

# ZMIANA MOTYWACJI DO LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W TRAKCIE TERAPII ODWYKOWEJ

A CHANGE OF THE MOTIVATION IN TREATING PEOPLE ADDICTED TO ALCOHOL DURING A DISACCUSTOMING THERAPY

Jolanta Karyś, Monika Szpringer, Tomasz Karyś

Zakład Profilaktyki Społecznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Monika Szpringer

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** W przypadku osoby uzależnionej od alkoholu jednym z najtrudniejszych zadań jest zmotywowanie jej do podjęcia leczenia. Zaprzeczanie istnienia problemu wynika z samych mechanizmów choroby, jaką jest uzależnienie od alkoholu. Skuteczne motywowanie jest częstokroć procesem trudnym i rozciągniętym w czasie. Okolicznością przyspieszającą podjęcie decyzji o leczeniu jest „zwiniecie parasola ochronnego” nad alkoholikiem. Często degradacja zawodowa i utrata zdrowia są silnymi motywatorami do podjęcia terapii.

**Materiał i metoda.** Badaniu poddano 2 grupy pacjentów, w sumie 203 osoby, przebywające na leczeniu w placówce stacjonarnej w grupach wiekowych: 40–49 lat – 32% badanych, 30–39 lat – 27%, 50–59 – 25,5%, 20–29 lat – 10,5%, 60–69 lat – 5,1%, 70 lat i powyżej – 0,9%. Badanie przeprowadzono od listopada 2007 do marca 2008 roku i od stycznia do kwietnia 2009 roku. Celem badania było sprawdzenie czy i w jaki sposób motywacja pacjenta ewoluje w trakcie kilkutygodniowego procesu oddziaływań terapeutycznych.

**Wyniki badań.** Na początku leczenia 92,86% pacjentów przyznało się do braku umiejętności radzenia sobie z codziennymi trudnościami bez użycia alkoholu, świadomość ta wzrosła w trakcie terapii.

Spośród badanych najliczniejsze grupy stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim (50%) oraz kawalerowie (28%), najmniej liczne grupy reprezentowane były przez wdowców (3,5%) i osoby pozostające w separacji (1%).

Większość osób przyznała, że na leczenie zgłosili się pod presją osób bliskich, na skutek kłopotów finansowych czy zdrowotnych. Pełną świadomość o stopniu choroby osiągnęli pacjenci w trakcie terapii.

**Wnioski.** Przedstawione wyniki wskazują na konstruktywny wpływ terapii odwykowej na procesy poznawcze osób uzależnionych, co powinno oddziaływać na sferę behawioralną, szczególnie po opuszczeniu placówki odwykowej.

**Słowa kluczowe:** terapia uzależnień, alkoholizm, uzależnienie.

## SUMMARY

**Introduction.** Taking a person addicted to alcohol into consideration, one of the most difficult tasks is to motivate him/her to undergo medical treatment. Denying the existence of a problem results from the same mechanisms of an illness as an addiction to alcohol is. Effective motivation is more often than not a difficult process stretching over a long period of time. A favourable circumstance to take a decision about the treatment is to “roll up a protective umbrella” over an alcoholic. Frequently, both a decline in the prestige of his/her profession and the loss of health motivate strongly to start a therapy.

**Resources and methods.** There were two groups of patients which were studied, 203 people in total were given treatment in a full time medical facility in the age groups of different age brackets: in the 40 – 49 age bracket – 32% of the patients, in the 30 – 39 age bracket – 27%, in the 50 – 59 age bracket – 25.5%, in the 20 – 29 age bracket – 10.5%, in the 60 – 69 age bracket – 5.1%, over 70 years old – more than 0.9%. The study was conducted from November 2007 till March 2008 and from January 2009 to April 2009. The objective of the study was to check whether and in which way the patient’s motivation evolved during the therapeutic reactions.

**Results of the study.** At the beginning of the treatment 92.86% of the patients admitted that they did not have ability to tackle everyday difficulties without using alcohol, this awareness increased during the therapy.

From all the groups the largest ones were: the group of married people (50%), the group of bachelors (28%), but the least numerous were: the group of widowers (3.5%) and the group of the separated (1%).

Most people admitted that they decided to undergo the treatment under the pressure of their nearest and dearest, because of financial and health problems. Patients became the full awareness of a degree of the illness.

**Conclusions:** These results provide evidence that there is a constructive influence of a disaccustoming therapy on cognitive processes of people addicted to alcohol, which should have an impact on the sphere of behaviour, especially after leaving the medical facilities.

**Key words:** a dependence therapy, alcoholism, addiction.

## WSTĘP

W wielu krajach, w tym również w Polsce, systematycznie notuje się wzrost skutków społecznych i ekonomicznych związanych z nadużywaniem alkoholu [1, 2]. Coraz bardziej istotne jest więc poszukiwanie sposobów motywowania do podjęcia leczenia osób uzależnionych i prowadzenia skutecznych działań profilaktycznych ukierunkowanych na dzieci i młodzież. Właśnie jednym z najtrudniejszych zadań jest zmotywowanie osób uzależnionych do podjęcia leczenia. Alkoholik długo nie przyznaje się do obecności problemu alkoholowego bądź minimalizuje jego istnienie, mimo ewidentnych szkód wynikających z picia. Zaprzeczanie istnienia problemu wynika z samych mechanizmów choroby, jaką jest uzależnienie od alkoholu. Mechanizmy te sprawiają, że osoba uzależniona, w miarę jak problem narasta, zaczyna izolować się od negatywnych sygnałów płynących od osób z otoczenia, z sytuacji życiowych, a także z własnego organizmu w taki sposób, aby bronić dobrego mniemania o sobie i móc kontynuować picie [3]. Jest to wynikiem faktu, że picie przynosi oprócz szeregu strat także fundamentalne korzyści, a mianowicie osoba uzależniona bez alkoholu przestaje radzić sobie z negatywnymi emocjami, w tym także z nudą, a często również z pozytywnymi emocjami; doznaje stanu cierpienia, które z czasem może zredukować jedynie alkohol. Alkoholik nie wie dlaczego pije, stosuje więc racjonalizację, by usprawiedliwić swoje zachowanie. Czasami podświadomie prowokuje różne sytuacje, by móc potem powiedzieć: „piłem, bo...”. W miarę, jak uzależnienie narasta, system mechanizmów obronnych rozbudowuje się coraz szerzej i osobie pijącej coraz trudniej wejść w kontakt z realną rzeczywistością. Uzależniony, kiedy podejmuje się w rozmowie z nim problem picia, minimalizuje szkody związane z pićciem, wyśmiewa je, wpada w gniew, obwinia rozmówcę, zaprzecza faktom. Ponieważ negowane fakty są oczywiste dla innych, z czasem można odnieść wrażenie, że osoba uzależniona ma zaburzenia poznawcze dotyczące tego fragmentu rzeczywistości. Racjonalizacje, cykliczne przerwy w pićciu, nadgorliwość w okresach niepicia, manipulowanie ludźmi i faktami, selektywna pamięć i inne mechanizmy – wszystko to tworzy niezwykle silną strukturę zaprzeczeń, która nie pozwala alkoholikowi przyznać się do tego, że jest uzależniony [4]. Motywowanie do leczenia nie może opierać się na samych tylko informacjach, ponieważ ich sens jest starannie pomniejszany i wypaczony. Skuteczne motywowanie jest częstokroć procesem niezwykle trudnym i rozciągniętym w czasie, tylko pogłębia degradację alkoholika i poszerza rozmiar szkód spowodowanych patologicznym spożywaniem alkoholu.

Jak zgodnie twierdzą znawcy przedmiotu, w zasadzie żaden alkoholik nie zgłasza się po pomoc specjalistyczną, nie doświadczając wcześniej trudnej dla siebie sytuacji kryzysowej, psującej komfort picia, bądź wręcz uniemożliwiającej dalsze picie. Taki kryzys uderza w obronny mur mechanizmów chorobowych, powodując szczeliny, które są doskonałą przestrzenią na budowanie motywacji do leczenia – tej zewnętrznej, z dużym prawdopodobieństwem, że na niej wzmocni się motywacja wewnętrzna. Te szczeliny to zazwyczaj momenty kryzysów zdrowotnych, które dla wielu są jedynym motywem sięgania po profesjonalną pomoc [5], złego samopoczucia, któremu towarzyszy poczucie winy, sytuacje, gdy nastąpi coś szczególnie trudnego czy niepokojącego, np. wypadek, czy też inne negatywne zdarzenia związane z faktem nadużycia alkoholu. Okolicznością przyspieszającą podjęcie decyzji o leczeniu jest „zwinięcie parasola ochronnego” nad alkoholikiem, zaprzestanie krycia jego nieobecności w pracy związanych z pićciem, płacenia jego długów itp. Często degradacja zawodowa lub groźba utraty pracy bywają silnymi motywatorami do podjęcia terapii odwykowej [6]. W takich sytuacjach ważna jest jasna i czytelna informacja o tym, jak otoczenie odbiera problemy uzależnionego i jakie zamierza podjąć kroki. Najważniejsze jest jednak zachowanie konsekwencji w działaniu, a także posługiwanie się prawdziwymi argumentami używanymi wobec alkoholika. A gdy już stanie się tak, że alkoholik zgłasza się po fachową pomoc do placówki odwykowej, zaczyna naprawę widzieć krytycznie swoje życie, jak również szansę na zmianę, konieczne jest wspieranie go w tej decyzji i wszechstronna pomoc. Jak wspomina w swej książce Z. Korczak, trzeźwiejący alkoholik: „Nie pamiętam alkoholika, który pogrążony w nałogu nie chciałby się z niego wyzwolić” i potem „Nigdy nie straciłem wiary w siebie... Nawet kiedy czułem się marny i zaszczuty, coś szeptało mi: poczekaj, wyjdiesz z tego. Kiedy to będzie, nie wiedziałem” [7].

Uzależnienie od alkoholu ma poważne skutki społeczne i medyczne [8]. Motywacja do leczenia jest bardzo istotnym elementem terapii i w dużej mierze decyduje o jej powodzeniu. Bardzo istotne jest zatem zbadanie, czy i w jaki sposób motywacja pacjenta ewoluuje w trakcie kilkutygodniowego procesu oddziaływań terapeutycznych.

## MATERIAŁ I METODA

Badaniom poddano osobno 2 grupy pacjentów z województwa świętokrzyskiego, przebywających na leczeniu stacjonarnym, o łącznej liczbie 203 osoby.

Respondentami byli chorzy, u których w historii choroby była postawiona diagnoza „Zespół zależności alkoholowej” i u których nie stwierdzono zaburzeń psychotycznych ani niedorozwoju. Ankietowani to osoby w różnym wieku, z różnym wykształceniem, o różnym statusie społecznym i zawodowym, a także w różnych sytuacjach rodzinnych. Badaniu poddawano osoby według kolejności ich zgłaszania się na terapię, z uwzględnieniem wyżej wymienionych kryteriów medycznych. Badania empiryczne prowadzone były na przełomie lat 2007/2008 i w 2009 roku.

Pierwsza grupa pacjentów, licząca 105 osób, poddana była badaniu w okresie 5 miesięcy, tj. od listopada 2007 do marca 2008 roku. Pacjenci w tej grupie to alkoholicy będący w trakcie leczenia odwykowego, polegającego na psychoterapii behawioralno-poznawczej. Uczestniczyli w programie terapeutycznym trwającym 6–8 tygodni. W momencie przeprowadzania badań przebywali w placówce co najmniej kilka tygodni i w ciągu tego czasu poddawani byli oddziaływaniom terapeutycznym. Dodatkowym kryterium tej grupy badawczej, oprócz wyżej wymienionych, było podpisanie przez każdego pacjenta kontraktu terapeutycznego zawierającego zasady uczestnictwa w terapii odwykowej i regulamin wewnętrzny placówki.

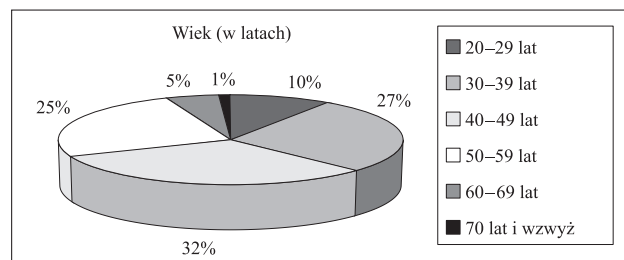
Druga grupa badawcza obejmowała 98 osób i ankietowana była od stycznia do kwietnia 2009 roku. W tej grupie znaleźli się pacjenci tuż po przyjęciu do placówki, co oznacza, że w momencie wypełniania ankiety ich pobyt wynosił 1–3 dni. W tym czasie nie mieli jeszcze żadnego kontaktu z terapeutą odwykowym, ani psychologiem, nie byli więc poddawani silnym oddziaływaniom terapeutycznym, co mogłoby mieć ewentualny wpływ na rodzaj odpowiedzi na pytania ankietowe.

Metodą wykorzystaną w badaniu był sondaż diagnostyczny, narzędziem zaś ankieta własna.

## WYNIKI I OMÓWIENIE

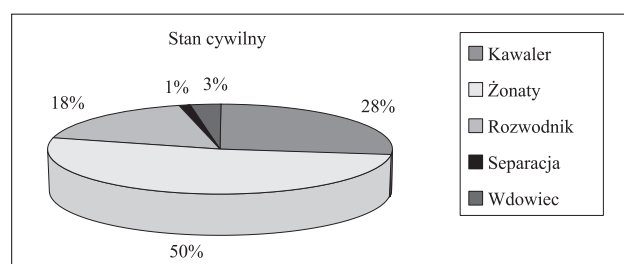
Najliczniejszą grupę badanych stanowili pacjenci w wieku 40–49 lat i było to 32% wszystkich respondentów. Drugą co do liczebności grupą byli chorzy w wieku 30–39 lat – 27%, a następnie 50–59 lat, z odsetkiem 25,5%. Młodzi ludzie w wieku 20–29 lat stanowili 10,5%. Jak więc pokazuje badanie, na leczenie zgłaszają się osoby młode i w wieku dojrzałym. To ludzie, którzy popadając w uzależnienie, doświadczają problemów w pracy, rodzinie i odczuwają małą satysfakcję z życia z nałogiem. To również grupa, która ma jeszcze dobre perspektywy, pod warunkiem zachowania trzeźwego życia. Mało liczną grupą pośród

badanych byli pacjenci w wieku 60–69 lat, stanowiąc 5,1% wszystkich badanych, 0,9% to chorzy w wieku 70 lat i powyżej. Ci pacjenci to głównie osoby o dość znacznej degradacji biopsychospołecznej, kierowani na leczenie przez instytucje opieki społecznej i dorosłe dzieci, chcące uchronić swych bliskich bądź podopiecznych przed przedwczesną śmiercią.



Ryc. 1. Przedziały wiekowe badanych

Połowa badanych to ludzie żonaci, których rodziny prawdopodobnie wykazały różnorodną inicjatywę w motywowaniu alkoholika do leczenia. Pacjenci ci mają ponadto świadomość wieloaspektowych ewentualnych strat, jakie poniosą, jeśli nie podejmą próby zerwania z nałogiem. Kawalerowie stanowią 28%, a ich obecność w placówce odwykowej można tłumaczyć naciskiem rodzin, a także chęcią ułożenia sobie trzeźwego życia, z założeniem rodziny włącznie (akcentowali to w ankietach). Rozwodnicy stanowią 17,5% ankietowanej grupy. Przyznają, że głównym powodem rozvodu był ich alkoholizm. Wdowcy to 3,5% grupy, a żyjący w separacji to 1% badanych. Wszystkie te osoby zgłosiły się na oddział z innych powodów niż presja żon. Rola tu odgrywały inne osoby z rodziny, kłopoty w pracy, znaczny ubytek zdrowia, kolizja z prawem i inne.



Rycina 2. Stan cywilny ankietowanych

Najwięcej badanych osób ma wykształcenie zasadnicze zawodowe – 46%, wykształcenie podstawowe – 26%, osoby z wykształceniem średnim stanowią 24,5%, z wykształceniem wyższym – tylko 3,5%.

Na początku pobytu 92,86% pacjentów przyznaje się do braku umiejętności radzenia sobie z codziennymi trudnościami bez użycia alkoholu, w trakcie terapii już wszyscy widzą u siebie ten problem. Różnica ta wynika ze wzrostu świadomości i wglądu w siebie i swoje zachowania, co jest efektem procesu terapeutycznego.

Tabela 1. Radzenie sobie z trudnościami życiowymi

W czasie leczenia chcę się nauczyć, jak radzić sobie z problemami i kłopotami, nie sięgając po alkohol	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	91	92,86	105	100	7,14
Nie	7	7,14	0	0	0

Tabela 2. Relacje z bliskimi osobami

Zdecydowałem się na leczenie, ponieważ zdałem sobie sprawę z tego, że pijąc skrzywdziłem wiele ważnych dla mnie osób	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	88	89,80	105	100	10,2
Nie	10	10,20	0	0	0

Tabela 3. Alkohol a straty

Podjąłem decyzję o leczeniu, bo przez alkohol bardzo wiele straciłem	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	90	91,83	103	98,09	6,26
Nie	8	8,16	2	1,90	6,26

Tabela 4. Poczucie wstydu

Zgłosiłem się na leczenie, bo wstydę się swojego picia	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	89	90,81	97	92,38	1,57
Nie	9	9,18	8	7,62	1,56

Tabela 5. Identyfikacja z chorobą

Podjąłem leczenie, bo jestem alkoholikiem	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	89	90,81	104	99,05	8,24
Nie	9	9,18	1	7,62	0,95

Tabela 6. Presja osób bliskich

Podejmuję leczenie głównie dlatego, że moi bliscy tego oczekują	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	81	82,65	86	81,90	0,75
Nie	6	6,12	3	2,85	3,27

Tabela 7. Relacje z rodziną

Zdecydowałem się na leczenie, ponieważ tracę rodzinę (pogorszenie relacji ze współmałżonkiem, z dziećmi)	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	71	72,44	67	63,80	8,64
Nie	27	27,55	38	36,19	8,64

Tabela 8. Problemy finansowe

Przyszedłem na leczenie, ponieważ z powodu picia mam problemy finansowe	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	77	78,57	75	71,43	7,14
Nie	21	21,43	30	28,57	7,14

Tabela 9. Straty zdrowotne

Zdecydowałem się na leczenie, bo przez picie tracę zdrowie	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	88	89,80	77	73,33	16,47
Nie	10	10,20	28	26,67	16,47

Tabela 10. Doznania psychotyczne

Podejmuję leczenie, bo mam już „zwidy”, „słyszę głosy”, lęki	Motywacja początkowa n=98	%	Motywacja w terapii n=105	%	Różnica %
Tak	37	37,75	41	39,04	1,29
Nie	61	62,25	64	60,95	1,30



Podobnie wzrasta świadomość pacjentów na temat wpływu ich nałogu i związanych z nim zachowań na relacje z bliskimi. Psychoterapia uświadomiła większości osób ogrom i wieloaspektowość tego zjawiska, choć tuż po zgłoszeniu się na leczenie, krytycyzm odnośnie tego problemu wyraziło niespełna 90% badanych.

Poczucie poniesionych przez alkoholizm strat w momencie przyjęcia na leczenie miało ponad 91,8% chorych, w trakcie terapii odsetek ten zwiększył się do 98%. Różnica 6,26% jest kolejnym dowodem na dostrzeganie skutków patologicznego spożywania alkoholu. Terapia skutecznie burzy chore, a buduje zdrowe oblicze osobowości alkoholika, z trzeźwym spojrzeniem na swoje dotychczasowe życie.

Poczucie wstydu silnie towarzyszy alkoholikowi podczas trwania choroby, nie zmienia tego w istotny sposób nawet terapia odwykowa. Alkoholik mimo zdobywanej wiedzy, że jest chory, wciąż czuje się na swój sposób inny, tj. gorszy od osób nieuzależnionych. Widać to w wyniku badania: podczas przyjmowania na oddział wskaźnik ten wynosił 90,81%, a po kilku tygodniach 92,38%, co stanowi różnicę 1,57%, niemającą znaczenia dla analizy zjawiska.

W miarę działań, mających na celu zniszczenie ochronnej otoczki alkoholika, zbudowanej z jego iluzji, zaprzeczania i racjonalizacji, zwiększa się znacznie szansa przyznania się do problemów z pićciem. Dla 90,8% nowo przyjętych jest jasne, że są osobami uzależnionymi. W trakcie psychoterapii do tożsamości alkoholika przyznaje się 99% badanych, co jest niewątpliwie zasługą pracy nad sobą i efektem zrozumienia, czym jest uzależnienie.

Ponad 82% respondentów przyjętych na leczenie przyznaje, że zdecydowali się na nie, ulegając presji osób bliskich. Odsetek ten nieznacznie tylko zmniejsza się w trakcie terapii (0,75%).

Wizja utraty rodziny, pogorszenie relacji z żoną i dziećmi były powodem zgłoszenia się po fachową pomoc dla 72,44% nowo przyjętych pacjentów. Po kilku tygodniach pobytu w placówce ten motyw stracił na znaczeniu i wynosił 63,8% i tym samym był niższy od poprzedniego o 8,64%. Zjawisko to można wytłumaczyć tym, że na terapii pacjenci uświadomili sobie powody, dla których ich żony i dzieci tak bardzo nalegały na leczenie, zrozumieli, że wynikało to z troski, miłości i chęci bycia razem, a nie ze względu na zamiar wyeliminowania ze wspólnego życia, jak wcześniej niejednokrotnie myśleli.

Odbudowywanie relacji rodzinnych w trakcie terapii odwykowej oddala od pacjenta wizję utraty rodziny i minimalizuje wpływ tego motywu na decyzję o poddaniu się leczeniu.

Trudności finansowe, jako powód zgłoszenia się na terapię, wykazało przy przyjęciu ponad 78% badanych. Odsetek ten zmniejszył się w trakcie psycho-

terapii o 7,1%, co można wyjaśnić zmianą myślenia, jaka nastąpiła w grupie zdrowiejących alkoholików (że straty finansowe można w jakimś stopniu odrobić), a także zmianą systemu wartości (nie strona materialna jest najważniejsza, lecz trzeźwienie i rodzina, co często akcentują trzeźwiejący alkoholicy).

Przy przyjmowaniu na oddział 90% ankietowanych deklarowało, że kłopoty zdrowotne były przyczyną zgłoszenia się na leczenie odwykowe, a po kilku tygodniach pobytu w placówce wymieniło je już tylko ponad 73%, a więc ranga zdrowia, jako motywatora, zmalała o 16,47%. W większości pacjenci zgłaszają się po pomoc po ciągach alkoholowych, czasem długich, kiedy to dolegliwości somatyczne (i inne) mocno dają o sobie znać, stąd takie ich znaczenie przy przyjęciu do placówki. Z czasem organizm wraca do równowagi, dolegliwości w dużym stopniu ustępują, a więc i zdrowie jako powód leczenia traci na znaczeniu.

Doznania psychotyczne były istotnym motywem przy zgłaszaniu się po pomoc dla prawie 38% badanych. Ten sam powód podało w trakcie leczenia 39%, co daje różnicę 1,29%, nie mającą znaczenia dla wyniku badania.

## WNIOSKI

Nie można w sposób jednoznaczny określić zjawiska transformacji, jaka dokonuje się w sferze motywacji pacjentów w trakcie terapii odwykowej. Jest jednak wyraźnie zaznaczona pewna prawidłowość w ich zmianie.

1. W trakcie kilkutygodniowego pobytu na oddziale zwiększyła się identyfikacja z chorobą, wzrosła świadomość strat spowodowanych pićciem.
2. Z jednoczesnym wzrostem motywacji wewnętrznej maleje znaczenie motywatorów zewnętrznych.
3. Przedstawione wyniki wskazują na konstruktywny wpływ terapii odwykowej na procesy poznawcze osób uzależnionych, co powinno również pozytywnie oddziaływać na sferę behawioralną, szczególnie po opuszczeniu placówki odwykowej.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Global Status Report Alcohol 2004 WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva 2004; 3.
- [2] Mielecka-Kubień X, Wędzicha E. Ocena skutków picia alkoholu przez osoby uzależnione. Alkoholizm i Narkomania 2008; 21: 21–38.

[3] Sobolewska-Mellibruda Z, Mellibruda J. Integracyjna psychoterapia uzależnień. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006; 124.

[4] Osiatyński W. Grzech czy choroba. Iskry, Warszawa 1997; 21.

[5] Babiarz M, Koziej S, Szpringer M. Wybrane problemy współczesnej młodzieży. Wyd. STAMP PARTNER, Kielce 2007; 136.

[6] Miller M, Górski T. Rodzina uzdrowiona. Warszawa 1996; 11.

[7] Korczak Z. Umierałem sto razy. Warszawa 2006; 31.

[8] Proudfoot H, Baillie AJ, Teesson M. The structure of alcohol dependence in the community. Drug and Alcohol Dependence 2006; 81: 21–26.

**Adres do korespondencji:**

prof. dr hab. Monika Szpringer  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach  
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: mszprin@poczta.onet.pl  
tel. 41 349 69 31