących w separacji.

Abstynencję krótszą niż jeden rok miało 24,73% badanych, od roku do pięciu lat – 32,25%, natomiast powyżej pięciu lat – 43,01%. Na spotkania wspólnoty AA krócej niż jeden rok uczęszczało 11,82% osób, od roku do pięciu lat – 30,10%, natomiast powyżej pięciu lat – 58,06%. Z porad psychologa korzystało 60,21% osób uzależnionych.

W projekcie badawczym zastosowano następujące miary: Skalę Poczucia Beznadziejności Becka, Drabinkę Cantrila oraz 3 jednopytaniowe miary dotyczące długości pobytu w ruchu samopomocy, długości abstynencji oraz zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków.

Zmienna dobrostanu psychicznego została zoperacjonalizowana za pomocą dwóch wskaźników: poczucia beznadziejności oraz ogólnego zadowolenia z teraźniejszego życia.

Skala Poczucia Beznadziejności Becka jest narzędziem badawczym dość powszechnie używanym jako jedna z negatywnych miar do badania dobrostanu psychicznego oraz jakości życia (54, 55, 56, 57, 58, 59, 60). Odnosi się bezpośrednio do trzeciego elementu depresyjnej triady poznawczej – negatywnej i pesymistycznej oceny przyszłości (61). Narzędzie to składa się z dwudziestu twierdzeń, na które respondent odpowiada twierdząco lub przecząco, w zależności od tego, czy zgadza się z nimi czy też nie. Im wyższą liczbę punktów uzyskuje osoba badana, tym większe jest poczucie beznadziejności. Rzetelność dla całej skali, w zależności od populacji, na której dokonywano pomiaru i zastosowanej metody, kształtuje się w granicach od 0,65 do 0,93 (62, 63, 64).

Drabinka Cantrila\* to narzędzie do pomiaru szczęścia i zadowolenia z życia. Rzetelność skali 0,76 (54) i 0,65 (65).

Wskaźnikami długości abstynencji oraz długości pobytu w ruchu samopomocy była liczba lat; wskaźnikiem zaangażowania w Program 12 Kroków – liczba zrealizowanych kroków.

## WYNIKI

Do obliczeń użyto pakietu statystycznego SPSS PC. Dla wszystkich zmiennych obliczono współczynniki korelacji. Do zweryfikowania mediacyjnej roli Programu 12 Kroków zastosowano analizę regresji liniowej.

Dana zmienna występuje w roli pośredniczącej wówczas, kiedy jest związana ze zmienną zależną i zmienną niezależną. Również zmienna zależna musi być związana ze zmienną niezależną. Po wprowadzeniu wszystkich trzech zmiennych

---

\* więcej informacji nt skali – patrz część 1 tego artykułu

do równania regresji liniowej, zmienna będąca mediatorem powinna pozostać predyktorem zmiennej zależnej, podczas gdy uzyskana wcześniej istotna statystycznie zależność pomiędzy zmienną niezależną a zmienną zależną powinna zostać zredukowana do poziomu nieistotnego statystycznie (66).

Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2.

Wartości współczynników korelacji pomiędzy zmiennymi (n = 93)

Correlations between variables (n = 93)

	1	2	3	4
1. Zaangażowanie w Program 12 Kroków <i>Involvement in 12-step Program</i>				
2. Długość pobytu w AA <i>Length of time spent in AA</i>	0,34**			
3. Satysfakcja z życia <i>Life satisfaction</i>	0,21*	0,20*		
4. Poczucie beznadziejności <i>The feeling of hopelessness</i>	-0,27**	-0,26**	-0,38**	
5. Długość abstynencji <i>Length of abstinence</i>	0,35**	0,60**	0,21*	-0,22*

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników uzyskanych w badaniach do pracy magisterskiej pt. *Poczucie jakości życia członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików*.

Source: personal elaboration based on results from project research titled *The quality of life of members of Alcoholics Anonymous community*.

Zanotowano istnienie słabego pozytywnego związku pomiędzy długością abstynencji, długością pobytu w ruchu samopomocy, realizacją Programu 12 Kroków a satysfakcją z życia. Uzyskano negatywną zależność o niewielkiej sile w odniesieniu do relacji pomiędzy długością abstynencji, długością pobytu w ruchu samopomocy, realizacją Programu 12 Kroków a poczuciem beznadziejności. Ponadto stwierdzono umiarkowany pozytywny związek pomiędzy długością abstynencji i długością pobytu w ruchu samopomocy a zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków oraz dodatnią umiarkowanie silną korelacją pomiędzy długością abstynencji i długością pobytu w ruchu samopomocy.

Dalsza weryfikacja postawionych hipotez odbyła się z zastosowaniem analizy regresji wielokrotnej. Do równania regresji wprowadzono równocześnie po 3 zmienne (zmienną niezależną, potencjalną zmienną pośredniczącą oraz zmienną zależną), których wzajemne związki przeanalizowano wcześniej na podstawie uzyskanych współczynników korelacji (patrz tab. 2).

Pierwszy model zakładał wprowadzenie do równania regresji długości pobytu we wspólnocie AA jako zmiennej niezależnej, satysfakcji z życia jako zmiennej zależnej oraz zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków jako potencjalnej zmiennej pośredniczącej. Po wprowadzeniu do równania regresji trzech wymienionych zmiennych, zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków pozostawało nadal w charakterze predyktora satysfakcji z życia ( $\beta = 0,214$ ;  $F = 4,33$ ;  $p < 0,05$ ), podczas gdy siła związku pomiędzy długością pobytu we wspólnocie

AA i satysfakcją z życia (patrz tab. 2) została zredukowana do poziomu nieistotnego statystycznie ( $\beta = 0,141$ ;  $p = 0,198$ ). Oznaczało to, że zaangażowanie w Program 12 Kroków prawdopodobnie pełni rolę pośredniczącą pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a satysfakcją z życia.

W kolejnym modelu zastosowano tę samą grupę zmiennych, z jednym wyjątkiem – w roli zmiennej zależnej, zamiast satysfakcji z życia, wykorzystano poczucie beznadziejności. Również i tym razem predyktorem poczucia beznadziejności pozostało zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków ( $\beta = -0,273$ ;  $F = 7,26$ ;  $p < 0,01$ ), natomiast związek pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a poczuciem beznadziejności (patrz tab. 2) uległ osłabieniu do poziomu nieistotnego statystycznie ( $\beta = -0,190$ ;  $p = 0,079$ ). Był to dowód na to, że zaangażowanie w Program 12 Kroków prawdopodobnie pełni rolę pośredniczącą pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a poczuciem beznadziejności.

W trzecim modelu wykorzystano następujące zmienne: długość abstynencji (zmienna niezależna), zaangażowanie w Program 12 Kroków (domniemana zmienna pośrednicząca) oraz satysfakcja z życia (zmienna zależna). Po wprowadzeniu do równania regresji tych trzech zmiennych okazało się, że predyktorem satysfakcji z życia jest długość abstynencji ( $\beta = 0,215$ ;  $F = 4,37$ ;  $p < 0,05$ ), a nie jak zakładano zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków. Równocześnie nastąpił spadek siły związku pomiędzy zaangażowaniem w realizację Programu 12 Kroków a satysfakcją z życia – z poziomu istotnego statystycznie (patrz tab. 2) do poziomu nieistotnego ( $\beta = 0,158$ ;  $p = 0,151$ ). Był to dowód na to, że długość abstynencji występuje prawdopodobnie w roli zmiennej pośredniczącej pomiędzy zaangażowaniem w Program 12 Kroków a satysfakcją z życia.

W czwartym modelu wprowadzono jedną zmianę w stosunku do rozwiązania poprzedniego – w charakterze zmiennej zależnej, zamiast satysfakcji z życia, użyto poczucia beznadziejności. Po wprowadzeniu zmiennych do równania regresji, zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków pozostawało predyktorem poczucia beznadziejności ( $\beta = 0,273$ ;  $F = 7,26$ ;  $p < 0,01$ ), podczas gdy siła związku pomiędzy długością abstynencji a poczuciem beznadziejności (patrz tab. 2) została zredukowana do poziomu nieistotnego statystycznie ( $\beta = -0,144$ ;  $p = 0,186$ ). Oznaczało to, że zaangażowanie w Program 12 Kroków jest przypuszczalnie zmienną pośredniczącą pomiędzy długością abstynencji a poczuciem beznadziejności.

Podczas dwóch kolejnych analiz sprawdzano relacje pomiędzy długością abstynencji, długością pobytu w ruchu samopomocy oraz dwoma wskaźnikami dobrostanu psychicznego.

W piątym modelu jako zmienną zależną zastosowano satysfakcję z życia. Po wprowadzeniu do równania regresji, poza wymienioną zmienną, również długości pobytu w ruchu samopomocy i długości abstynencji okazało się, że ta ostatnia pełni rolę predyktora satysfakcji z życia ( $\beta = 0,239$ ;  $F = 5,52$ ;  $p < 0,05$ ). Jednocześnie miała miejsce redukcja siły związku pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a satysfakcją z życia, odpowiednio z wartości  $r = 0,20$  (patrz tab. 2) do poziomu  $\beta = 0,138$  ( $p = 0,289$ ).

Odwrotna sytuacja miała miejsce w momencie, gdy jako zmienną zależną wykorzystano inny wskaźnik dobrostanu psychicznego – poczucie beznadziejności. Wówczas predyktorem poczucia beznadziejności została długość pobytu w ruchu samopomocy ( $\beta = 0,270$ ;  $F = 7,18$ ;  $p < 0,01$ ). Uzyskany wcześniej istotny statystycznie związek pomiędzy długością abstynencji a poczuciem beznadziejności (patrz tab. 2) również uległ redukcji do poziomu nieistotnego statystycznie ( $\beta = -0,102$ ;  $p = 0,429$ ). Był to dowód na to, że długość pobytu w ruchu samopomocy odgrywa prawdopodobnie rolę pośredniczącą w relacji pomiędzy długością abstynencji a poczuciem beznadziejności.

## DYSKUSJA

Postawione hipotezy zostały w znacznej mierze potwierdzone. Zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków jest prawdopodobnie zmienną pośredniczącą pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a satysfakcją z życia i poczuciem beznadziejności. Ta sama zmienna odgrywa rolę pośredniczącą w relacji długości abstynencji i poczucia beznadziejności. Długość abstynencji przypuszczalnie pośredniczy pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a satysfakcją z życia. Prawdopodobnie długość pobytu we wspólnocie AA odgrywa również pośredniczącą rolę pomiędzy długością abstynencji a poczuciem beznadziejności. Hipoteza 2 znalazła tylko częściowe potwierdzenie. Zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków prawdopodobnie pośredniczy pomiędzy długością abstynencji a poczuciem beznadziejności. W przypadku zastosowania jako zmiennej zależnej pozytywnej miary dobrostanu, okazało się, że w roli zmiennej pośredniczącej, zamiast zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków, wystąpiła długość abstynencji, natomiast tej pierwszej przypadła rola zmiennej niezależnej.

Rezultaty badań są w znacznej mierze zbieżne z wynikami otrzymanymi podczas realizacji projektu opisanego w części 1. Ich wartość jest tym większa, że uzyskano je mimo zastosowania innej negatywnej miary dobrostanu psychicznego. Pozwalają z większą dozą prawdopodobieństwa wypowiadać się na temat prawdziwości odkrytego modelu powrotu do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu, w którym istotną rolę odgrywa udział w spotkaniach wspólnoty Anonimowych Alkoholików oraz zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków. Główną wadą tego modelu jest fakt, że został stworzony na podstawie badań poprzecznych i wymaga dalszej weryfikacji w badaniach podłużnych. Tylko po zastosowaniu modelu podłużnego i uzyskaniu potwierdzenia prawdziwości przyjętych hipotez, można będzie zdecydowanie wypowiadać się o relacjach przyczynowo-skutkowych pomiędzy wyróżnionymi zmiennymi. Użyte do weryfikacji hipotez rozwiązania statystyczne tylko w określonej mierze i z pewnym prawdopodobieństwem wskazują kierunek relacji przyczynowo-skutkowych ujętych w modelu.

Poprawa satysfakcji z życia, redukcja poczucia beznadziejności oraz afektu negatywnego jest prawdopodobnie wynikiem zaangażowania w realizację Programu

12 Kroków, co jest konsekwencją długości pobytu w ruchu samopomocy. Oznacza to, że osoby uzależnione, trafiające do wspólnoty AA, mają szansę na zwiększenie satysfakcji z życia oraz na redukcję poczucia beznadziejności poprzez konsekwentne korzystanie z tej formy pomocy. Prawdopodobnie im dłużej przebywają we wspólnocie AA, tym bardziej zwiększa się szansa poprawy jakości ich życia, dzięki zaangażowaniu w realizację Programu 12 Kroków. Przypuszczalnie poprzez pobyt w ruchu samopomocy są zdolni do zachowywania dłuższej abstynencji, co z kolei wpływa na poprawę satysfakcji z życia. Z drugiej strony, prawdopodobnie utrzymywanie abstynencji stymuluje ich do dalszego udziału w spotkaniach grup samopomocy, a to prowadzi do redukcji poczucia beznadziejności oraz afektu negatywnego. Wydaje się, że pierwszy mityng Anonimowych Alkoholików i pomyślna próba zachowania abstynencji motywują do dalszego udziału w tej formie pomocy, co przedłuża czas pobytu w ruchu samopomocy, sprzyjając tym samym redukcji doświadczanych stanów patologicznych. Utrzymywanie abstynencji skłania równocześnie do zaangażowania się w realizację Programu 12 Kroków, co przyczynia się do spadku intensywności stanów negatywnych, takich jak poczucie beznadziejności oraz afekt negatywny. Po pewnym czasie bytności wśród Anonimowych Alkoholików sytuacja prawdopodobnie ulega zmianie. Wtedy to długość abstynencji wpływa pozytywnie na dalszy pobyt w ruchu samopomocy oraz na realizację Programu 12 Kroków. Z kolei te elementy przypuszczalnie przyczyniają się do poprawy satysfakcji z życia.

Na podstawie stworzonego modelu można wyciągnąć wnioski, że redukcja stanów patologicznych nie jest równoznaczna z osiągnięciem szczęścia i satysfakcji z życia, podtrzymując tym samym dualizm podejścia do zdrowia, który znajduje wyraz w koncepcji patogenetycznej i salutogenetycznej. Z drugiej strony, zgodnie z teorią ekwipotencjalności, w oparciu o stworzony model można sądzić, że te same czynniki mogą być odpowiedzialne zarówno za redukcję stanów patologicznych, jak i za poprawę wskaźników sprzyjających zdrowiu i jakości życia. Dzięki temu identyfikacja elementów odpowiedzialnych za wzrost poziomu szczęścia może posłużyć do wykorzystania ich w celu ochrony i przeciwdziałania powstawaniu patologii i zaburzeń (67).

Główną zaletą przeprowadzonych badań jest identyfikacja procesu osiągania dobrostanu psychicznego osób uzależnionych od alkoholu poprzez udział w ruchu samopomocy i realizację Programu 12 Kroków. Ten ostatni element wydaje się być istotnym warunkiem poprawy jakości życia osób uzależnionych od alkoholu (patrz część 1 tego artykułu). Ze skutecznością realizacji Programu 12 Kroków idzie w parze jego ogromna popularność. Obecnie na całym świecie istnieją setki programów opartych na filozofii Dwunastu Kroków (68, 69, 70). Najbardziej znane i popularne to: Anonimowi Narkomani (od 1947), Anonimowi Hazardziści (od 1957), Anonimowi Żarłocy (od 1960) i Anonimowi Emocjonalni (od 1971).

Z dobrodziejstw Programu 12 Kroków korzystają również psychologowie i terapeuci w placówkach leczenia uzależnień, którzy używają niektóre jego elementy do projektowania i wdrażania oddziaływań terapeutycznych, adresowanych do

osób uzależnionych od alkoholu. Zasadność tego typu rozwiązań została w pewnej mierze potwierdzona w relacjonowanym projekcie badawczym. Zalecane jest przeprowadzenie badań podłużnych w celu weryfikacji odkrytego modelu powrotu do zdrowia osób uzależnionych. W doniesieniu z badań zostały przedstawione relacje tylko kilku elementów, składających się na ostateczną wersję stworzonego modelu. Inne jego składowe zostaną przedstawione w kolejnych publikacjach.

## WNIOSKI

1. Większej satysfakcji z życia oraz mniejszemu poczuciu beznadziejności u uczestników ruchu Anonimowych Alkoholików towarzyszy zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków, które jest prawdopodobnie wynikiem długości pobytu w ruchu samopomocy.
2. Mniejszemu poczuciu beznadziejności u uczestników ruchu AA towarzyszy zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków, którego przyczyną jest prawdopodobnie długość abstynencji.
3. Większej satysfakcji z życia uczestników ruchu AA towarzyszy dłuższa abstynencja, która jest przypuszczalnie wynikiem zaangażowania w realizację Programu 12 Kroków.
4. Większej satysfakcji z życia uczestników ruchu AA towarzyszy dłuższa abstynencja, która jest prawdopodobnie konsekwencją długości pobytu w ruchu samopomocy.
5. Mniejszemu poczuciu beznadziejności u uczestników ruchu AA towarzyszy dłuższy pobyt w ruchu samopomocy, który jest prawdopodobnie wynikiem długości abstynencji.

## PIŚMIENNICTWO

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 disorders 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. De Soto CB, O'Donnell WE, De Soto JL (1989) Long-term recovery in alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 13 (5), 693–697.
8. 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.
9. 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.
10. Cohn TJ, Foster JH, Peters TJ (2003) Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics. *Addiction Biology*, 8, 455–462.
11. 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.
12. Wnuk M (2006) Poczucie jakości życia anonimowych alkoholików. *Psychologia Jakości Życia*, 5 (1), 49–62.
13. 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.
14. Timko C, 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.
15. 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.
16. Cross GM, Morgan CW, Mooney AJ, Martin CA, Rafter JA (1990) Alcoholism treatment: a ten-year follow-up study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 17, 169–173.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Tonigan JS, Connors GJ, Miller WR (1998) Special populations in Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health and Research World*, 22 (4), 281–285.
21. Andre C, 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.
22. Zemore SE, Kaskutas LA, Ammon LE (2004) In 12-step group helping helps the helpers. *Society for the Study of Addiction*, 99, 1115–1023.
23. 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.
24. 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).
25. 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).
26. Hoffmann N (1983) Alcoholics Anonymous after treatment: attendance and abstinence. *International Journal of Addiction*, 18, 311–318 (published abstract).
27. Kaskutas LA (1996) Pathways to self-help among women for sobriety. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22 (2), 259–280.
28. 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.

29. 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).
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. Owen P, Marlatt GA (2001) Should abstinence be the goal for alcohol treatment? *American Journal on Addictions*, 10, 289–295.
34. 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.
35. McGee EM (2000) Alcoholics Anonymous and nursing. Lessons in holism and spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*, 18 (1), 11–26.
36. 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.
37. Weegmann M (2004) Alcoholics Anonymous: A group-analytic view of fellowship organizations. *Group-Analytic Society*, 37 (2), 243–258.
38. Brown AE, Whitney SN, Schneider MA, Vega CP (2006) Alcohol recovery and spirituality: strangers, friends, or partners? *South Medical Journal*, 99 (6), 654–657.
39. 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.
40. Zylstra RE (2006) The use of spirituality in alcohol recovery. *Southern Medical Journal*, 99 (6), 643.
41. Morjaria A, Orford J (2002) The role of religion and spirituality in recovery from drink problem: A qualitative study of Alcoholics Anonymous members and South Asian men. *Addiction Research and Theory*, 10 (3), 225–256.
42. Vaillant GE (2005) Alcoholics Anonymous: cult or cure? *Australian and New Zealand Journal of Psychotherapy*, 39, 431–436.
43. Keane H (2000) Setting yourself free: techniques of recovery. *Health*, 4 (3), 324–346.
44. Chen G (2006) Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50 (6), 303–326.
45. Anonimowi Alkoholicy. Fundacja Biura Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce. Warszawa 2001.
46. Miller NS, Ninouevo F, Hoffman NG, Astrachan BM (1999) Prediction of treatment outcomes: lifetime depression versus the continuum of care. *American Journal on Addictions*, 8, 243–253.
47. Richard N, Cloud PD, Craig H, Ziegler MS, Richard D, Blondell MD (2004) What is Alcoholics Anonymous Affiliation? *Substance Use and Misuse*, 39 (7), 1117–1136.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. Gabhainn SN (2003) Assessing sobriety and successful membership of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Use*, 8, 55–61.

53. Cloud RN, Ziegler CH, Blondell MD (2004) What is Alcoholics Anonymous Affiliation? *Substance Use and Misuse*, 39 (7), 1117–1136.
54. Czapiński J (1992) *Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej*. Warszawa–Poznań: Akademos.
55. Boski P (1992) *Tożsamość a odmienność kulturowa*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
56. Rosenfeld B, Breitbart W, McDonald MV, Passik SD, Thaler H, Partenoy RK (1996) Pain in ambulatory AIDS patients. II: Impact of pain on psychological functioning and quality of life. *International Association for the Study of Pain*, 68 (2–3), 323–328.
57. Derbis R (2000) *Doświadczenie codzienności*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
58. Giovagnoli AR, Avanzini G (2000) Quality of life and memory performance in patients with temporal lobe epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 101 (5), 295–300.
59. Swindells S, Mohr J, Justis JC, Berman S, Squier C, Wagener MM, Singh N (1999) Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD and AIDS*, 10 (6), 383–391.
60. Schimmer AD, Elliott ME, Abbey SE, Raiz L, Keating A, Beanlands HJ, McCay E, Messner HA, Lipton JH, Devins GM (2001) Illness intrusiveness among survivors of autologous blood and marrow transplantation. *Cancer*, 92 (12), 347–354.
61. Stach R (1991) *Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
62. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974) The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6), 861–865.
63. Holden RR, Fekken GC (1988) Test-retest reliability of the Hopelessness Scale and its items in university population. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (1), 40–43.
64. Durham TW (1982) Norms, reliability, and items analysis of the Hopelessness Scale in general psychiatric, forensic psychiatric, and college populations. *Journal of Clinical Psychology*, 38 (3), 597–600.
65. Kivett E, Palmore E (1977) Change in Life Satisfaction: A Longitudinal Study of Persons Aged 46–70. *Journal of Gerontology*, 32 (3), 311–316.
66. Chevalier SA (1999) *Illustrations of the basic concepts involved in testing for moderator/mediator variable effects*. Paper presented at the annual meeting of the Southwest Educational Research Association: San Antonio, January 21–23.
67. Diener E, Seligman MEP (2002) Very happy people. *Psychological Science*, 13 (1), 81–85.
68. Griffith E (2001) *Alkohol – tajemnicza substancja*. Warszawa: Klub dla Ciebie.
69. Scheridan CL, Radamacher SA (1998) *Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.