

Agnieszka Pietrzyk

Uczucia i myśli trzeźwiejącego alkoholika - sprawcy przemocy wewnątrzrodzinnej

Chowanna 1, 102-120

2000

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2000	R. XLIII (LIV)	T. 1 (14)	s. 102—120
------------	--	---------------	-------------------	--------------	------------



Agnieszka PIETRZYK

Uczucia i myśli trzeźwiejącego alkoholika — sprawcy przemocy wewnątrzrodzinnej

Poniższy artykuł jest kontynuacją raportu z badań empirycznych poświęconych przeżyciom (percepcji, myśleniu i emocjom) alkoholików podejmujących leczenie odwykowe, którzy zgłosili się na nie pod wpływem zgłaszanej przez swych partnerów życiowych groźby rozwodu lub wniesienia skargi do prokuratury o fizyczne i moralne znęcanie się nad rodziną. Przedstawia on uczucia i myśli towarzyszące uświadamianiu sobie w procesie zdrowienia własnej przemocy wobec najbliższych. Uzyskane wyniki badań mogą służyć jako wskazówki dla próbujących zachować abstynencję do uczenia się konstruktywnego naprawiania krzywd wyrządzonych sobie i bliskim.

Wyniki ukazujące percepcję własnej przemocy wewnątrzrodzinnej trzeźwiejącego alkoholika zostały przedstawione podczas VII Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej na temat *Przemoc w rodzinie*, w Katowicach, w listopadzie 1996 roku.

Ludzie uzależnieni od alkoholu zachowują się nieadekwatnie do sytuacji nie tylko będąc pod jego wpływem, lecz także wtedy, gdy już nie piją. Niektóre objawy choroby występują też w czasie abstynencji. Alkoholicy trzeźwiejąc, mogą tracić kontrolę nad swoim zachowaniem. Zdarza się, że mają trudności z oceną rzeczywistości, jasnym myśleniem, pamięcią. Mogą występować u nich zaburzenia afektywne, somatyczne, kłopoty w funkcjonowaniu społecznym. Wszystkie wymienione nieprawidłowości mogą nieraz kumulować się tak

bardzo, iż blokują możliwość prawidłowego zdrowienia (Dodziuk, 1992; Fijewski, 1994; Gorski, Miller, 1991; Johnson, 1992; Król-Fijewska, 1991; Mellibruda, 1995; Monti i in., 1994; Potter-Efron, 1991, 1994; Potter-Efron, 1996; Szczepańska, 1992; Sztander, 1992; Volpicelli, 1994).

Zdrowienie zaczyna się od akceptacji faktu, że nie można bezpiecznie pić. Abstynencja jednak nie wystarcza, by być zdrowym. To jedynie środek do celu, którym jest prowadzenie normalnego, spokojnego, produktywnego życia. Rehabilitacja wymaga od trzeźwiejącego naprawienia fizycznych, psychicznych i społecznych szkód wyrządzonych sobie i bliskim osobom. To długi proces, któremu w sposób naturalny towarzyszą nawroty choroby alkoholowej, a ceną ich jest długotrwałe cierpienie.

Zdrowienie wymaga czasu. Jak wskazują najnowsze badania (Gorski, Miller, 1991; Glatt, za: Norwood, 1992, s. 184—185), pełny powrót do normalności zabiera przeciętnie alkoholikowi od 8 do 10 lat. Na rozwiązanie samych tylko najważniejszych problemów spowodowanych przez uzależnienie potrzeba od 2 do 3 lat. Proces zdrowienia obejmuje sześć okresów rozwojowych: 1) uczenie się, przez ponoszenie konsekwencji własnego postępowania, iż nie jest się w stanie bezpiecznie pić (to tzw. okres poprzedzający leczenie); 2) odzyskiwanie kontroli nad procesami myślenia, zachowania, emocjami, pamięcią, zdolnością realistycznego osądu (to okres stabilizacji); 3) zaakceptowanie choroby i uczenie się życia bez alkoholu (tzw. wczesny okres zdrowienia); 4) dążenie do normalnego życia w zgodzie z sobą i innymi (tzw. zdrowienie zaawansowane); 5) osiąganie poczucia własnej wartości, znalezienie sensu życia, bliskie kontakty z ludźmi, dojrzewanie duchowe (tzw. późny okres zdrowienia); 6) utrzymanie trzeźwości (Gorski, Miller, 1991, s. 72—80).

Zdrowienie nie jest procesem przebiegającym liniowo. Na jego kolejnych etapach alkoholik zdobywa pewien zasób wiedzy, stopniowo zaczyna rozumieć swoją chorobę, siebie, pułapki swych negatywnych myśli i uczuć wpływających na zachowanie oraz konsekwencje destruktywnych działań własnych. Nabywa umiejętności radzenia sobie ze stresem w sposób konstruktywny. Trafia często na zadania, które uważa za niewykonalne, utyka w martwym punkcie i... zaczyna na nowo pić, by zredukować poczucie bezradności i bezsilności, napięcie i cierpienie wewnętrzne, poczucie wyrządzonej mu w przeszłości krzywdy, poczucie rozpadania się porządku życia (Mellibruda, 1995).

Specjaliści zajmujący się profesjonalną pomocą osobom wychodzącym z uzależnienia często słyszą od swoich pacjentów dramatyczne pytanie: Nie piję, ale co mam zrobić ze swoją złością? (Potter-Efron, 1994, 1996). Badania empiryczne pokazują, iż nie ma prostej relacji między nadużywaniem alkoholu a złością i agresją. Te dwa czynniki splatają się w złożony

i tajemniczy sposób. Jednak jedna zasada wydaje się oczywista: wszelkie środki psychoaktywne mogą pobudzać złość i agresję, a przemoc jest wynikiem połączenia środka chemicznego, sytuacji, oczekiwań, osobowości uzależnionej osoby oraz jej otoczenia. Korelacja pomiędzy nimi istnieje, ale nie sposób jej jednoznacznie sprecyzować — stwierdzają badacze (Cohen, Flanzer, Sturkie, Jesse, za: Potter-Efron, 1994, 1996; Gelles, Strauss, 1978).

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni leczeni ambulatoryjnie lub w zakładach zamkniętych cierpią z powodu chronicznej złości, przejawiającej się stałą gotowością do natychmiastowego reagowania gwałtownie i bez prób hamowania wybuchów (Monti i in., 1994; Potter-Efron, 1994, 1996). To wzorzec odczuwania, myślenia i działania, w którym człowiek wyszukuje, rozbudza i wydłuża doznania złości, irytacji, wściekłości. Jednocześnie temu wzorcowi towarzyszy niewrażliwość na inne uczucia.

Zdrowiejący alkoholik uczy się rozpoznawać pułapki swej złości. Jedną z nich jest zachowanie gniewne, notoryczne, o automatycznym charakterze. To *modus operandi* uzależnionego, uwalniający go od lęków, niepewności i cierpienia, zaspokajający potrzeby (np. posłuszeństwo, strach, podziw, uwaga innych).

Drugą pułapkę stanowią wzorce negatywnego myślenia. Przejawia się to odbieraniem niewinnych komentarzy jako osobistych zniewag, pogroźek, hołdowaniem wrogości, podejmowaniem każdej walki i wykorzystywaniem każdej okazji do okazania złości i agresji.

Kolejną pułapką jest ekstremizm emocjonalny. Ujawnia się on nieproporcjonalnie silnym reagowaniem na zdarzenia, które wyzwoliły daną reakcję. Zdrowiejący alkoholik może przez kilka dni roztrząsać banalne wydarzenie, jawnie lub skrycie „nakręcać” się emocjonalnie całymi godzinami, nie mogąc opanować swych uczuć. Głęboka złość alkoholika niszczy jego duchowość, radość i zdolność miłości. Stopniowo staje się on cynikiem, człowiekiem podejrzliwym, zgorzkniałym, przyjmuje obronną postawę, by ukryć głębię utraconej nadziei. Posługuje się złością i agresją, by chronić się przed bólem, rozczarowaniem. Pielęgnuje swe urazy, bo nie jest zdolny do wybaczenia ani sobie, ani innym. I to jest czwarta pułapka, nazywana przez terapeutów „alkoholowym poszukiwaniem sensu życia” (Mellibruda, 1995; Monti i in., 1994; Potter-Efron, 1994, 1996).

Obserwacja życia trzeźwiejącego alkoholika pozwala zauważyć jego determinację w dążeniu do obniżania poziomu negatywnych uczuć i osłabienia napięć panujących w jego domu. Być może to proces trzeźwienia, rozciągnięty na lata, przywraca świadomość doznanych krzywd, a korzyści płynące z agresywnego zachowania raptownie się zmniejszają.

Wspomniane wcześniej badania poświęcone percepcji własnej przemocы wobec rodziny przez trzeźwiejącego alkoholika (Pietrzyk, 1996) pokazały,

iż osoby z krótkim stażem leczenia (do dwóch lat) niechętnie przyznają się do krzywdzenia swych bliskich, nie dostrzegając w swoim zachowaniu prawie niczego, co mogłoby krzywdzić członków rodziny. Osoby o dłuższym okresie leczenia odwykowego (w przytaczanym badaniu od 2,5 do 4 lat) wiedzą, iż alkoholik wpływa destrukcyjnie na życie najbliższych, sprawia im przykrość, ból i wywołuje wstyd, narusza poczucie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego. Istotnym rezultatem jest i to, że alkoholicy o krótkim stażu leczenia ofiarę znajdują najczęściej w sobie. Osoby zaś mające za sobą dłuższy okres walki z nałogiem widzą ofiary przede wszystkim we współmałżonku i w swych dzieciach. Podstawową dostrzeganą przez nich formą przemocy jest „narażanie swym zachowaniem, wyglądem na obrzydzenie oraz wstyd i ból z ujawnienia problemu alkoholowego w rodzinie” (Pietrzyk, 1996). W przytaczanym badaniu inne kategorie zachowań krzywdzących rodzinę, choć wspomniane przez niektórych trzeźwiejących alkoholików, nie uzyskały różnic statystycznie istotnych. Jest to wskazówka, że 2,5—4 lata abstynencji to początek drogi do zdrowienia alkoholika, początek uczenia się, przez ponoszenie konsekwencji własnego postępowania, iż nie można bezpiecznie pić, to stopniowe odzyskiwanie pamięci, kontroli nad myśleniem i własnymi uczuciami wywierającymi wpływ na zachowanie. Rozpoznanie, jakie są to uczucia i myśli towarzyszące własnej przemocy wobec rodziny, może ułatwić trzeźwiejącemu alkoholikowi nauczenie się dojrzałego i bezpiecznego ujawniania własnej złości oraz hamowania negatywnych myśli. Kwestia gniewnych nawykowych myśli i uczuć trzeźwego alkoholika, nie przepracowana przez niego, może pozostać główną przeszkodą rozwiązywania problemów intra- i interpersonalnych (Bradshaw, 1994; Mellibruda, 1995; Monti i in., 1994; Pospiszyl, 1994; Ratajczak, 1980; Stratton, 1988).

Problem badań

Myśli i uczucia nie są tym samym co czyny. Czy to oczywiste twierdzenie odnosi się do trzeźwiejącego alkoholika? Wiele nowych analiz psychologicznych przedstawia alkoholików już nie tylko jako osoby skrzywdzone, ale i krzywdzące innych, zwłaszcza bliskich. Dlatego chciałam poznać, co czuje i myśli trzeźwiejący w związku z uświadomieniem sobie faktu, iż swoim nadmiernym pićem szkodzi rodzinie.

Leczenie nałogu alkoholowego polega nie tylko na zaprzestaniu picia, ale i na stopniowym likwidowaniu negatywnych skutków nałogu w sferze psychicznej, tzn. na zmianie percepcji, zmianie myślenia, na zmianach emo-

cyjonalnych oraz w sferze funkcjonowania społecznego (w pełnieniu funkcji małżeńskich, rodzinnych i zawodowych). Zmiany te pojawiają się w miarę trwania procesu leczenia. Można przypuszczać, że uczucia i myśli trzeźwiejącego sprawcy przemocy wewnątrzrodzinnej modyfikują się zależnie od czasu utrzymywania abstynencji.

Postawiłam następujące pytania badawcze:

1. Co czuje i myśli trzeźwiejący alkoholik — sprawca przemocy wobec swej rodziny?

2. Czy staż leczenia odwykowego wpływa na emocje trzeźwiejącego alkoholika — sprawcy przemocy wewnątrzrodzinnej?

3. Czy staż leczenia odwykowego wywiera wpływ na rodzaje myśli (refleksji) trzeźwiejącego alkoholika — sprawcy przemocy wobec swej rodziny?

Zmienną niezależną w tym badaniu jest staż leczenia z nałogu alkoholowego, emocje zaś i uczucia trzeźwiejącego alkoholika są zmienną zależną. Wskaźnikiem pierwszej zmiennej są wypowiedzi badanych osób na temat tego, jak długo uczestniczą w leczeniu odwykowym. Wskaźnikiem zmiennej zależnej stały się wypowiedzi badanych, które dotyczyły ich uczuć i myśli towarzyszących uświadamianiu sobie własnych krzywdzących zachowań wobec bliskich.

Metoda badań

W badaniach zastosowałam metodę ustrukturuwanego wywiadu. Jego kwestionariusz (patrz załącznik nr 1) zawierał pięć grup pytań problemowych:

- spostrzeganie siebie jako sprawcy przemocy;
- atrybucja odpowiedzialności za użycie przemocy;
- uczucia i myśli sprawcy po dopuszczeniu się przemocy;
- reakcje rodziny sprawcy na jego chorobę alkoholową;
- problemy związane z leczeniem odwykowym.

Odpowiedzi badanych na poszczególne pytania wywiadu zostały następnie zaklasyfikowane do poszczególnych kategorii według kodu (patrz załącznik nr 2).

Każda rozmowa trwała na ogół 1,5 godziny. Wypowiedzi zapisywane były w arkuszach wywiadu. Kiedy odpowiedź badanego była niepełna, zadawałam pytania dodatkowe. Jeśli w dalszym ciągu nie uzyskiwałam wyczerpującej odpowiedzi, przerywałam wywiad i traktowałam go jako zakończony. Większość rozmów miała miejsce w klubach abstynenta, niektóre w poradniach

odwykowych i bardzo nieliczne w szpitalnych oddziałach leczenia odwykowego. Stosunek badanych do rozmów był bardzo zróżnicowany: od współpracy do obojętności, a czasami wrogości.

Osoby badane

Zbadałam 65 osób uzależnionych od alkoholu. Odpowiedzi diagnostycznych udzieliło 50 przebadanych i tylko te odpowiedzi uwzględniono w analizie wyników. Głównym kryterium doboru grupy był alkoholizm badanych. Dodatkowym zaś kryterium stały się uzyskane od alkoholików informacje o groźeniu im przez partnerów życiowych rozwodem lub wniesieniem skargi do prokuratury o fizyczne i moralne znęcanie się nad rodziną.

Wiek badanych wahał się od lat 25 do 55. Płeć, wykształcenie i zawód osób badanych były zróżnicowane, nie stały się jednak kryteriami doboru próby badawczej. Podział na dwie grupy narzuciła zastana rzeczywistość, tj. czas leczenia alkoholików, który wynosił rok, lub trwał od 2,5 do 4 lat.

Wyniki badań

Poniżej przytoczone rezultaty badań dotyczą odpowiedzi na pytania z części C *Kwestionariusza wywiadu* (patrz załącznik nr 1), poświęcone uczuciom i myślom trzeźwiejącego alkoholika, odnoszącym się do krzywdzonej przez niego rodziny.

Wyniki przedstawione w tabeli 1 wskazują, że wśród doznań emocjonalnych osób badanych dominują emocje związane z przykrością, smutkiem, żalem, cierpieniem i bólem (44%). Można przypuszczać, że w ten sposób badani informują o swej drodze do uwolnienia się od tych uczuć dzięki konfrontacji z nimi.

Drugą wskazywaną kategorią emocji trzeźwiejącego alkoholika, związanych z sytuacją spostrzegania swego krzywdzenia najbliższych, jest wstyd (24%), zarówno przed sobą, jak i przed rodziną, za swoje zachowanie pod wpływem nałogu.

Część wypowiedzi dotyczy zawodu i rozczarowania (14%), wynikających z niespełnienia pokładanych nadziei na dobre wspólne życie, osiągnięcie celów materialnych i pozycji społecznej.

Tabela 1

**Emocje trzeźwiejącego alkoholika, towarzyszące uświadomionym zachowaniom
krzywdzącym własną rodzinę:**

Rodzaje emocji	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi	% badanych
Przykrość, smutek, żal, cierpienie, ból	22	31,4	44
Lęk, strach, obawa	2	2,9	4
Bezradność, bezsilność, zagubienie	2	2,9	4
Złość, gniew, wściekłość	1	1,4	2
Zmęczenie, znużenie	1	1,4	2
Zawód, rozczarowanie	7	10	14
Wstyd	12	17,2	24
Odraza, wstręt	2	2,9	4
Wdzięczność	2	2,9	4
Radość, nadzieja, dobroć	5	7,1	10
Nic, obojętność, brak odczuć	5	7,1	10
Nie pamiętam	1	1,7	2
Inne	8	11,4	16
Razem	70	100	140*

* Różnica między % odpowiedzi a % osób badanych wynika stąd, iż niektórzy udzielili odpowiedzi, które zostały zaklasyfikowane do więcej niż jedna kategorii. Procent osób nie sumuje się do 100.

Niektórzy badani (10%) ujawnili brak odczuć emocjonalnych, spowodowany stosowaniem przez uzależnionych silnych mechanizmów obronnych, systemu zaprzeczeń, mających na celu kontynuację picia i podtrzymywanie alkoholowej wizji życia. Ów brak odczuć mógłby również wskazywać na brak więzi z członkami rodziny.

Inna grupa trzeźwiejących odczuwała nadzieję, radość i dobroć (10%), kierowane przede wszystkim do najbliższych za ich zdolność wybaczenia, za pokładanie w nich nadziei, że uporają się z nałogiem. Te uczucia stają się głównym motorem zdrowienia — pozytywnie ustosunkowują do trudu trzeźwienia, dają optymizm i siłę do walki. Badani (4%) ujawnili swą wdzięczność za okazanie im zaufania przez członków rodziny w chwili podjęcia leczenia odwykowego i niewypominanie wyrządzonych krzywd.

Zaskakuje, a jednocześnie niepokoi niewielki procent osób świadomych własnego lęku, strachu, obawy, zagubienia, bezradności i bezsilności (4%). Wynik ten wskazuje na to, że dopiero w przyszłości zmierzą się z tymi uczuciami i uwolnią się od nich po to, by zacząć budować nowy porządek własnego życia — bez alkoholu. Równie rzadko (4% badanych) doświadczali oni wstrętu i odrazy na przypomnienie sobie swoich krzywdzących rodzinę czynów.

Fakt iż tylko 2% badanych ujawniło świadomość przeżywanego gniewu, złości i wściekłości może wskazywać na traktowanie tych negatywnych emocji jako tak oczywistych w stosunkach z najbliższymi, iż nie są one niczym złym dla żadnej ze stron — ani sprawcy, ani ofiar zachowań krzywdzących. Pośrednio dane te pokazują, na jak wczesnym etapie uwalniania się od nałogu alkoholowego znajduje się badana grupa alkoholików. Mimo zapamiętania różnych form krzywdzących zachowań brak świadomości emocjonalnych motywów tych zachowań u trzeźwiejącego może być główną barierą odzyskiwania kontroli nad własnym działaniem, wyzwalając napięcie wewnętrzne, które musi być rozładowane natychmiast, najczęściej po starym — przez napięcie się i przeżycie ponownej ulgi. A to jest nawrót choroby alkoholowej.

Tabela 2 przedstawia rezultaty badania poświęconego myślom trzeźwiejącego alkoholika, towarzyszących uświadamianiu sobie zachowań krzywdzących

Tabela 2

Myśli trzeźwiejącego alkoholika, towarzyszące uświadamianiu sobie zachowań krzywdzących własną rodzinę

Rodzaje myśli	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi	% badanych
Zaduma, uzalenie się nad sobą i swoim zachowaniem	13	24,6	26
Wiara w lepszą przyszłość, nadzieja, że coś się zmieni	10	18,9	20
Apelowanie i ostrzeganie innych	7	13,2	19
Ujawnianie pozytywnych celów i planów	9	17	18
Brak myśli	3	5,7	6
Nie pamiętam	0	0	0
Inne	3	5,7	6
Ocenianie siebie --- pozytywnie	2	3,7	4
--- negatywnie	2	3,7	4
Ocenianie bliskich --- pozytywnie	4	7,5	8
--- negatywnie	0	0	0
Razem	53	100	105*

* Różnica między % odpowiedzi a % osób badanych wynika stąd, iż niektórzy udzielili odpowiedzi, które zostały zaklasyfikowane do więcej niż jedna kategorii. Procent osób nie sumuje się do 100.

rodzinę. Rozpoznanie wzorca myślenia osoby trzeźwiejącej ma pomóc w odzyskiwaniu przez nią kontroli nad własnymi myślami, w stopniowym przekształcaniu ich na coraz bardziej pozytywne (w czasie rozmaitych treningów umiejętności interpersonalnych) oraz w modyfikowaniu tych wyobrażeń i pojęć, które blokują dostęp do pozytywnych uczuć i bardziej realistycznych a konstruktywnych refleksji.

Uświadamianie sobie treści własnych sądów ma na celu zrozumienie, iż sposób myślenia wpływa na doznawane uczucia i zachowania. Zdrowiejący alkoholik często rozumie w sposób negatywny o zdarzeniach, które równie dobrze mógłby interpretować jako neutralne lub pozytywne. Negatywne myśli wywołują różnego rodzaju negatywne emocje i napięcia, które prowadzą często do szukania ucieczki w picciu. One też stają się samospełniającym proroctwem, prowadzą do obniżenia samooceny, zmniejszenia szacunku dla siebie i innych, do złości, gniewu, lęku lub depresji, niepokoju lub znużenia i przeciążenia. Są to sygnały, które zdrowiejący alkoholik musi nauczyć się nie tylko odczytywać, ale i hamować, by móc je następnie zmieniać.

Czy u trzeźwiejących alkoholików, sprawców przemocy wobec rodziny, dominują tylko myśli negatywne, co często eksponują prace poświęcone psychologicznym problemom zmagania się z nałogiem?

Analiza wyników przedstawionych w tabeli 2 pokazuje, że 26% zbadanych zdrowiejących alkoholików uzala się nad sobą, nad swoim postępowaniem. Z jednej strony fakt zadumy nad własnym zachowaniem jest pozytywnym sygnałem do podjęcia korekty zachowania. Z drugiej zaś strony treść owej zadumy zdradza koncentrację na własnej osobie, co może utrudniać alkoholikowi podejmowanie działań naprawczych wobec skrzywdzonych członków rodziny. Ponadto owo uzalanie się nad sobą może stać się pretekstem do dalszego rozbudowywania alibi i usprawiedliwień, składających się na system iluzji i zaprzeczeń, będących integralną częścią psychologicznych mechanizmów uzależnienia.

Część badanych (20%) ujawniło swą nadzieję i wiarę w lepszą przyszłość, w zmianę życia, związaną z leczeniem odwykowym. Trwanie w trzeźwości (choć niewątpliwie niełatwe) to pozytywne doświadczenie dla alkoholika. Jeśli owemu trwaniu — towarzyszą pozytywne myśli, można przypuszczać, że wyzwolą one pozytywne uczucia. Ów nowy wzorzec stanowi mocną podstawę kontynuacji procesu leczenia. Jego potwierdzeniem jest kolejny rezultat badań, ujawniający, iż 18% badanych ma pozytywne cele i plany przyszłościowe, co świadczy o ich dążeniu do konstruktywnych zmian w sposobie życia. To one motywują i popychają alkoholików do walki z nałogiem.

Niektórzy badani (14%) apelują i ostrzegają innych przed złymi konsekwencjami utraty kontroli nad picciem. Możliwość przekazywania swego doświadczenia dla dobra innych pozwala przypuszczać, że bycie potrzebnym i wiarygodnym jest odbudowywaną potrzebą, dzięki której można następnie rozbrajać psychologiczne mechanizmy uzależnienia (np. systemu dumy i kontroli).

Rezultaty badań przedstawione w tabeli 2 ujawniają, iż 8% trzeźwiejących alkoholików myśli pozytywnie o swojej rodzinie, co może świadczyć, że rodzina ma dla nich znaczenie zasadnicze w trwaniu w trzeźwości. Jednak ocena siebie jest ambiwalentna — 4% badanych osądza się pozytywnie

i tyleż samo — negatywnie. Wynik ten wskazuje, jak wiele trudu będzie ich jeszcze kosztowało odkrycie własnej wartości i urzeczywistnianie jej, by osiągnąć osobisty rozwój.

Nie ujawniło żadnych myśli towarzyszących uświadomieniu sobie zachowań krzywdzących własną rodzinę 6% badanych. Rezultat ten należy interpretować jako przejaw działania mechanizmów obronnych, wypierania konieczności skonfrontowania się ze skutkami swego działania. To także przejaw unikania terażniejszości, będącego składową systemu iluzji i zaprzeczeń, związanego z psychologicznymi mechanizmami uzależnienia.

Szukając odpowiedzi na pytanie, czy staż leczenia odwykowego wpływa na uczucia trzeźwiejącego alkoholika, towarzyszące uświadomieniu sobie zachowań krzywdzących rodzinę, zastosowałam test statystyczny dla dwóch wskaźników struktury (Greń, 1984). Test ten wybrałam dlatego, iż obie zmienne — zależna i niezależna — są cechami jakościowymi, tzn. niemierzalnymi. Obszar krytyczny buduje się w tym teście dwustronnie albo jednostronnie, w zależności od hipotezy alternatywnej. Postawiono hipotezę $H_0: p_1 = p_2$ wobec hipotezy alternatywnej $H_1: p_1 \neq p_2$. Z tablic rozkładu normalnego $N(0,1)$ dla dwustronnego obszaru krytycznego i przyjętego poziomu istotności $L = 0,05$ otrzymamy wartości U i U_α ; jeśli $U > U_\alpha$ — hipotezę H_0 odrzucamy. Do obliczeń zastosowany został następujący wzór:

$$U = \frac{\frac{m_1}{n_1} - \frac{m_2}{n_2}}{\frac{pq}{n}}$$

gdzie: n_1 — liczba alkoholików z krótkim stażem leczenia odwykowego;

n_2 — liczba alkoholików ze stażem długim;

m_1 — liczba wypowiedzi alkoholików z krótkim stażem leczenia;

m_2 — liczba wypowiedzi alkoholików ze stażem długim;

$$n = \frac{n_1 n_2}{n_1 + n_2}$$

$$p = \frac{m_1 + m_2}{n_1 + n_2} \quad q = 1 - p$$

Odpowiadając na pytanie, czy istnieją różnice w emocjach alkoholików z krótkim i długim stażem leczenia odwykowego, towarzyszących uświadomieniu sobie zachowań krzywdzących, zastosowałam test dla dwóch wskaźników struktury U . Wyniki przedstawia tabela 3.

Wyniki testu *U* dla emocji alkoholików z różnym stażem leczenia, towarzyszących uświadomieniu sobie zachowań krzywdzących rodzinę

Rodzaje uczuć	Krótki staż leczenia		Długi staż leczenia		Wartość <i>U</i>
	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi	
Przykrość, smutek, żal, cierpienie, ból	9	31	13	31,7	0,06
Lęk, strach, obawa	1	2,4	1	2,4	0,24
Bezradność, bezsilność, zagubienie	0	0	2	4,9	1,21
Złość, gniew, wściekłość	1	2,4	0	0	1,18
Zmęczenie, znużenie	0	0	1	2,4	0,83
Zawód, rozczarowanie	2	6,9	5	12,2	1,86
Wstyd	3	10,3	9	22	1,28
Odraza, wstręt	2	6,9	0	0	1,72
Wdzięczność	0	0	2	4,9	1,21
Radość, nadzieja, dobroć	2	6,9	3	7,3	0,06
Nic, obojętność, brak uczuć	4	13,9	1	2,4	1,84
Nie pamiętam	1	2,4	0	0	1,18
Inne	4	13,9	4	9,8	0,53
Razem	29		41		

Wyniki testu *U* wskazują na niezróżnicowanie rozkładów wypowiedzi grupy alkoholików z krótkim i długim stażem leczenia odwykowego. Rezultat ten pozwala sądzić, że zmienna, jaką jest okres walki z nałogiem do 4 lat, nie ma różnicującego wpływu na emocje towarzyszące trzeźwiejącemu alkoholikowi uświadamiającemu sobie zachowania krzywdzące rodzinę.

Obie grupy z podobną częstotliwością wymieniały poszczególne kategorie emocji. Obie kładły nacisk na przeżywanie przede wszystkim przykrości, smutku, żalu, cierpienia i bólu, lęku, strachu i obawy, a także wymieniały radość, nadzieję i dobroć. Różniły się, choć nie w stopniu statystycznie istotnym, w wyszczególnianiu wstydu, rozczarowania, obojętności oraz złości, gniewu, wściekłości czy też bezradności i zagubienia.

Wyniki te wydają się zaskakujące w świetle danych pokazujących, że alkoholicy z krótkim stażem walki z nałogiem postrzegają siebie jako ofiary, a alkoholicy z długim okresem trzeźwości — jako sprawców przemocy wewnątrzrodzinnej (Pietrzyk, 1996). Pamiętając jednak o stadiach trzeźwienia i towarzyszących im nawrotach picia, można przypuszczać, iż badana grupa składa się w przeważającej mierze z tych, którzy osiągnęli dopiero etap stabilizacji w leczeniu. A okres ten charakteryzuje się odzyskiwaniem kontroli nad emocjami, myślami, zachowaniem, pamięcią, a także zdolnością

realistycznego osądu (Gorski, Miller, 1991). Kolejnych etapów zdrowienia obie podgrupy badawcze jeszcze nie zaczęły. Być może dopiero wówczas zaznaczą się statystycznie istotne różnice w stopniu uświadomienia sobie różnych kategorii uczuć przez osoby krócej i dłużej utrzymujące abstynencję.

Tabela 4 przedstawia wyniki, które pozwolą odpowiedzieć na pytanie, czy staż leczenia odwykowego wpływa na rodzaje myśli alkoholika — sprawcy przemocy wewnątrzrodzinnej, uświadamiającego sobie zachowania krzywdzące rodzinę.

Tabela 4

Wyniki testu *U* dla myśli alkoholików z różnym stażem leczenia, towarzyszących uświadamianiu sobie zachowań krzywdzących rodzinę

Rodzaje myśli	Krótki staż leczenia		Długi staż leczenia		Wartość <i>U</i>
	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi	
Zaduma, uzalanie się nad sobą i swoim zachowaniem	7	29,1	6	21,4	0,63
Wiara w lepszą przyszłość, nadzieja, że coś się zmieni	4	16,7	6	21,4	0,42
Apelowanie i ostrzeganie innych	2	8,3	5	17,9	1,01
Ujawnianie pozytywnych celów i planów	5	20,8	4	14,3	0,61
Brak myśli	3	12,5	0	0	1,92
Nie pamiętam	3	12,5	0	0	1,92
Inne	1	4,2	2	7,1	0,44
Ocenianie siebie — pozytywne	1	4,2	1	3,6	0,01
— negatywne	2	8,3	0	0	0,94
Ocenianie bliskich — pozytywne	1	4,2	3	10,7	0,87
— negatywne	0	0	0	0	
Razem	24		28		

Rezultaty zawarte w tabeli 4 pokazują, że w odniesieniu do porównywanych kategorii myśli nie ma różnic pomiędzy porównywanymi podgrupami alkoholików na poziomie przyjętej istotności statystycznej 0,05. Obie podgrupy badanych z podobną częstotliwością uzalały się nad sobą i swym zachowaniem, jak też ujawniały pozytywne cele i plany przyszłościowe, pozytywnie oceniały swych bliskich i siebie, wierzyły w lepszą przyszłość, miały nadzieję na zmiany w swym życiu.

W odniesieniu do kategorii „Brak myśli”, „Nie pamiętam”, analizowanych na poziomie istotności 0,01, częściej wymieniały je osoby z krótkim stażem leczenia odwykowego. Może to świadczyć o tym, iż mechanizm zaprzeczania,

unikania konfrontacji z problemami jest u tych osób silniejszy niż u dłużej zachowujących trzeźwość i wprowadzających powoli konstruktywne zmiany w sposobie myślenia.

Ostatecznie jednak należy stwierdzić, że w opisywanym tutaj badaniu taka zmienna, jak długość leczenia odwykowego do 4 lat, nie wywarła wpływu na różnice w myśleniu trzeźwiejących alkoholików. Fakt ów należy powiązać z drugim etapem procesu zdrowienia — okresem stabilizacji, umożliwiającym alkoholikowi dopiero odzyskiwanie kontroli nad myślami, a nie ich modyfikowanie. Uczenie się konstruktywnych wzorów myślenia przez ich trenowanie zarówno w życiu osobistym, jak i na treningach nowych umiejętności, to kolejny krok ku zdrowieniu. To jednak przyszłość, do której trzeźwiejący alkoholik przygotowuje się stopniowo.

Podsumowanie

Proces zdrowienia z alkoholizmu nie przebiega prosto. Kolejne etapy trwają dłużej lub krócej, zależnie od indywidualnej pracy nad swoimi problemami intrapsychicznymi i interpersonalnymi samego alkoholika. Zadania, przed którymi on staje, obejmują: 1) zrozumienie i zaakceptowanie własnego uzależnienia, przypadające na okres poprzedzający leczenie; 2) utrzymywanie abstynencji wraz z radzeniem sobie z negatywnymi emocjami, myślami, niekonstruktywnymi zachowaniami wobec siebie i innych, co przypada na fazę stabilizacji trzeźwienia; 3) uczenie się nowych umiejętności poznawczych i interpersonalnych, uczenie się życia bez alkoholu, co łączy się zarówno z wczesnym, jak i zaawansowanym zdrowieniem; 4) rozwój osobisty, samorealizacja, odkrywanie własnych wartości i ich urzeczywistnianie, bliskie kontakty z ludźmi, co następuje w późnym okresie trzeźwienia.

Opisana dynamika powracania alkoholika do normalnego życia trwa około 8—10 lat, a w ciągu pierwszych trzech lat należy rozwiązać same tylko najważniejsze problemy spowodowane uzależnieniem (Dodziuk, 1992; Gorski, Miller, 1991; Fijewski, 1994; Mellibruda, 1995; Monti i in., 1994). Przez cały ów okres zdarzyć się mogą alkoholikowi powroty do wypróbowanego sposobu radzenia sobie ze stresem — do picia. Owe nawroty nie dyskwalifikują jego starań odzyskania kontroli nad procesami myślenia, emocjami, zachowaniem, zdrowiem fizycznym, ulepszaniem swego życia, ale wymagają powtórzenia tych etapów zdrowienia, które na razie okazały się dla niego niewykonalne. Cykle progresji i regresji są ze sobą splecione, a zadaniem alkoholika jest zrozumienie owej prawidłowości i niepoddawanie się nałogowi, unikanie pułapek nawykowego negatywnego prze-

żywania i myślenia, automatycznego i notorycznego gniewnego zachowania (Król-Fijewska, 1991; Mellibruda, 1995; Monti i in., 1994; Potter-Efron, 1994, 1996).

Przedstawione w artykule wyniki badań, dotyczące uczuć i myśli trzeźwiejących alkoholików — sprawców przemocy wewnątrzrodzinnej — z różnym stażem leczenia odwykowego (od 1 roku do 4 lat), wskazują, że wśród doznań emocjonalnych dominują emocje związane z przykrością, smutkiem, żalem, cierpieniem i bólem (44%), wstydem przed sobą i bliskimi (24%), zawodem i rozczarowaniem (14%). Część badanych (10%) wykazała obojętność, brak odczuć emocjonalnych, co dowodzi unikania przez nich zmierzania się z bieżącymi problemami. Zaskakuje niewielki procent osób świadomych swojego lęku, strachu, zagubienia, swojej bezradności i bezsilności. Wynik ten świadczy, iż walka z tymi uczuciami to dopiero kwestia przyszłości na drodze do uwalnienia się od nich przez badanych. Tylko 2% badanych alkoholików było świadomych przeżywanego uczuć gniewu, złości i wściekłości, co oznaczałoby, iż emocje te nie są niczym złym dla samych zainteresowanych oraz ich rodzin, że są one oczywiste w relacjach z członkami rodziny, choć badany odżyły w pamięci wspomnienia różnych form zachowań krzywdzących rodzinę (Pietrzyk, 1996). Grupa badanych (10%) odczuwała nadzieję, radość i dobroć, kierowane przede wszystkim do najbliższych za ich zdolność wybaczenia i okazanie im zaufania w borykaniu się z nałogiem. To te właśnie uczucia stają się bodźcem do trzeźwienia, dodają wiary, siły i optymizmu w zmaganiu się z uzależnieniem. Istotne jest to, że zmienna, jaką jest okres trzeźwienia do 4 lat, nie ma różnicującego wpływu na emocje nie pijących alkoholików, towarzyszące uświadomieniu sobie zachowań krzywdzących rodzinę.

Podsumowując tę część rezultatów badań, należy stwierdzić, że chociaż większość stanów emocjonalnych badanych alkoholików mieści się między biegunami cierpienie — ulga, lęk — uspokojenie, przygnębienie — smutek, to ową rozpiętość nie pomniejsza kolejna dawka alkoholu, a to już rokuje powrót do zdrowia. Proces ten wymaga jednak intensywnej pracy terapeutycznej nad konstruktywnym rozładowywaniem negatywnych uczuć i szukaniem nowych źródeł emocji pozytywnych. A na to, jak się okazuje, potrzeba czasu dłuższego niż 4 lata.

Analiza wyników aktualnego badania poświęconego myślom trzeźwiejącego alkoholika, towarzyszącym uświadomieniu sobie zachowań krzywdzących własną rodzinę, ujawniła, że 26% badanych uzala się nad sobą i swoim postępowaniem. Dowodzi to szukania alibi i usprawiedliwień, wchodzących w skład systemu zaprzeczeń i iluzji, będących integralną częścią psychologicznych mechanizmów uzależnienia. Świadczy to o nierozbrojeniu tegoż systemu przez badanych alkoholików. Potwierdzeniem owego faktu jest to, że 6% badanych nie ujawniło żadnych myśli towarzyszących uświadomieniu sobie

przemocy wobec rodziny, mechanizmy bowiem obronne (przede wszystkim wypieranie) są zbyt silne i uniemożliwiają badanym zmierzenie się ze skutkami swego uzależnienia. Niemniej jednak 20% walczących o swą trzeźwość alkoholików z nadzieją i wiarą myśli o swej przyszłości, bo trwanie w abstynencji, choć niełatwe, jest pozytywnym doświadczeniem w ich dotychczasowym życiu. Doświadczenie to wyzwała pozytywne uczucia i nastawienie do przyszłości. Ową konstruktywną postawę zajmuje 18% badanych, którzy mają pozytywne plany na przyszłość, pozytywne cele i chcą wykorzystywać swe doświadczenie dla dobra innych — 14% badanych trzeźwiejących alkoholików apeluje i ostrzega innych przed złymi konsekwencjami utraty kontroli nad piciem. Odbudowana potrzeba służenia innym, dzięki której można rozbrajać system fałszywej dumy i kontroli, przejawia się w oddziaływaniu na życie nie tylko swoje, ale i innych ludzi. Dla 8% zbadanych alkoholików rodzina ma zasadnicze znaczenie w trwaniu w trzeźwości. Jednak ocena siebie jest u nich nadal ambiwalentna — 4% badanych ocenia się pozytywnie, tyle samo osób myśli o sobie negatywnie. Wynik ten wskazuje, jak wiele trudu czeka jeszcze trzeźwiejących alkoholików w odkrywaniu własnych wartości, by wesprzeć swój rozwój osobisty. W omawianym badaniu w zakresie porównywanych kategorii myśli alkoholików z różnym stażem trzeźwienia nie ma statystycznie istotnych różnic. Fakt ten wskazuje jedynie, że badani osiągnęli w leczeniu etap stabilizacji, co umożliwiło im odzyskiwanie kontroli nad myślami, a cała praca w modyfikowaniu tych myśli to zadanie do wykonania w kolejnych fazach zdrowienia. Na obecnym etapie osiągnęli tyle, ile mogli. Nie zniechęcili się, nie piją, a walczą o ulepszenie swego przeżywania (percepcji, uczuć i myśli) oraz postępowania. Należy życzyć im dalszego sukcesu w zmaganiu się z ich ciemną stroną — uzależnieniem.

Załącznik 1

Kwestionariusz wywiadu

Interesuje mnie, jak osoby uzależnione od alkoholu funkcjonują w rodzinie, jak spostrzegają swoją chorobę i jej wpływ na stosunki w rodzinie. Chciałabym, aby Pan/Pani zastanowił(a) się nad całością swego zachowania wobec najbliższych i odpowiedział(a) na kilka pytań.

A.

1. Czy uważa Pan/Pani, że jako osoba uzależniona zachowuje się w stosunku do członków rodziny w odmienny sposób niż przed chorobą?

Odpowiedź:

2. Czy sądzi Pan/Pani, że swoim zachowaniem krzywdzi Pan/Pani członków swojej rodziny?

Odpowiedź:

a) Proszę wskazać konkretne osoby, które czują się skrzywdzone Pana/Pani zachowaniem?

Odpowiedź

b) Dlaczego Pan/Pani tak uważa?

Odpowiedź:

3. Jak wyjaśnia Pan/Pani swoje postępowanie przed samym sobą?

Odpowiedź:

4. Stwierdził(a) Pan/Pani, iż swoim zachowaniem krzywdzi swoją rodzinę. Czy:

a) chciał(a) Pan/Pani rodzinie, bliskiej osobie sprawić przykrość i przewidywał(a) Pan/Pani, że takim postępowaniem to osiągnie?

b) nie chciał(a) Pan/Pani skrzywdzić rodziny, ale przewidywał(a) Pan/Pani, iż swoim zachowaniem może tę krzywdę wyrządzić?

c) nie chciał(a) Pan/Pani skrzywdzić rodziny i nie przewidywał(a) Pan/Pani, iż swoim zachowaniem tę krzywdę wyrządzi?

B.

5. Kto lub co ponosi odpowiedzialność za to, że stał(a) się Pan/Pani osobą uzależnioną?

Odpowiedź:

C.

6. Gdy myśli Pan/Pani o swojej krzywdzonej przez siebie rodzinie to:

a) co w związku z tym Pan/Pani czuje?

Odpowiedź:

b) jakie myśli przychodzą Panu/Pani do głowy?

Odpowiedź:

D.

7. a) Jak ustosunkowuje się rodzina do Pana/Pani uzależnienia?

Odpowiedź:

b) Jak Pan/Pani ocenia to postępowanie?

Odpowiedź:

E.

8. a) Dlaczego zaczął(ęła) się Pan/Pani leczyć?

Odpowiedź:

b) Jak zareagowała rodzina na fakt podjęcia leczenia przez Pana/Panią?

Odpowiedź:

c) Jak Pan/Pani sądzi, jak będą układały się stosunki z rodziną po zakończeniu leczenia?

Odpowiedź:

Załącznik 2

Kod zastosowany do analizy wypowiedzi badanych alkoholików leczących się odwykowo

I. Percepcja ogólna sytuacji alkoholika w rodzinie

1. Pytanie:

a) tak,

b) nie,

c) nie wiem, może.

2. Pytanie:

a) tak,

b) nie,

— rodzice,

— współmałżonek,

— dzieci,

— inni,

— sam uzależniony sprawca,

- c) krzywdzi --- dlaczego tak sądzi,
- „to się czuje” (ogólne poczucie krzywdzenia rodziny),
 - zaniedbywanie rodziny materialnie i psychicznie,
 - wybuchy agresji, wzbudzanie strachu przed tą agresją,
 - budzenie swym zachowaniem i wyglądem obrzydzenie oraz narażanie na wstyd i ból z ujawnienia problemu alkoholowego w rodzinie,
 - niezaspokajanie podstawowych potrzeb materialnych członków rodziny,
 - niezaspokajanie podstawowych potrzeb emocjonalnych członków rodziny,
 - kłótnie, awantury, rękoczyn w stosunku do członków rodziny,
 - obojętność, szorstkość, cynizm wobec członków rodziny,
 - inne (wysyłanie dziecka po alkohol, zabranianie mu odrabiania lekcji, szydzenie z pracy zawodowej partnera),
- d) nie krzywdzi --- dlaczego tak sądzi,
- „ja jestem ofiarą” (sprawca jako ofiara krzywdy),
 - „mają to, czego potrzebują” (nic rodzinie nie brakuje),
 - „moja sprawa” (odmowa odpowiedzi),
 - „nie potrafię odpowiedzieć” (odmowa odpowiedzi).

3. Pytanie:

- a) nie wiem, brak odpowiedzi,
- b) nie można usprawiedliwić, nie ma usprawiedliwienia na coś tak strasznego, przyjęcie winy na siebie,
- c) nie muszę usprawiedliwiać, coś poza kontrolą, „moja sprawa”,
- d) wskazanie na kolegów, okazje towarzyskie,
- e) alkohol jako lekarstwo na problem (choroba, śmierć, bycie w dołku, samotność),
- zalanie robaka, utopienie żalu,
- f) nuda, chęć urozmaicenia życia,
- g) brak silnej woli, słaby charakter, brak poczucia odpowiedzialności,
- h) „mam prawo”, postępowanie prawidłowe,
- i) inne.

4. Pytanie:

- a) chciał skrzywdzić i przewidywał skutki,
- b) nie chciał skrzywdzić, ale przewidywał skutki,
- c) nie chciał skrzywdzić i nie przewidywał skutków.

II. Przypisywanie odpowiedzialności za przemoc w rodzinie

5. Pytanie:

- a) sprawca,
- b) ofiara, rodzina,
- c) koledzy,
- d) los, sytuacja ogólna,
- e) sprawca i ofiara,
- f) sprawca i inni,
- g) ofiara i inni,
- h) nikt.

III. Uczucia i myśli towarzyszące własnym uświadomionym zachowaniom krzywdzącym

6. Pytanie:

- a) emocje,
- żal, smutek, cierpienie, przygnębienie, ból,
- zawód, rozczarowanie,
- wstyd,
- złość, gniew, wściekłość,

- odraza, wstręt,
- obawa, strach, lęk,
- radość, nadzieja, dobroć,
- wdzięczność,
- zmęczenie, znużenie,
- bezsilność, bezradność, zagubienie,
- nic, brak odczuć, obojętność,
- nie pamiętam,
- inne (np. zaskoczenie),
 - b) myśli,
- zaduma, użalanie się nad sobą i swoim zachowaniem,
- apel i ostrzeżenie dla innych,
- wiara w lepszą przyszłość, nadzieja, że coś się zmieni,
- brak myśli,
- nie pamiętam,
- ujawnianie pozytywnych celów i planów,
- inne,
- ocenianie siebie --- pozytywne lub negatywne,
- ocenianie bliskich --- pozytywne lub negatywne.

IV. Reakcje rodziny alkoholika na jego uzależnienie, spostrzegane przez samego chorego

7. Pytanie:

- a) odtrącenie, brak zrozumienia,
- b) zerwanie więzi emocjonalnych,
- c) unikanie, niechęć,
- d) gra w pozory,
- e) brak zaufania,
- f) pomoc, wyrozumiałość, chęć zrozumienia,
- g) akceptacja, wiara, nadzieja,
- h) nie wiem,
- i) inne.

V. Problemy związane z leczeniem

8. Pytanie:

- względy emocjonalne, wpływ najbliższych osób,
- względy zdrowotne,
- względy materialne, ekonomiczne,
- względy ambicjonalne,
- inne,
- wiara i nadzieja w poprawę,
- wspieranie, chęć pomocy,
- brak wiary i nadziei na poprawę,
- brak wsparcia, odrzucenie,
- obojętność, brak zainteresowania,
- nie wiem,
- inne,
- pozytywnie,
- negatywnie,
- obojętnie.

Bibliografia

- Bradshaw J., 1994: *Zrozumieć rodzinę*. Warszawa.
- Dodziuk A., 1992: *Trzeźwieć razem*. Warszawa.
- Fijewski P., 1994: *Nieruchome światło*. Warszawa.
- Gelles R., Strauss M., 1978: *Determinants of Violence in the Family: Towards a Theoretical Integration*. In: *Contemporary Theories about the Family*. Eds. E. Burr, R. Hill, I. Nye, I. Reiss. New York.
- Gorski T., Miller M., 1991: *Jak wytrwać w trzeźwości*. Warszawa.
- Greń J., 1984: *Statystyka matematyczna, modele i zadania*. Warszawa.
- Johnson D., 1992: *Podaj dłoń*. Warszawa.
- Król-Fijewska M., 1991: *Trening asertywności*. Warszawa.
- Mellibruda J., 1995: *Nieprzebaczona krzywda*. Warszawa.
- Monti P., Abrams D., Kadden R., Cooney N., 1994: *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu*. Warszawa.
- Norwood R., 1992: *Kobiety, które kochają za bardzo*. Warszawa.
- Pietrzyk A., 1996: *Trzeźwiejącego alkoholika percepcja własnej przemocy w rodzinie*. Referat. VII Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Przemoc w rodzinie”. Katowice 21-23 listopada 1996 [maszynopis].
- Pospiszyl I., 1994: *Przemoc w rodzinie*. Warszawa.
- Potter-Efron R. i P., 1991: *Anger as a Treatment Concern with Alcoholics and Affected Family Members*. „Alcoholism Treatment Quarterly”, no 8.
- Potter-Efron R. i P., 1994: *Złość, alkoholizm i inne uzależnienia*. Warszawa.
- Potter-Efron R., 1996: *Życie ze złością*. Warszawa.
- Ratajczak A., 1980: *Przestępstwa przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży*. Warszawa.
- Stratton P., 1988: *Understanding and Treating Child Abuse in the Family Context: An Overview*. In: *Early Prediction and Prevention of Child Abuse* Eds. K. Browne, C. Davis, P. Stratton. Chichester.
- Szczepańska A., 1992: *Żony alkoholików*. Warszawa.
- Sztander W., 1992: *Metoda interwencji w chorobie alkoholowej*. Warszawa.
- Volpicelli J., 1994: *Zaburzenia związane z użyciem substancji psychoaktywnych*. W: *Psychopatologia*. T. 2. Red. D. Rosenham, M. Seligman. Warszawa.