

WIĘŚCI A^ZA

Numer specjalny

46 Zjazd Psychiatrów Polskich

Psychiatria w obliczu zmian

Szczecin, 24–26 czerwca 2021



George E. Vaillant
Anonimowi Alkoholicy: kultura czy lek?

Bohdan T. Woronowicz
*Dziedzictwo psychiatrii i psychologii
w Programie Anonimowych Alkoholików*

Dwanaście Kroków Anonimowych Alkoholików

1. Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu – że nasze życie stało się niekierowalne.
2. Uwierzyliśmy, że Siła większa od nas samych może przywrócić nam zdrowy rozsądek.
3. Podjęliśmy decyzję, aby powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, *tak jak Go rozumieliśmy*.
4. Zrobiliśmy wnikliwą i odważną osobistą inwenturę moralną.
5. Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów.
6. Staliśmy się całkowicie gotowi, żeby Bóg usunął wszystkie te wady charakteru.
7. Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki.
8. Zrobiliśmy listę wszystkich osób, które skrzywdziliśmy, i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim.
9. Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem tych przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych.
10. Prowadziliśmy nadal osobistą inwenturę, z miejsca przyznając się do popełnianych błędów.
11. Staraliśmy się przez modlitwę i medytację poprawiać nasz świadomy kontakt z Bogiem, *tak jak Go rozumieliśmy*, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia.
12. Przebudzeni duchowo w rezultacie tych kroków staraliśmy się nieść to posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach.

Źródło: *Anonimowi Alkoholicy. Opowieść o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet wyzdrowiało z alkoholizmu*, wyd. 4. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, 2018; 59-60.

Dwanaście Tradycji Anonimowych Alkoholików

1. Nasze wspólne dobro powinno być zawsze na pierwszym miejscu; powrót do zdrowia każdego z nas zależy od jedności AA.
2. Dla naszego grupowego celu istnieje tylko jedna ostateczna władza – miłujący Bóg, tak jak może On wyrażać Siebie w naszym grupowym sumieniu. Nasi liderzy są tylko zaufanymi sługami; oni nie rządzą.
3. Jedynym warunkiem członkostwa w AA jest pragnienie zaprzestania picia.
4. Każda grupa powinna być niezależna we wszystkich sprawach z wyjątkiem tych, które dotyczą innych grup lub AA jako całości.
5. Każda grupa ma jeden główny cel – nieść posłanie alkoholikowi, który wciąż jeszcze cierpi.
6. Grupa AA nigdy nie powinna popierać, finansować ani używać nazwy AA żadnym pokrewnym ośrodkiem ani zewnętrznym przedsięwzięciom, ażeby problemy związane z finansami, majątkiem lub prestiżem nie odrywały nas od głównego celu.
7. Każda grupa AA powinna być całkowicie samowystarczalna i nie przyjmować dotacji z zewnątrz.
8. Wspólnota Anonimowych Alkoholików powinna na zawsze pozostać nieprofesjonalna, lecz nasze biura służb mogą zatrudniać niezbędnych pracowników.
9. AA, jako takie, nie powinno nigdy stać się organizacją, ale możemy tworzyć zespoły i komisje bezpośrednio odpowiedzialne wobec tych, którym służą.
10. Anonimowi Alkoholicy nie zajmują stanowiska wobec problemów spoza ich wspólnoty, ażeby imię AA nie zostało nigdy uwikłane w publiczne polemiki.
11. Nasze oddziaływanie na zewnątrz opiera się na przyciąganiu, a nie na reklamowaniu; musimy zawsze zachowywać osobistą anonimowość wobec prasy, radia i filmu.
12. Anonimowość stanowi duchową podstawę wszystkich naszych Tradycji, przypominając nam zawsze, że zasady są ważniejsze od osobowości.

Źródło: *Anonimowi Alkoholicy. Opowieść o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet wyzdrowiało z alkoholizmu*, wyd. 4. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, 2018; 571-572.

„Wieści z AA”

Numer specjalny

46 Zjazd Psychiatrów Polskich

Psychiatria w obliczu zmian

Szczecin, 24–26 czerwca 2021

George E. Vaillant

Anonimowi Alkoholicy: kult czy lek?

Bohdan Tadeusz Woronowicz

*Dziedzictwo psychiatrii i psychologii
w Programie Anonimowych Alkoholików*

Fundacja Biuro Służby Krajowej
Anonimowych Alkoholików w Polsce

Warszawa 2021

Preambuła AA

Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i pomagać innym w wyzdrowieniu z alkoholizmu. Jedynym warunkiem uczestnictwa we Wspólnocie jest chęć zaprzestania picia. Nie ma w AA żadnych składek ani opłat, jesteśmy samowystarczalni poprzez własne dobrowolne datki.

Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, działalnością polityczną, organizacją lub instytucją; nie angażuje się w żadne publiczne polemiki; nie popiera ani nie zwalcza żadnych poglądów. Naszym podstawowym celem jest trwać w trzeźwości i pomagać innym alkoholikom w jej osiągnięciu.

Copyright © by the A.A. Grapevine, Inc.

Przedrukowano za zgodą

Pismo dla profesjonalistów i przyjaciół Anonimowych Alkoholików w Polsce „Wieści z AA“ ukazuje się pod patronatem Rady Powierników i Komisji Informacji Publicznej Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce.

Copyright © by Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2021

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być reprodukowana w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób bez pisemnej zgody wydawcy.

Cytaty z literatury AA przedrukowano za zgodą Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

Wydawca

Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce
ul. Piękna 31/37, 00-677 Warszawa
skr. poczt. 243, 00-950 Warszawa 1
tel./faks: +48 22 828 04 94
www.fundacja.aa.org.pl
e-mail: biuro@aa.org.pl

Adres redakcji

Pismo dla profesjonalistów i przyjaciół Anonimowych Alkoholików w Polsce „Wieści z AA“
ul. Piękna 31/37, 00-677 Warszawa
tel./faks: +48 22 828 04 94; +48 511 930 290
e-mail: wiesci@aa.org.pl

Kim są Anonimowi Alkoholicy?

Wspólnota Anonimowych Alkoholików dla wielu jest fenomenem XX i XXI wieku. Przekonani są o tym niepijący alkoholicy, co zrozumiałe, ale twierdzą tak również osoby niemające osobiście problemu alkoholowego, które miały okazję bliżej poznać Wspólnotę AA i jej zasady działania, a przede wszystkim skuteczność programu powrotu do zdrowia według Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików.

Preambuła Anonimowych Alkoholików

Najkrócej istotę ruchu AA oddaje jego Preambuła: „Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i pomagać innym w wyzdrowieniu z alkoholizmu. Jedynym warunkiem uczestnictwa we wspólnocie jest chęć zaprzestanie picia. Nie ma w AA żadnych składek ani opłat, jesteśmy samowystarczalni poprzez własne dobrowolne datki. Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, działalnością polityczną, organizacją lub instytucją, nie angażuje się w żadne publiczne polemiki, nie popiera ani nie zwalcza żadnych poglądów. Naszym podstawowym celem jest trwać w trzeźwości i pomagać innym alkoholikom w jej osiągnięciu”.

Więcej o Wspólnocie AA

Założyciele Wspólnoty Anonimowych Alkoholików od początku jej powstania uważali, że program Dwunastu Kroków AA nie jest jedyną drogą powrotu do zdrowia. Dlatego Wspólnota AA nigdy nie stała i nie stoi w opozycji do medycyny,

psychoterapii czy religii. Jest ona otwarta na współpracę ze wszystkimi osobami i wszystkimi instytucjami, organizacjami, ruchami – zarówno świeckimi, jak i kościelnymi – zajmującymi się działalnością trzeźwościową. Bill W., współzałożyciel AA, często to podkreślał: „Wszystkich, którzy tak lub inaczej zajmują się alkoholizmem, uważamy coraz bardziej za naszych sprzymierzeńców (...). Rozumiemy bowiem, że wspólnie możemy osiągnąć coś, czego nigdy nie osiągnęlibyśmy działając oddzielnie czy nawzajem rywalizując ze sobą”¹. „Szczególną uwagę poświęciliśmy naszym stosunkom z medycyną i religią. W żadnym przypadku nie mogliśmy konkurować z którąkolwiek z tych dziedzin. Gdybyśmy wyglądali na nową sektę religijną, z pewnością popadlibyśmy w kłopoty. Jeżeli zaś wkroczylibyśmy na pole już zajęte przez medycynę, nasze kłopoty tylko by się zwiększyły. Zaczęliśmy więc podkreślać, że AA jest sposobem na życie, który nie koliduje z niczymi przekonaniami religijnymi. Dałiśmy znać lekarzom, jak bardzo była nam potrzebna hospitalizacja, a psychiatrom i ośrodkom odtruwającym przedstawiliśmy, jakie mogliby odnieść korzyści podejmując z nami współpracę. Religia miała pozostać na zawsze domeną indywidualnej osoby oraz duchownych, natomiast praktyka medyczna miała pozostać zarezerwowana dla naszych przyjaciół lekarzy. Jako laicy alkoholicy dostarczyliśmy tylko bardzo potrzebnego i od dawna brakującego ogniwa łączącego”².

Do Wspólnoty Anonimowych Alkoholików nikogo się nie przyjmuje ani nikt nie może kogokolwiek z niej usunąć. To sam alkoholik, pragnący zaprzestania picia, decyduje, czy chce być jej członkiem.

¹ *Jak to widzi Bill. AA jako droga życia... Wybór pism współzałożyciela AA.* Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce; 2019, s. 45.

² *Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość. Krótka historia AA.* Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce; 2019, s. 256.

Podstawowym i najważniejszym ogniwem Wspólnoty Anonimowych Alkoholików jest grupa AA. Do niej przede wszystkim trafia alkoholik szukający pomocy. Na spotkaniach (mityngach) grup Anonimowych Alkoholików każdy uczestnik mówi tylko o własnych doświadczeniach i przeżyciach związanych z chorobą alkoholową. Nie teoretyzuje, nie krytykuje innych ani ich nie ocenia. Nie udziela się rad, a wypowiedź może jedynie ujawniać własne doświadczenia i zachowania w sytuacjach podobnych do przedstawianych przez innego uczestnika mityngu. Nie można przerywać wypowiedzi innych, zadawać w trakcie wypowiedzi pytań czy komentować. Wszyscy obecni na mityngu zobowiązani są do zachowania anonimowości osób i zasłyszanych na mityngu spraw i zdarzeń – to fundamentalna zasada AA.

Kilka powodów stanowi o wielkiej wadze anonimowości dla Wspólnoty AA. Przede wszystkim każdy, kto zwraca się o pomoc, musi być pewny tego, że jego tożsamość i jego problem pozostaną w AA. Dlatego też członkowie Wspólnoty zwracają się do siebie po imieniu i nie interesują się pozycją drugiego w życiu społecznym. Nie prowadzi się żadnych akt ani kartotek personalnych. Dzięki zachowaniu anonimowości tracą moc hierarchiczne struktury naszego otoczenia. Wszyscy alkoholicy są sobie równi w swojej chorobie. Przez zachowanie anonimowości na zewnątrz Wspólnoty, szczególnie wobec mediów, żaden członek AA nie może poszukiwać kosztem Wspólnoty osobistych wpływów i uznania.

Grupa Anonimowych Alkoholików to nie tylko cotygodniowy mityng, to przede wszystkim grono przyjaciół gotowych sobie pomagać w chorobie i wspierać się, bez względu na porę dnia czy nocy. Najczęściej wśród członków grupy nowicjusz znajduje swojego pierwsze-

go sponsora – tak w obrębie AA określa się osobę, która ma pomóc drugiemu alkoholikowi (podopiecznemu) w pracy nad Dwunastoma Krokami. Grupa to także wspólne docieranie z informacją o AA (niesienie posłania) do cierpiących jeszcze alkoholików, ponieważ AA to coś więcej niż tylko zbiór zasad, to wspólnota alkoholików w działaniu: „żadna społeczność mężczyzn i kobiet nigdy nie miała bardziej palącej potrzeby utrzymywania ciągłej efektywności i stałej jedności. My, alkoholicy, widzimy, że musimy działać razem i trzymać się razem, w przeciwnym wypadku większość z nas w końcu umrze samotnie”³.

Nieco historii

Za początek ruchu AA uważa się rok 1935, kiedy to w Akron, w stanie Ohio (USA) spotkało się dwóch alkoholików: Bill W. i Doktor Bob. Obaj wcześniej próbowali różnych kuracji, wielokrotnie przebywając w szpitalach. Obaj szukali wsparcia w samopomocowych grupach oksfordzkich, ruchu religijnym bardzo popularnym w pierwszej połowie XX wieku, stawiającym sobie za cel odnowę moralną społeczeństwa, w tym m.in. pomoc rozbitkom życiowym. Bezskutecznie. Wydawało im się rzeczą pewną, że nie ma już dla nich ratunku. Przypadkiem poznając się, stwierdzili zadziwiający fakt: gdy jeden z nich usiłuje pomagać drugiemu, efektem jest trzeźwość. Żyjąc swoim życiem, próbowali pomagać innym alkoholikom. Co ciekawe, nawet jeżeli ludzie, którym ofiarowali pomoc, nie chcieli jej przyjąć, pomagający czuli, iż im samym wysiłek ten się opłaca, ponieważ w każdym przypadku ten, kto chciał pomagać, zachowywał trzeźwość, nawet jeżeli jego „podopieczny” pił dalej. Po pewnym czasie ich grono obejmowało

³ *Anonimowi Alkoholicy. Opowieść o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet wyzdrowiało z alkoholizmu*. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, wyd. 4; 2018, s. 571.

już kilkudziesięciu niepijących alkoholi-
ków. Taki był początek.

Wspólnota Anonimowych Alkoholi-
ków nie pojawiła się znikąd, ma swoje
korzenie w doświadczeniach innych. Jej
założyciele często podkreślali, że na pod-
stawy Wspólnoty składa się mądrość
i doświadczenie wielu wspaniałych
przyjaciół AA, szczególnie lekarzy i du-
chownych. Anonimowi Alkoholicy tylko
zapożyczyli od nich pewne rozwiązania
i dostosowali je do własnych celów. Bill
W. i Doktor Bob, tworząc program zdra-
wienia AA, w fenomenalny sposób wyko-
rzystalili własne doświadczenia w pracy
z innymi alkoholikami, a przede wszyst-
kim doskonałą znajomość ich psychiki.
Do obowiązujących obecnie zasad Ano-
nimowi Alkoholicy dochodzili latami,
w wyniku często burzliwych dyskusji,
często metodą prób i błędów. Obecnie,
ponad 85 lat od powstania, Wspólnota
Anonimowych Alkoholików działa w 180
krajach na wszystkich kontynentach.

Anonimowi Alkoholicy w Polsce

Pierwsze próby zakorzenienia idei
AA w Polsce przypadają na lata 50. XX
wieku. Były to warunki diametralnie
różne od tych, w których rodziło się AA
w Stanach Zjednoczonych czy w krajach
Europy Zachodniej. Władze państwowe
z powodów ideologicznych podchodziły do
AA z dużą nieufnością, jako do czegoś po-
dejrzanego – importowanego z USA, na
dodatek anonimowego, więc poza wszel-
ką kontrolą, a także ze względu na du-
chowy charakter programu AA. Również
z powodów ideologicznych władze w tym
okresie wspierały i finansowały rozwój
klubów AA (Aktywnych Abstynentów),
traktując je jako synonim grup AA, mimo
że kluby te były de facto klubami absty-
nenta. Kościół też traktował początkowo
AA z dużą dozą sceptycyzmu, ostrożnie
sondując, czy nie jest to jakaś sekta reli-
gijna. Zresztą do dzisiaj wiele osób, także
w obrębie AA, myli duchowość programu

AA z potocznie rozumianą religijnością.
Wielu profesjonalistów w tym okresie nie
uważało alkoholizmu za chorobę lub nie
widziało możliwości skutecznej pomocy
alkoholikowi. Sporo zamieszania wy-
woływały też publikacje prasowe często
zniekształcające prawdziwy obraz AA.
W następstwie tego niewiele osób w Pol-
sce o AA słyszało, a jeżeli słyszało, to
niewiele z tego rozumiało. Wielu z tych,
którzy coś o idei AA wiedzieli i coś z tego
rozumieli, na wszelki wypadek wołało
trzymać się od AA z daleka. Na szczęście
dla alkoholików wśród profesjonalistów
znaleźli się Judymowie.

Fakt, że w tamtych latach przecięt-
ny alkoholik miał niewielkie szanse na
dotarcie do informacji o „prawdziwym”
AA, powodował, że inicjatorami tworze-
nia pierwszych polskich grup AA byli
najczęściej profesjonaliści. Ich zasługą
jest także to, że potrafili znaleźć alkoholi-
ków, którzy później podjęli i kontynu-
owali to dzieło.

Warto wymienić choćby kilka na-
zwisk. **Profesor Zbigniew Wierzbicki**
– socjolog pracujący jako wolontariusz
w Miejskiej Poradni Przeciwalkoholo-
wej w Poznaniu, który przeniósł ideę AA
do Polski, jako pierwszy od 1957 roku
tak wiele pisał o AA w redagowanym
(i współfinansowanym) przez siebie cza-
sopiśmie „Zdrowie i Trzeźwość”, wygła-
szał odczyty i pogadanki dla pacjentów
i personelu Poradni. **Maria Grabow-
ska** – psycholog tej Poradni, zafascyno-
wana ideą AA, z części pacjentów i części
członków Klubu Abstynenta, działają-
cego przy Poradni, utworzyła w 1963
r. grupę „środową”, próbującą stosować
program AA. Prowadziła spotkania gru-
py, opierając się na przerobionych przez
siebie oryginalnych tekstach Dwunastu
Kroków i Dwunastu Tradycji AA,
by spełnić żądania cenzury. Rok póź-
niej zgłosiła grupę „środową” do Biura
Światowego AA w Nowym Jorku (GSO).
Mimo że nie była to jeszcze grupa AA,
pozytywnym efektem tego zgłoszenia

było to, że znalazła się ona w światowym wykazie grup AA. Zza oceanu zaczęły nadchodzić materiały AA, a grupę zaczęli odwiedzać „prawdziwi” AA, szczególnie w okresie Międzynarodowych Targów Poznańskich. **Maria Matuszewska**, która przejęła od Marii Grabowskiej (emerytura) opiekę nad grupą „środkową”, a w 1974 r. doprowadziła do jej usamodzielnienia i przekształcenia w pierwszą polską Grupę AA „Eleusis”. Wspierał ją w tym Rajmund, pierwszy polski alkoholik, który wyzdrowiał w oparciu o program AA. Maria Matuszewska, przy wsparciu członków „Eleusis”, stoczyła wieloletnią batalię o wyłączne prawo używania symbolu „AA” przez rzeczywiste grupy AA. **Doktor Andrzej Rachowski** – psychiatra, kierownik wspomnianej Poradni, wielki entuzjasta AA. Jako ordynator Kliniki Psychiatrycznej już w latach 70. wydał Anonimowym Alkoholikom stałe przepustki na oddział, w którym przebywali alkoholicy. W efekcie wielu z nich trafiło do AA. W tym okresie dr Rachowski organizował w Poznaniu – na zlecenie Centrum Doskonalenia Kadr Medycznych – szkolenia doskonalące dla lekarzy i psychologów zajmujących się terapią uzależnionych od alkoholu, z różnych ośrodków z całej Polski. Kursy te były wykorzystywane do propagowania idei AA, w ich programie zapisano obowiązkowy udział kursantów w kilku mityngach AA. Wiedza o AA zaczynała powoli „trafiać pod strzechy”. **Doktor Danuta Dudrak** – psychiatra, „matka chrzestna” drugiej polskiej Grupy AA „Ster” (utworzonej w 1976 r. w Poznaniu), której członkowie odegrali niezwykle ważną rolę w tworzeniu zrębów organizacyjnych AA w Polsce. **Doktor Bohdan T. Woronowicz** – psychiatra, szef Oddziału Lecznictwa Odwykowego w warszawskim Instytucie Psychiatrii i Neurologii, inicjator powstania w 1980 r. Grupy AA „Odrodzenie”. Jej członkowie walnie przyczynili się do zwołania

pierwszego krajowego spotkania AA. Doktor Woronowicz całe swoje życie zawodowe poświęcił pracy z alkoholikami. Został wybrany przez Wspólnotę AA w Polsce pierwszym powiernikiem klasy „A” (niealkoholikiem). Wymieniono tutaj tylko kilka osób. W tak krótkim tekście nie sposób niestety wymienić wszystkich profesjonalistów, którzy na takie podziękowanie w pełni zasłużyli.

W roku 1984 w Poznaniu odbył się I Krajowy Zjazd Anonimowych Alkoholików, zorganizowany już siłami samych alkoholików. Uczestnictwo w Zjeździe przedstawiceli władz państwowych i kościelnych, szerokiego grona dziennikarzy, profesjonalistów, a przede wszystkim alkoholików reprezentujących 34 grupy AA z całej Polski spowodowało, że krąg osób zaznajomionych z ideą AA znacznie się poszerzył. Wybrano Służbę Krajową AA i Radę Powierników. Późniejsze lata były rzeczywiście bardzo trudne, jednak od teraz Anonimowi Alkoholicy w Polsce uzyskali wreszcie „prawa obywatelskie”. Stopniowo władze państwowe i Kościół katolicki przekonywali się, że wielu ludzi wraca do zdrowia dzięki programowi AA. To spowodowało, że zaczęto traktować Wspólnotę Anonimowych Alkoholików z rosnącym zainteresowaniem i szacunkiem.

Po wspomnianym Zjeździe nastąpił czas gwałtownego rozwoju Wspólnoty AA w Polsce, szybkiego do tego stopnia, że wywoływało to fascynację w innych krajach. Zmiany zachodzące wtedy w Polsce i w mentalności Polaków nie ominęły także AA. Przedtem alkoholicy czekali, aż ktoś przyjdzie i im pomoże, teraz chcieli coraz częściej brać sprawę w swoje ręce. Szybko powstawały kolejne grupy AA. Mając w oczach dzisiejszy obraz Wspólnoty AA w Polsce, trudno oprzeć się poczuciu dumy. W 2021 r. liczyła ona ponad 2800 grup AA, w tym około 200 polskojęzycznych grup AA działających w Europie, poza granicami kraju. Na całym świecie, w ponad 116 tysiącach

grup AA, każdego tygodnia spotykały się ponad dwa miliony Anonimowych Alkoholików. Dzięki programowi Dwunastu Kroków AA w ciągu tych wszystkich lat wyzdrowiały miliony alkoholików.

Program powrotu do zdrowia według Dwunastu Kroków AA

Proponowany przez Wspólnotę Anonimowych Alkoholików program powrotu do zdrowia zawiera się w Dwunastu Krokach AA i został szczegółowo opisany w książce *Anonimowi Alkoholicy*, wydanej w 1939 r. Do dzisiaj książka rozeszła się na świecie w ponad 40 milionach egzemplarzy, przetłumaczona na ponad 70 języków. Oficjalne wydanie książki w języku polskim ukazało się w roku 1991. Przedstawiony w niej program – co warto podkreślić – nie jest teorią, ale opisem rzeczywistych doświadczeń oraz wspólnego, praktycznego rozwiązywania problemu alkoholowego przez wielu Anonimowych Alkoholików. W tym zawiera się jego moc, decydująca o skuteczności tego programu, ale też budująca niezwykle jedną AA.

Wszystko, co oferuje program zdrowienia AA, jest tylko sugestią, podpowiedzią. Stosowanie programu Dwunastu Kroków nie jest warunkiem przynależności do AA. To sam alkoholik musi zdecydować, czy chce podjąć pracę nad sobą. Ta pozornie nadmierna tolerancja wynika z dobrej znajomości psychiki alkoholika. Wyjaśniał to Bill W.: „Do połowy 1937 roku pracowaliśmy w Nowym Jorku w ramach struktury grup oxfordzkich. Później jednak, aczkolwiek niechętnie, zdecydowaliśmy się odłączyć od tych prawdziwie wielkich przyjaciół. (...) byliśmy przekonani, że nie zdołamy istotnie pomóc grupom oxfordzkim w zbawieniu całego świata. Codziennie jednak stawaliśmy się coraz bardziej pewni, że będziemy w stanie wytrzeźwić wielu alkoholików. Członkowie grup oxfordzkich

pokazali nam jasno, co robić. Także, co równie ważne, nauczyliśmy się od nich czego nie robić w przypadku alkoholików. Stwierdziliśmy, że pewne ich poglądy i postawy po prostu nie powodowały właściwych reakcji u alkoholików. Na przykład, pijacy w żaden sposób nie dawali się nikomu i niczemu przymuszać, z wyjątkiem samego alkoholu. Zawsze trzeba było ich przyciągać i prowadzić, nigdy popychać. Nie wytrzymałoby dość agresywnej ewangelizacji prowadzonej przez grupy oxfordzkie. (...) Stwierdziliśmy, że (...) musieliśmy posuwać się naprzód powoli. Przy pierwszym kontakcie większość alkoholików pragnęła odzyskać trzeźwość – nic więcej. Kurczowo trzymali się swoich innych wad, zgadzając się rezygnować z nich po trochu. Po prostu wcale nie chcieli stać się «za dobrzy za szybko». Koncepcje grup oxfordzkich – absolutna czystość, absolutna uczciwość, absolutna bezinteresowność i absolutna miłość – to było dla pijaków zazwyczaj zbyt wiele. Te idee można było im podawać po łyżeczce, ale nie wiadrami”⁴. To było niezwykle ważne doświadczenie, że z alkoholiem nie osiągnie się niczego na siłę, bez jego gotowości na zmiany w dotychczasowym życiu.

W programie Dwunastu Kroków AA nie chodzi tylko o to, by przestać pić i utrzymać abstynencję (choć to najważniejsze). Program AA to także analiza samego siebie, swojego postępowania, przepis na naprawianie szkód, zadośćuczynienie, na zmianę swojego dotychczasowego sposobu życia. Program AA to sposób na nowe życie, w którym liczą się takie wartości duchowe jak: miłość, uczciwość, tolerancja, sprawiedliwość, godność, pokora, wrażliwość na krzywdę innych. To sposób na dobre życie, w którym alkoholik stara się, by również inni czuli się przy nim szczęśliwi i bezpieczni.

Podstawowym krokiem pozwalającym na zapoczątkowanie zmian jest uznanie przez pijącego swojej choroby i swojej bezsilności wobec alkoholu.

⁴ *Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość*. Dz. cyt., s. 96-97.

Przyznanie, że jesteś alkoholikiem, nie oznacza, że z tobą koniec! Wśród AA są tysiące ludzi mogących poświadczyć, że przyznanie się do bezsilności wobec alkoholu było dla nich nie końcem, ale początkiem nowego, użytecznego życia.

Po uznaniu swojej bezsilności wobec alkoholu u chorego pojawia się, bo pojawić się musi, pytanie: „Kto może mi pomóc w wyjściu z matni?”. Teraz alkoholik musi uznać, że jeżeli sam nie daje rady, to w tym dramacie życiowym musi otrzymać pomoc z zewnątrz. Pomoc Siły większej od niego samego – cokolwiek by to dla niego znaczyło (dla jednych może to być Bóg – tak jak Go ktoś rozumie, dla innych grupa AA, dla kolejnych osób jeszcze coś innego).

Jak widać z powyższego, Bóg z pewnością jest obecny w Krokach AA, ale jest On opisany w terminach, które każdy – dosłownie każdy – może zaakceptować i wypróbować. W programie AA nie ma jakichkolwiek innych twierdzeń teologicznych ani żadnych kwestii doktrynalnych. Dlatego w obrębie AA mówimy: „Duchowość tak. Religia nie, zdecydowanie nie”. To ważne, zważywszy iż większość alkoholików na początku swojej drogi w AA jest niezwykle wyczulona na jakiegokolwiek próby indoktrynacji. W tym miejscu warto powtórzyć, że wszystko w AA jest jedynie sugestią, podpowiedzią. Ostatnie słowo zawsze należy do alkoholika.

Akceptacja tych zasad umożliwia podjęcie często długotrwałego wysiłku powrotu do zdrowia – odkrywania rzeczywistej roli alkoholu we własnym życiu, odbudowania zrujnowanych więzi z innymi ludźmi, nauki życia bez alkoholu.

Aby odrzucić alkohol świadomie i bez żalu „za utraconym rajem”, żeby trzeźwe życie dawało satysfakcję i radość, by najbliższym żyło się z trzeźwiejącym alkoholikiem godnie i szczęśliwie – wszystko to wymaga gruntownej przemiany osobowości chorego. Program powrotu do zdrowia według Dwunastu Kroków AA jest programem duchowej przemiany i duchowego rozwoju. Bill W. przedstawiał to tak: „Często powiada się, że nas, uczestników AA, interesuje jedynie kwestia nadużywania alkoholu. To nieprawda. Musimy skończyć z piciem, żeby zachować życie. Ale każdy, kto bezpośrednio zetknął się z osobowością człowieka uzależnionego, wie, że żaden prawdziwy alkoholik nie zerwie na stałe z piciem, jeżeli nie dozna głębokiej przemiany tejże osobowości”⁵. Program Dwunastu Kroków AA jest narzędziem tego procesu.

We Wspólnocie AA – oprócz Kroków – stosuje się także Dwanaście Tradycji AA oraz Dwanaście Koncepcji AA. Tradycje AA określają zasady życia wewnątrz Wspólnoty AA, określają metody, za pomocą których Anonimowi Alkoholicy utrzymują jedność wewnętrzną oraz kształtują swoje stosunki ze światem. W Koncepcjach zostały spisane zasady pełnienia służby w AA, przy czym służbą w AA jest to wszystko, co pomaga dotrzeć do cierpiącego alkoholika. Pełnienie służby w AA jest zawsze działalnością honorową i nikt z tego tytułu nie pobiera nigdy żadnego wynagrodzenia. Służba innym jest jednym z warunków zdrowienia.

*Opracowanie:
Fundacja Biuro Służby Krajowej
Anonimowych Alkoholików w Polsce*

⁵ *Jak to widzi Bill*. Dz. cyt., s. 1.

George E. Vaillant

Anonimowi Alkoholicy: kult czy lek?

Cel: Omówienie sposobu działania, skuteczności i bezpieczeństwa metod Anonimowych Alkoholików (AA) w leczeniu alkoholizmu.

Metoda: Zostaną pokrótce przedstawione dostępne publicznie teksty na temat skutecznych metod leczenia alkoholizmu, a następnie zostanie omówiona perspektywne interdyscyplinarna faza kontrolna badania nad wyzdrowieniem z alkoholizmu w dwóch kohortach środowiskowych złożonych z nastoletnich pacjentów płci męskiej, obserwowanych kontrolnie od lat 40. XX wieku do dnia dzisiejszego.

Wnioski: Na sugerowany mechanizm działania AA składają się cztery czynniki, co do których udowodniono powszechnie, że skutecznie zapobiegają nawrotom uzależnień. Czynniki te

to: zewnętrzny nadzór, nowa zależność, nowe związki oparte na trosce i wzmożona duchowość. Ponadto AA, fortunnym zbiegiem okoliczności, działa w zapobieganiu nawrotom uzależnienia wedle zasad terapii poznawczo-behawioralnej. Anonimowi Alkoholicy są co najmniej równie lub wręcz bardziej skuteczni od tradycyjnych metod leczenia alkoholizmu, a sceptycyzm niektórych profesjonalistów dotyczący AA jako jednej z najskuteczniejszych metod leczenia alkoholizmu wydaje się nieuzasadniony. Wiele wskazuje na to, że Anonimowi Alkoholicy nie wywołują groźnych efektów ubocznych.

Kluczowe terminy: abstynencja, Anonimowi Alkoholicy, alkoholizm, badanie podłużne, duchowość.

Harvard Medical School and Division of Psychiatry (Akademia Medyczna Harvardu, Wydział Psychiatrii), Szpital Brigham and Women's Hospital, 1249 Boylston Street, 3rd Floor, Boston, Massachusetts 02215, USA. Adres email: gvaillant@partners.org

Tekst złożony 2 lipca 2004 r., poprawiony 16 grudnia 2004 r., przyjęty 23 grudnia 2004 r.

George E. Vaillant. *Alcoholics Anonymous: cult or cure?*. „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” („Australijski i Nowozelandzki Przegląd Psychiatryczny”) 2005; 39:431–436, 2005. SAGE Publications. ISSN 0004-8674; ISSN 1440-1614 (ang.).

Krytycy Anonimowych Alkoholików (AA) twierdzą, że w najlepszym wypadku działanie Wspólnoty można porównać do działania placebo, próbującego konkurować z bardziej skutecznymi metodami leczenia. Najbardziej radykalni wśród tych krytyków mówią nawet o „niebezpiecznym kulcie” [1–4].

Z drugiej strony, dla zwolenników Wspólnoty fakt, że AA otrzymało Nagrodę Laskera (najwyższe amerykańskie wyróżnienie naukowe, przyznawane za postępy czynione w dziedzinie medycyny), jest zdecydowanie uzasadniony

[5, s. 573]. Jednak dla ogromnej grupy dyskutujących wyrok jeszcze nie zapadł. Jeżeli mam się skusić na postawienie tezy, że program oparty na „Sile Wyższej” ma więcej wspólnego z penicyliną niż z Kościołem Zjednoczeniowym sekty Moona, muszę tym samym okazać poszanowanie zasadom medycyny eksperymentalnej, po pierwsze, wykładając mechanizm AA, następnie przedstawiając dowody empiryczne na to, że AA jest skuteczniejsze niż placebo, a dodatkowo omówić z pełną powagą efekty uboczne działania Wspólnoty.

Mechanizmy działania

Ponieważ odtrute osoby uzależnione od alkoholu bardzo często wracają do picia, przedstawiciele profesjonalnych środowisk lekarskich i psychologicznych nie mogą się pochwalić imponującymi wynikami dotyczącymi wyleczenia z alkoholizmu. W dłuższej perspektywie czasowej większość sposobów uznawanych za profesjonalne metody leczenia alkoholizmu wykazuje co najwyżej efekt działania porównywalny z placebo [6]. Po pierwsze, wyleczenie z alkoholizmu nie bierze się z podejścia psychodynamicznego. W harwardzkim badaniu prospektywnym [7] dwudziestu sześciu alkoholików płci męskiej poddano razem 5 tys. godzin psychoterapii, czyli średnio po 200 godzin na każdego pacjenta. Tylko jeden z nich wyzdrowiał podczas tego procesu.

Tak samo krótkotrwałe są efekty ratującego życie odtruwania organizmu. Słynna złota myśl przypisywana Markowi Twainowi mówi: „Odkryłem, że rzucanie palenia jest tak łatwe, że robiłem to już dwadzieścia razy”. Tak samo wygląda sytuacja w przypadku uzależnienia od alkoholu. W rzeczy samej badania długoterminowe wykazują, że oczekiwanie na leczenie (forma terapii placebo) jest prawie tak samo skuteczne jak detoksykacja [7]. Co więcej, terapia poznawczo-behawioralna działa zdecydowanie mniej efektywnie, niż by sobie tego życzyli jej wyznawcy. Badanie prowadzone w latach 70. XX wieku przez Lindę i Marka Sobellów, polegające na ćwiczeniu alkoholików w metodach kontrolowanego picia [8], było przez lata słynne na całym świecie – dopóki ich pacjentów nie zbadano po dziesięciu latach okresu kontrolnego. Właśnie wtedy odkryto, że uczestnicy badania nie są pod żadnym względem w lepszej kondycji niż członkowie grupy kontrolnej [9].

Także disulfiram nie pomógł w leczeniu alkoholizmu [10]. W ostatnich dwóch dekadach dwa leki dały ogromne na-

dzieje specjalistom medycyny klinicznej w zakresie alkoholizmu – leki te to akamprozat oraz naltrekson. Wiele opracowań wylicza ich krótkoterminowe pozytywne działanie, jednak – mimo upływu piętnastu lat – nadal nie przeprowadzono badania długoterminowego, które potwierdziłoby (lub zanegowało) skuteczność terapii tymi substancjami.

Powody, dla których profesjonalna terapia nie jest w stanie ostatecznie zapobiec powrotowi do picia ani odwrócić tym sposobem biegu naturalnej historii alkoholizmu, są dwojakiej natury. Po pierwsze, siła, z jaką uzależnienie od substancji więzi ludzi, nie bierze się z kory mózgowej. Uzależnienie krępujące nasze umysły wywodzi się z tak zwanego „gadziego mózgu”. Wynika ze zmian komórkowych w jądrach komórkowych śródmózgowia, takich jak jądro półleżące oraz nakrywka. Na pewnym etapie choroby zanik plastyczności reakcji neuronowej w tych ośrodkach sprawia, że abstynencja staje się nieosiągalna wyłącznie przy wsparciu siły woli, warunkowania czy wsparcia psychoanalitycznego.

Drugim powodem, dla którego tak często ratujące życie leczenie nie jest w stanie zapobiec powrotowi do picia, jest ten sam powód, dla którego nawet ratująca życie hospitalizacja nie jest w stanie zapobiec nawrotom choroby w cukrzycy. Zmiana w klinicznym przebiegu zarówno alkoholizmu, jak i cukrzycy, może zostać osiągnięta wyłącznie przez zapobieganie nawrotowi choroby. Cytując lekarza Lady Makbet: „Tu pacjent musi leczyć się sam”.

W mechanizmie zapobiegania nawrotom w przypadku większości uzależnień, bez względu na to, czy mamy do czynienia z palaczami, osobami obzerającymi się, uzależnionymi od opiatów, hazardu czy alkoholu, są najczęściej obecne cztery czynniki [11–12]. Czynniki te, zapobiegające nawrotom choroby, to zewnętrzny nadzór, rytualne uzależnienie od konkurencyjnego zachowania, nowe stosunki miłosne

oraz pogłębiona duchowość. Zwykle, by doprowadzić do zapobiegania nawrotom choroby, muszą wystąpić przynajmniej dwa z tych czynników. Wszystkie cztery czynniki wykazują skuteczność prawdopodobnie dlatego, że – w przeciwieństwie do większości profesjonalnych terapii – nie mają na celu osiągnięcia czasowej abstynencji albo ograniczenia spożycia alkoholu. Ich zadaniem jest skutecznie zapobiegać nawrotom, zatem, podobnie do podawanej samodzielnie i regularnie przez pacjenta insuliny w przypadku cukrzycy, muszą być stosowane przez bardzo długi czas. W swoich innych pracach [7] podkreślałem zgodność tych czterech czynników z zastosowaniem przez Marlatta [13] technik poznawczo-behawioralnych w celu usprawnienia metod zapobiegania nawrotom.

Zewnętrzny nadzór wydaje się niezbędny, ponieważ w badaniach prospektywnych świadoma motywacja, by przestać pić w momencie przyjmowania pacjenta na oddział, *nie* przekłada się na efekt końcowy [7]. Anonimowi Alkoholicy, jak większość trenerów osobistych, zapewniają motywację zewnętrzną i sugerują, że należy do nich cały czas wracać. W AA członkom doradza się znalezienie sponsora, do którego będą mogli często zadzwonić lub którego będą mogli często odwiedzić. Zachęca się ich też do „pracy nad Krokami” i do zaangażowania w służbę innym. Każda z tych czynności jest codziennym bezwiednym przypomnieniem, że alkohol to wróg, nie przyjaciel. Takie działania zapewniają zewnętrzny nadzór lub, jak to formuluje język AA: „sprawiają, że pamięć jest zawsze zielona (świeża)”. Jednak AA rozumie też, że przymusowy nadzór przynosi najlepsze efekty, jeśli poddajemy mu się na skutek świadomego wyboru. Z własnej woli zgadzamy się na znoszenie surowych zasad naszego sportowego trenera, ale zawsze unikamy zakazów, których nie akceptujemy.

Po drugie ważne jest, by znaleźć zamienną zależność lub *zachowanie kon-*

kurencyjne wobec uzależnienia. Trudno się rozstać z jednym przyzwyczajeniem, nie mając czegoś innego do robienia. Na przykład, disulfiram, przepisywany często, ponieważ sprawia, że trawienie alkoholu wywołuje reakcję wymiotną, nie zdaje egzaminu, bo – mimo że zabiera alkohol – nie daje nic w zamian. Pacjent w końcu przestaje brać lek. Tymczasem konkurencyjne zależności – takie jak, na przykład, metadon stosowany jako zamiennik nadużywanej heroiny – ułatwiają zapobieganie nawrotom, ponieważ działają na zasadzie metody zarówno kija, jak i marchewki. W przeciwieństwie do takiego systemu kara więzienia jako taka nigdy nie pozwala obniżyć tendencji powrotu do nadużywania heroiny [12]. Sama kara nie zmieni głęboko zakorzenionych przyzwyczajzeń.

Anonimowi Alkoholicy rozumieją to, co wiedzą wszyscy behawioryści i o czym zapomina wielu lekarzy i rodziców: że złe nawyki wymagają zamienników. Wspólnota zapewnia nie tylko nadzór, ale też satysfakcjonujący plan zajęć społecznych i służebnych, w obecności wspierających i już wyleczonych alkoholiców. Zwłaszcza w trudnych momentach, obarczonych najwyższym ryzykiem, takich jak święta.

Po trzecie, *nowe związki miłosne* także są ważne dla zdrowienia. Byli nałogowcy powinni tworzyć więzi z ludźmi, których nie skrzywdzili w przeszłości i wobec których nie mają ogromnego emocjonalnego długu. Co więcej, pomagają im możliwość związania się z ludźmi, którym mogą czynnie pomóc [14]. Na mityngach AA pełno jest trzeźwych ludzi, którzy zwiedzali kiedyś codziennie każdy pub w mieście. Można się z nimi zaprzyjaźnić i nie ma się wobec nich żadnych zaległych zobowiązań finansowych. W podobny sposób sponsor z AA, tak jak nowy współmałżonek, może sprzyjać zapobieganiu nawrotom skuteczniej niż członek rodziny, który cierpiał przez lata wiele tortur.

Tymczasem możemy sobie pozwolić na drobną spekulację: ponieważ jest mało prawdopodobne, by nasi prehistoryczni przodkowie „dawali w żyłę”, zwoje mózgowie odpowiedzialne za uzależnienia wykształciły się zapewne początkowo, by ułatwiać przywiązywanie się do drugiej istoty ludzkiej, społeczną spójność i wspólnotę duchową [15]. Naturalne opioidy mózgowie wydzielają się podczas zachowań wskazujących na przywiązanie, takich jak wzajemna toaleta zwierząt oraz podczas społecznych rytuałów cechujących spotkania szczyrych matek z młodymi [16,17].

Czwarty częsty element zdrowienia z nałogu, czyli odkrycie lub ponowne odkrycie *duchowości*, wzbudza największe kontrowersje. Inspirujące i altruistyczne członkostwo w grupie, połączone z wiarą w siłę większą ode „mnie”, wydaje się bardzo ważne w zdrowieniu z nałogu. W swojej książce *Odmiany doświadczenia religijnego* William James [18] jako pierwszy określił bliski związek pomiędzy nawróceniem religijnym a zdrowieniem z beznadziejnego alkoholizmu. Wedle słów Carla Junga [19], skierowanych do współzałożyciela AA Billa Wilsona: *Spiritus contra spiritum*. Uniwersalny model, opisany przez Jerome'a Franka [20] w książce *Perswazja i uzdrawianie* i stosowany skutecznie w psychoterapii, bardzo przypomina uzdrawianie duchowe. W modelu Franka wiarygodny i uprawniony uzdrowiciel powinien mieć odpowiedni status (potwierdzony na przykład kilkoma latami abstynencji), być wyposażony w jednoznaczny, koncepcyjny model problemu (np. Wielką Księgę AA) i powinien wywołać u pacjenta chęć wyleczenia. Mityngi AA to w końcu jedyne miejsca na świecie, w których tak się roi od trzeźwych od lat alkoholików. Na koniec Frank przypomina nam, że w terapii grupowej uzdrowienie brało się zawsze z dbałości o innych, nie o siebie. Takie samo przesłanie niesie Dwunasty Krok AA.

Są jednak inne powody, dla których w przypadku uzależnień duchowość jest tak ważna dla zapobiegania nawrotom. Po pierwsze, występuje zasadnicza różnica pomiędzy uzdrawiającymi więzami we wspólnotach duchowych a takimi z hierarchicznym przywódcą religijnym czy psychoterapeutą. W medycynie i w autorytarnej religii mądry, posiadający władzę lekarz lub duchowny nakazuje chorym, grzesznym lub nieoświeconym pacjentom pograżać się w swojej zależności i przeżywać na nowo złość i straty z przeszłości. Zupełnie inaczej w AA i w innych demokratycznych wspólnotach duchowych wszystko rozgrywa się na jednym poziomie. Jeden z pierwszych pijaków z Akron, któremu dr Bob i Bill Wilson przedstawili swoje przesłanie zdrowienia z alkoholizmu, bardzo dobrze podsumował tę wzajemność stosunków: „Wszyscy inni ludzie, którzy ze mną rozmawiali, chcieli mi pomóc, więc duma nie pozwala mi ich słuchać... Ale pomyślałem, że byłbym niezłym draniem, gdybym nie posłuchał przez chwilę dwóch facetów, skoro to miało wyleczyć *ich*” [5, s. 185].

Po drugie, duchowość wpływa na nasze zachowanie nie poprzez rozum, ale przez zwrócenie się do emocji. Cztery duże badania podłużne [21–24], po skontrolowaniu zmiennych zakłócających, takich jak całkowity zakaz konsumpcji alkoholu, dostarczały dowody, że religijne zaangażowanie w młodości zmniejsza spożycie alkoholu i papierosów w dorosłym wieku. Religijne zakazy spożywania alkoholu (takie jak, na przykład, u mormonów w Utah albo u wyznawców Islamu w Arabii Saudyjskiej) odnosiły spektakularny efekt. Wręcz przeciwnie, alkoholowa prohibicja narzucana przez rząd nie była już tak skuteczna (np. w USA w latach 20. albo w Związku Radzieckim w latach 90. XX wieku).

Po trzecie, w przeciwieństwie do większości innych grzeszników, alkoholicy nie są tylko irytujący. Wielu z nich wywołało

ogromny ból i wyrządziło innym ludziom poważne krzywdy. Zatem po wytrzeźwieniu alkoholik może musieć zmierzyć się z bezkresnymi pokładami winy, wywołanymi przez mękę, jaką zgotowali kiedyś innym ludziom. Mimo że działa bardzo słabo jako środek uspokajający i jeszcze gorzej jako środek przeciwdepresyjny, alkohol jest być może najsilniejszym „rozcieńczaczem” dla nękanego wyrzutami sumienia, jaki wypracowała jak dotąd nowoczesna farmakologia. Zatem odpuszczenie win uzyskane przy udziale „siły większej niż my sami” daje wyjście stanowiące alternatywę dla alkoholu i staje się ważnym elementem procesu uzdrawiania alkoholika.

Na koniec należy dodać, że duchowość, tak jak przywiązywanie do innych ludzi – i tak samo jak ono przejawiająca się dzięki strukturom limbicznym mózgu oraz płatowi skroniowemu – może stanowić wartościowy substytut używek. Innymi słowy, duchowość i religia oferują alternatywę dla narkotykowego „haju”. Religia, według Marksa „opium dla ludu”, wraz z terminem *spiritus* wedle Junga mogą dla nas stanowić pośredni sposób na stymulowanie limbicznej części mózgu i wydzielanych przez nią endorfin.

Skuteczność Anonimowych Alkoholików

Niestety, trudno jest zdobyć empiryczne dane na temat skuteczności Anonimowych Alkoholików. Po pierwsze, jako organizacja AA nie jest zainteresowane badaniami naukowymi. Po drugie, z powodu różnic ideologicznych oraz podświadomej chęci rywalizowania badacze medycyjni miewają trudności z ocenianiem Wspólnoty bez uprzedzeń. Co więcej, w trakcie swojej długiej i przewlekłej choroby alkoholicy mają do czynienia z wieloma metodami leczenia, często stosowanymi jednocześnie. W przeciwieństwie zatem do sytuacji,

w których mowa o oficjalnych badaniach klinicznych leków, tu nikt nie jest w stanie przeprowadzić prawdziwie kontrolowanego badania. Jeszcze do niedawna nie było do końca jasne, czy uczęszczanie na mityngi AA powodowało abstynencję, czy może było tylko objawem abstynencji i bardziej skrupulatnego stosowania profesjonalnej terapii.

Jednak ogół dowodów na to, że AA działa jako skuteczny „lek” jest dość przekonujący. Po pierwsze, wnioski z licznych badań, w których brało naraz udział tysiąc lub więcej osób, sugerują, że dobre wyniki kliniczne są w istotny sposób skorelowane z częstością uczęszczania na mityngi AA, z posiadaniem sponsora, z angażowaniem się w pracę w ramach Dwunastu Kroków oraz z przewodniczeniem mityngom [25].

Po drugie, ja sam jestem od trzydziestu pięciu lat dyrektorem Badania Dotyczącego Rozwoju Dorosłych. Jest to badanie społeczne, w ramach którego obserwowane były przez sześćdziesiąt lat dwie kohorty mężczyzn, 268 absolwentów college’u oraz 456 mężczyzn z „gorszych dzielnic” dużych miast [7,26]. Jak widać w Tabeli 1, mniej więcej połowa próby w każdej z kohort nadużywała alkoholu do śmierci albo do dnia dzisiejszego. Różnice zaobserwowane przed wystąpieniem choroby alkoholowej były nieliczne, nie sprawiając, że mężczyźni, którzy osiągnęli w końcu stałą abstynencję, różnili się jakoś od tych, którzy pozostali alkoholikami. Kiepskie wykształcenie, niski iloraz inteligencji ani fakt wywodzenia się z problemowej rodziny nie przesądzały o tym, że konkretnym mężczyznom nie uda się osiągnąć stałej abstynencji [26]. Tak samo nawet duża liczba czynników ryzyka związanych z alkoholizmem, takich jak dziedziczność, hiperaktywność w młodości czy zachowania socjopatyczne, nie pozwalała przewidzieć zachorowania. Należy jednak zauważyć, że mężczyźni należący do grup, które osiągnęły pozy-

tywne wyniki, przyznawali się do bytności na mityngach AA około dwudziestu razy częściej niż mężczyźni z grup osiągniętych wyniki negatywne (Tabela 1).

Po trzecie, warte wiele milionów dolarów kontrolowane badanie, znane jako Project Match (Projekt Match – Dopasowanie) [27,28], porównało efektywność trzech rodzajów leczenia u prawie 2000 pacjentów alkoholików. W ten sposób otrzymano kilka ciekawych wniosków. Projekt Match pokazał, że już w pierwszym roku samo AA było tak skuteczne jak dwie najbardziej efektywne alternatywy profesjonalne, czyli terapia poznawczo-behawioralna oraz motywacyjna. Pod pewnymi względami AA było wręcz lepsze od terapii poznawczo-behawioralnej. Dodatkowo w ramach projektu wykazano, że bez względu na pierwotną metodę leczenia (poznawczo-behawioralną, motywacyjną czy Program Dwunastu Kroków) im więcej mityngów AA odwiedzał pacjent, tym szybciej dochodził do siebie.

Być może najbardziej przekonującym kontrolowanym badaniem skuteczności AA było to, w którym, podczas ośmioletniego okresu kontrolnego obserwacji prowadził psycholog behawioralny William Miller [29]. Celem programu terapeutycznego Millera było przywracanie u alkoholików bezpiecznych nawyków

picia, a nie doprowadzanie u nich do całkowitej abstynencji, a tym bardziej nie kontaktowanie ich z AA. Co więcej, pacjenci w jego badaniu zostali samodzielnie wybrani ze względu na motywację, by powrócić do kontrolowanego picia, a nie osiągnąć abstynencję. Tymczasem po ośmiu latach większość pacjentów, z którymi Miller osiągnął najlepsze wyniki była abstynentami i nie uciekała się do kontrolowanego picia. W kontraście do długoterminowej abstynencji na poziomie 20% u osiemdziesięciu jeden klientów, którzy byli na mniej niż 100 mityngach, aż 53% z trzydziestu klientów, którzy wzięli następnie udział w więcej niż 100 spotkaniach w ramach AA osiągnęło ostatecznie stałą abstynencję – co stanowi istotną statystycznie różnicę.

Z kolei wyniki wspólnego ośmioletniego badania prospektywnego przeprowadzonego na Uniwersytecie Stanforda [30,31] podkreśliły przewagę AA nad profesjonalnym leczeniem. W trakcie tych ośmiu lat zaobserwowano, że dwa możliwe wyniki terapii – czyli ograniczenie picia oraz większa abstynencja – były w niewielkim stopniu zależne od liczby dni profesjonalnej terapii w ośrodku lub szpitalu, natomiast bardzo mocno zależne od stopnia udziału w spotkaniach AA. Mówiąc krótko,

Tabela 1. Charakterystyka alkoholików w wieku lat 70, którzy spełniali kryterium stałej abstynencji albo walki z namiętnością trwającej przez całe życie

	Kohorta uniwersytecka		Kohorta miejska	
	Abstynent (n=9)	Pijący (n=32)	Abstynent (n=57)	Pijący (n=44)
Pierwsze objawy alkoholizmu w wieku	34±9	42±10	28±9	31±11
Lata abstynencji	15±11	1±2***	16±11	1±2***
Lata aktywnego picia	20±11	23±10	18±9	22±10***
Wynik testu rozpoznawania problemów alkoholowych	9±3,0	6±2***	9,7±3,8	8,3±3,3*
Liczba krewnych alkoholików	2,3±1,2	2,3±1,1	2,8±1,0	2,7±1,1
Mityngi AA	137±155	2±9***	143±327	8±30***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; Test t-Studenta. Wyniki zaadaptowane z [26].

skuteczność AA nie zależała wyłącznie od karnego zastosowania się do wymogów leczenia.

AA nie jest oczywiście magicznym nabojem dla każdego alkoholika. Nawet we własnych badaniach kontrolnych napotkałem mężczyzn, którzy wzięli udział w mnóstwie mityngów AA bez żadnej poprawy. Nie chodzi też o to, że leczenie profesjonalne nie daje skutków. Gdyby porównywać sesję terapeutyczną po sesji, to podejrzewam, że wyniki osiągane przez profesjonalistów w zakresie leczenia uzależnień oraz przez mityngi AA są równie imponujące. Chodzi bardziej o to, że działanie AA można porównać ze stosowaniem insuliny i naparstnicy: AA nie przestaje działać nawet wtedy, gdy pacjent opuści klinikę.

Efekty uboczne

Trzecia „naukowa” kwestia, którą muszę poruszyć, jest następująca: Nawet jeśli AA leczy z alkoholizmu, to czy jest bezpieczne? Jakie są jego efekty uboczne? AA ma na pewno wielu krytyków. Mając na celu dotarcie do gadziego mózgu, retoryka i emocjonalny język duchowości AA sprawiają, że dziennikarze i naukowcy społeczni zaczynają – co nie jest jakimś ogromnym zaskoczeniem – obawiać się, że AA to religia lub kult [4,32]. Działalność kultów może skutkować demagogią i wyzyskiem. Religia może doprowadzić do wykluczenia, bigoterii, a nawet wojny. Pojedynczy alkoholicy uczęszczający na mityngi grup niedopasowanych do ich potrzeb lub związanych się z nieodpowiednimi sponsorami opowiadają czasem o Wspólnocie przerażające historie. Wiele przekonania, które wyrażają członkowie AA na temat

alkoholizmu, jest jak założenia jakiegokolwiek tradycji wiary nieopartej na nauce. Przykładowo, mężczyźni przepytowani w ramach badań kontrolnych po trzydziestu czy czterdziestu latach twierdzą, że alkoholizm *nie* jest „chorobą progresywną”.

Korzystanie z pomocy AA jest bezpieczne właśnie dlatego, że jest ono organizacją, ale *nie* religią. Opiera się na konkretnych zasadach, by uniknąć nadużyć tak często cechujących kultury religijne. Religie, tak jak nacjonalizmy, przyciągają kręgi, które wykluczają innych. Zupełnie odwrotnie, Anonimowi Alkoholicy i ruchy internacjonalistyczne chcą tych innych przyciągać. Duchowa podstawa AA wyrosła z intelektualnego doświadczenia trzech mężczyzn głęboko nieufnych wobec zorganizowanej religii. Ci trzej mężczyźni: William James ze swoją książką *Odmiany doświadczenia religijnego*, Carl Jung ze swoim sformulowaniem: *Spiritus contra spiritum* oraz dr Robert Smith, współzałożyciel AA, byli oddanymi badaczami tego, co uzdrawiające wśród wszystkich religii. Uważam, że taka duchowość prowadzi zwykle tylko do miłości, tolerancji, pokory i podziwu wobec wszechświata. To cechy, które pogłębiają ludzkie związki i nie zaburzają ich jak kultury.

Właściwie w AA w ogóle nie chodzi o religię. We wstępie do książki *Anonimowi Alkoholicy* jest napisane wyraźnie, że „Anonimowi Alkoholicy nie są organizacją religijną”¹. Jedynym wymogiem członkostwa jest uczciwe pragnienie zaprzestania picia. Wspólnota Anonimowych Alkoholików zdaje test uniwersalności, tak niezbędny, by odróżnić bezpieczną duchowość od potencjalnie dzielącej religii: przekonania religijne nie wykluczają członkostwa w AA. W ciągu ostatnich dwudziestu

¹ *Anonimowi Alkoholicy. Opowieść o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet wyzdrowiało z alkoholizmu*, wyd. 4, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2018, s. XXVI [przyp. red.].

lat członkostwo to wzrosło dziesięciokrotnie wśród wyznawców hinduizmu w Indiach, wśród japońskich buddystów oraz w katolickiej Hiszpanii. Wzrosło także wykładniczo w ateistycznej Rosji. W przeliczeniu na mieszkańca kraju w Kostaryce i Salwadorze jest trzy razy więcej grup AA niż w Stanach Zjednoczonych [33]. Dziś jedna trzecia członków AA to kobiety, a jedną czwartą Wspólnoty stanowią osoby poniżej trzydziestego pierwszego roku życia. W badaniach nie udało się wyróżnić konkretnych cech charakteru wyróżniających alkoholików, którzy chodzą lub nie chodzą na mityngi AA [4]. Ani klasa społeczna, ani wykształcenie, ani ekstrawertyczna osobowość, ani stan zdrowia psychicznego nie odróżniają tych, którzy zwracają się do AA, od tych, którzy tego nie robią. Jediną stałą zmienną, która odróżnia członków AA od alkoholików, którzy bywają wyłącznie w centrach profesjonalnej terapii, jest to, że członkowie AA mieli zazwyczaj w przeszłości więcej objawów choroby alkoholowej.

Warto jednak odnotować kilka konkretnych sposobów, dzięki którym AA uniknęło stania się kultem religijnym. Po pierwsze, od samego początku, nie rozróżniano wyraźnie między Bogiem a „Wspólnotą AA”. Istniało zawsze domniemanie, a może nawet oczywiste przyzwolenie, by wymieniać koncepcję Boga na „grupe”.

Po drugie, duchowość AA nie konkuruje z medycyną. Publikowane teksty Wspólnoty podkreślają, że „nie wolno pozabawiać jakiegokolwiek alkoholika leków, które mogłyby złagodzić lub kontrolować inne nękające go przypadłości fizyczne/emocjonalne” oraz że „żaden członek AA nie bawi się w lekarza” [34, s. 11].

Po trzecie, niektórzy ludzie martwią się, że AA, jak kultury religijne, przejmuje kontrolę nad umysłem i pozbawia wolności działania. Nowojorski psychiatra Mark Galanter [35] opisał kultury jako charyzmatyczne grupy „charaktery-

zujące się wysokim poziomem spójności społecznej, intensywnie wyznawanym systemem wierzeń oraz głębokim wpływem na zachowanie członków” (s. 543). Galanter zauważył, że powyższe stosuje się praktycznie w całości do AA. Jest jednak ważny wyjątek. Celem Dwunastu Kroków AA, tak jak surowości programów ćwiczeń po przebytych chorobach wieńcowych, nie jest – tak jak w przypadku kultów – odbieranie autonomii, ale wyłącznie zapewnienie bardzo konkretnego zestawu „sugestii”, dzięki którym można uniknąć nawrotu choroby i śmierci.

Ponadto ważna różnica między kultami religijnymi i AA polega na odmienności systemu zarządzania. Kult skupia się wokół charyzmatycznego przywódcy, wyposażonego w niepodważalną władzę, i zarządzany jest w sposób autokratyczny. W AA: „Nasi przywódcy są zaufanymi sługami. Nie rządzą”. Większość pozycji związanych ze służbą w AA jest obsadzana bez wynagrodzenia, a zadania do wykonania są rotowane, by nie nastąpiła konsolidacja władzy. Wypracowany w ten sposób schemat organizacyjny AA to odwrócona piramida. Odpowiedzialne stanowiska są w AA definiowane jako „służba bez władzy”, a procesy legislacyjne przeprowadzane są w sposób pedantycznie demokratyczny.

W AA, w przeciwieństwie do kultów czy religii, szanuje się opinie mniejszości. Amerykańska Konstytucja przyznała taką samą liczbę senatorów stanom Delaware i Rhode Island, jak i bardziej zaludnionemu Nowemu Jorkowi i Virginii – w taki sam sposób, w swoich ustaleniach organizacyjnych, AA zwraca szczególną uwagę na opinie mniejszości.

Zarówno AA, jak i kultury są krytykowane za to, że zachęcają do ustanawiania stosunków zależności, dlatego tak ważne jest, by rozróżniać między zależnością rodzącą się z uczestnictwa w AA oraz tą wynikającą z przynależności do kultu. Zależności mogą nas osłabiać lub umacniać.

Oslabia nas poleganie na papierosach, automatach do gry i śmieciowym jedzeniu. Siłę czerpiemy z polegania na ćwiczeniach, witaminach i naszej rodzinie.

Na koniec należy dodać, że Dwanaście Tradycji AA odzwierciedla dwudziestoletnie próby założyciela Wspólnoty, Billa Wilsona, by kierować się duchowością, chroniąc jednocześnie AA przed przemianą w kult religijny. Tak jak kościół chrześcijański na początku swojej historii, Anonimowi Alkoholicy z sukcesami unikają wzbogacania się. W przeciwieństwie do kultów, uniwersytetów i organizacji religijnych Wspólnota nie posiada żadnego majątku. W tradycje AA wpisana jest również osobista anonimowość w kontekście publicznym, stanowiąca świetne antidotum dla kultu jednostki.

Niezwalczany alkoholizm to podstępny, zadziwiający i wytrwały przeciwnik, który zabija rocznie 100 tys. Amerykanów [36] – ofiar jest zdecydowanie więcej niż w przypadku raka piersi. Tymczasem badania światowej literatury fachowej sugerują, że profesjonalna medycyna jest prawie bezradna w długoterminowej walce z alkoholizmem. Jednocześnie dostępne aktualnie wyniki badań wskazują na to, że AA jest najskuteczniejszą metodą długoterminowego zapobiegania nawrotom, dostępną dla lekarzy.

Piśmiennictwo

1. Bufo C. *Alcoholics Anonymous: cult or cure?* San Francisco: See Sharp, 1991.
2. Anonymous Book Reviewer. *Alcoholics Anonymous*. „Journal of Nervous and Mental Disorders” 1940; 92:399–400.
3. Cain AH. *Alcoholics Anonymous: cult or cure?* Harper’s, 1963:48–52.
4. Shute N. *What AA won’t tell you*. „U.S. News and World Report”, 8 September 1997:55–65.
5. Alcoholics Anonymous. *Alcoholics Anonymous*. 2nd edn. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1995 (First edition, 1939).
6. Lindström L. *Managing alcoholism*. Oxford, UK: Oxford University Press, 1992.
7. Vaillant GE. *Natural history of alcoholism revisited*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995.
8. Sobell MB, Sobell LC. *Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: results*. „Behavior Research and Therapy” 1976; 14:195–215.
9. Pendery ML, Maltzman IM, West LJ. *Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study*. „Science” 1982; 217:169–175.
10. Fuller RK, Roth HP. *Disulfiram for the treatment of alcoholism: an evaluation of 128 men*. „Annals of Internal Medicine” 1979; 90:901–904.
11. Stall R, Biernacki P. *Spontaneous remission from the problematic use of substances: an inductive model derived from a comparative analysis of the alcohol, opiate, tobacco and food/obesity literature*. „International Journal of Addictions” 1986; 21:1–23.
12. Vaillant GE. *What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction?* „British Journal of Addiction” 1988; 83:1147–1157.
13. Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford, 1985.
14. Vaillant GE. *A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts: IV. Some characteristics and determinants of abstinence*. „American Journal of Psychiatry” 1966; 123:573–584.
15. Insel TR, Young LJ. *The neurobiology of attachment*. „Nature Reviews/Neuroscience” 2001; 2:129–135.
16. Panksepp J, Nelson E, Bekkedal M. *Brain systems for the mediation of social separation-distress and social-reward*.

- „Annals of the New York Academy of Science” 1997; 807:78–100.
17. Panksepp J, Nelson E, Sivity SM. *Brain opiates and mother–infant bonding motivation*. „Acta Paediatrica Supplement” 1994; 397:40–46.
 18. James W. *The varieties of religious experience*. London: Longmans Green, 1902.
 19. Jung C. *Letter to Bill Wilson*, 1961 [reprinted in „Alcoholics Anonymous Grapevine”, January 1963, pp. 30–31].
 20. Frank JD. *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1961.
 21. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. *Religion, psychopathology, and substance use and abuse: a multi-measure, genetic-epidemiological study*. „American Journal of Psychiatry” 1997; 154:322–329.
 22. Koenig HG. *The healing power of faith: science explores medicine’s last great frontier*. New York: Simon and Schuster, 1999.
 23. Moore RD, Mead L, Pearson T. *Youthful precursors of alcohol abuse in physicians*. „American Journal of Medicine” 1990; 88:332–336.
 24. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GH. *Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years*. „American Journal of Public Health” 1997; 87:957–961.
 25. Emrick CD, Tonigan JS, Little L. *Alcoholics Anonymous: what is currently known?* In: McCready BS, Miller WR, eds. *Research in Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives*. Picataway, NJ: Rutgers Center for Alcohol Studies, 1993:41–76.
 26. Vaillant GE. *A 60-year follow-up of male alcoholism*. „Addiction” 2003; 98:1043–1051.
 27. Babor TF, Miller WR, DiClemente C, Longabaugh R. *Comments on Project MATCH: matching alcohol treatments to client heterogeneity*. „Addiction” 1999; 94:31–69.
 28. Longabaugh R, Wirtz PW, Zweben A, Stout RL. *Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects*. „Addiction” 1998; 93:1313–1333.
 29. Miller WR, Leckman AL, Delaney HD, Tinkcom M. *Long-term follow-up of behavioral self-control training*. „Journal of Studies on Alcohol” 1992; 53:249–261.
 30. Humphreys K, Moos RH. *Reduced substance abuse related health care costs among voluntary participants in Alcoholics Anonymous*. „Journal of Studies on Alcohol” 1996; 58:231–238.
 31. Timko C, Moos RH, Finney JW, Moos BS, Kaplowitz MS. *Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics*. „Journal Study on Alcohol” 1999; 60:437–447.
 32. Peele S. *The diseasing of America*. Lexington, MA: Lexington Books, 1989.
 33. Makela K. *Social and cultural preconditions of Alcoholics Anonymous (AA) and factors associated with the strength of AA*. „British Journal of Addiction” 1991; 86:1405–1413.
 34. Alcoholics Anonymous. *The AA member medications and other drugs*. New York: Alcoholics Anonymous World Services (Undated pamphlet).
 35. Galanter M. *Cults and zealous self-help movements: a psychiatric perspective*. „American Journal of Psychiatry” 1990; 147:543–551.
 36. McGinnis JM, Foege WH. *Actual causes of death in the United States*. „Journal of the American Medical Association” 1993; 270:2207–2212.

Bohdan Tadeusz Woronowicz

Dziedzictwo psychiatrii i psychologii w Programie Anonimowych Alkoholików

The Legacy of Psychiatry and Psychology in Alcoholics Anonymous Fellowship Program,
„Alkoholizm i Narkomania” 2020; 33(2):161-98
DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2020.98880>

Streszczenie

Wprowadzenie

Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA) jest jedną z form samopomocy osób z zaburzeniami używania alkoholu. Pierwsza grupa AA w Polsce powstała w 1974 r. a obecnie spotyka się ok. 2800 takich grup. Autor, który od ponad 40 lat towarzyszy polskiej Wspólnocie przedstawia krótką historię AA, jej ideę oraz wpływ na profesjonalne programy terapii. Podaje przykłady współpracy lekarzy i psychologów ze Wspólnotą oraz dzieli się doświadczeniami z tej współpracy. Podkreśla rolę lekarzy-psychiatrów oraz psychologów w powstaniu i rozwoju Wspólnoty. Relacjonuje badania świadczące o tym, że ta współpraca zaowocowała dużym wsparciem udzielanym przez Wspólnotę zarówno osobom z zaburzeniami używania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych, jak i wielu innym osobom z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego, a także samym profesjonalistom i systemowi lecznictwa.

Celem artykułu jest zaprezentowanie Wspólnoty AA, jako jednej z form wspierania osób z zaburzeniami używa-

nia alkoholu, zapoznanie z jej historią, programem i podstawowymi założeniami, ukazanie roli lekarzy i psychologów w jej rozwoju oraz przedstawienie wyników badań nad skutecznością zarówno uczestnictwa we Wspólnocie, jak i w profesjonalnej terapii wykorzystującej doświadczenia i program Wspólnoty w ramach modelu Minnesota.

Wnioski

Lekarze i psychologowie przyczynili się w istotnym stopniu do powstania oraz do rozwoju Wspólnoty AA, a doświadczenia AA są wykorzystywane od lat w programach terapii. Udział we Wspólnocie należałoby traktować jako dobrą formę radzenia sobie z problemem alkoholowym oraz jako jedną z najbardziej obiecujących form opieki postterapeutycznej, która sprzyja utrwalaniu wyników leczenia i w ten sposób nie tylko ratuje zdrowie i życie ludzkie, ale także w istotnym stopniu, odciąża państwowe systemy ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: alkoholizm, Anonimowi Alkoholicy, model Minnesota, leczenie uzależnienia, program dwunastu kroków.

Dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz, psychiatra, specjalista i superwizor psychoterapii uzależnień, przez 35 lat kierował Oddziałem Odwykowym, a następnie Ośrodkiem Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Od ponad 40 lat towarzyszy Wspólnocie AA – wspiera ją i wykorzystuje jej program w leczeniu swoich pacjentów.

Adres do korespondencji: Bohdan Tadeusz Woronowicz, Akmed, Centrum Konsultacyjne, ul. Mokotowska 6a, 00-641 Warszawa, tel. +48 608 521 431; e-mail: akmed@akmedcentrum.eu

Summary

Introduction

Alcoholics Anonymous (AA) is a form of mutual self-help for those dependent on alcohol. The first AA group in Poland was established in 1974. Today, 2800 AA groups meet throughout Poland. The author, involved in AA in Poland for forty years, presents a brief history and the group's fundamental principles and its influences on the professional program of therapy. The author offers examples of cooperation between physicians and psychologists and AA and describes his experiences with this cooperation. The role of psychiatrists and psychologists in the establishment and development of AA is emphasized. Extensive research has shown that their contributions resulted in significant support for the treatment of people addicted to alcohol and/or other psychoactive substances and for the treatment of people suffering from other mental health problems.

The goal of the article is to present AA as one of the forms of support for those dependent on alcohol and to acquaint others with its history, program, and basic principles. The author also examines the role of physicians and psychologists in the group's development and the results of research on the effectiveness of AA and on the effectiveness of professional therapy which uses the AA program in its work, such as the Minnesota Model.

Results

Physicians and psychologists contributed significantly to the establishment and development of AA and AA has long been used in therapeutic programs. Participation in AA should be regarded as a positive form of coping with an alcohol problem and one of the most promising forms of post-therapeutic care, one which often yields lasting results and so protects health and human lives while also taking the burden off the state system of health care.

Keywords: alcoholism, Alcoholics Anonymous, Minnesota Model, dependency treatment, twelve step program.

Wprowadzenie

W leczeniu osób z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, konieczna jest wzajemna współpraca między profesjonalistami, tj. lekarzami, psychologami i innymi terapeutami, a systemami oparcia pacjenta.

Naturalnymi i najbardziej rozpowszechnionymi systemami oparcia dla człowieka są: małżeństwo, bliska rodzina, krewni czy grupa przyjaciół. Innymi przykładami takich systemów mogą być grupy religijne, grupy służące osobom cierpiącym (np. osobom niepełnosprawnym), grupy służb ochotniczych (np. zajmujące się udzielaniem pomocy osobom starsym bądź samotnym) oraz szeroko rozpowszechnione grupy samopomocy (wzajemnej pomocy).

Grupy samopomocy szczególnie korzystnie wpływają na stan zdrowia swoich członków i tym samym wspierają w istotnym stopniu system ochrony zdrowia, umożliwiając:

- opanowanie urazu będącego skutkiem zaistniałego problemu;
- akceptację problemu;
- doskonalenie umiejętności radzenia sobie z problemem;
- rozładowanie emocji dzięki emocjonalnemu oraz społecznemu oparciu i zrozumieniu;
- zapanowanie nad losem dzięki wzajemnemu wspieraniu się i zaspokajaniu zbliżonych potrzeb;
- pogłębienie wiedzy o wspólnym problemie oraz uzyskanie pomocy w jego lepszym zrozumieniu;
- poprzez kontakt i wspólne działania z osobami mającymi te same problemy uzyskanie psychospołecznego substytutu tego, co się straciło;
- rozbudzenie terapeutycznych możliwości u swoich członków przez poznanie praktycznych sposobów radzenia sobie z problemem;

- stworzenie nowego układu stosunków i znalezienie nowego sposobu na życie, a więc stworzenie warunków do jego normalizacji.

Dzięki wymienionym wyżej możliwościom dochodzi do ograniczenia ujemnych skutków wielu problemów psychospołecznych napotykanym przez jednostkę. Uczestnicy grup samopomocy wzorują się na własnych doświadczeniach i tym samym uzupełniają wiedzę pochodzącą z zewnątrz, tzn. od profesjonalistów. Udzielanie pomocy innym, traktowane jako służba na rzecz społeczności, dobry uczynek czy samodoskonalenie, poprawia samoocenę i tym samym wpływa bardzo korzystnie na samopoczucie pomagającego. Wiele osób unika dzięki temu degradacji, jakiej doświadczają ludzie, którzy są tylko biorcami pomocy.

Najbardziej znanymi grupami samopomocowymi osób związanych z problemem alkoholowym są dzisiaj Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA), Grupy Rodzinne Al-Anon i Alateen oraz kluby abstynenta. Rola Wspólnoty Anonimowych Alkoholików jako skutecznego źródła wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu jest szczególnie podnoszona w wielu publikacjach.

Celem artykułu jest zaprezentowanie jednej z form wsparcia dla osób z zaburzeniami używania alkoholu, jaką jest Wspólnota Anonimowych Alkoholików. Przedstawienie jej historii, podstawowych założeń, ukazanie roli lekarzy i psychologów w jej powstawaniu i rozwoju, a także przedstawienie wyników badań zarówno nad efektami uczestnictwa we Wspólnocie, jak i udziałem w profesjonalnej terapii wykorzystującej doświadczenia i program Wspólnoty AA.

Rozwój Wspólnoty AA na świecie

Wspólnota Anonimowych Alkoholików istnieje od roku 1935, tj. od czasu, kiedy spotkało się dwóch „beznadziejnych” alkoholików i zamiast rozstać się

po kilkunastu minutach, spędziło na rozmowie wiele godzin. Obaj byli zdziwieni, że podczas tego i kolejnych spotkań nie pojawiała się u nich obsesja picia. Kiedy to sobie uświadomili, zaczęli poszukiwać innych osób z problemami alkoholowymi i spotykać się z nimi. To pierwsze spotkanie odbyło się w miejscowości Akron (Ohio, USA) w ramach tzw. Grupy Oksfordzkiej. Jego uczestnikami byli makler giełdowy Bill W. (William Griffith Wilson, 1895–1971) oraz chirurg dr Bob (Robert Halbrook Smith, 1879–1950). Bill miał za sobą wiele pobyków w zakładach odwykowych (np. w latach 1933–1934 był hospitalizowany czterokrotnie), a dr Bob nie był już w stanie operować.

Początek Wspólnoty Anonimowych Alkoholików, a wcześniej ruchów „przeciwalcoholowych”, można łączyć z powstałymi w Stanach Zjednoczonych towarzystwami propagującymi wstrzemięźliwość (1803 r. w Moreau w stanie Nowy York i w 1813 r. w Bostonie). W 1826 r. powstało Amerykańskie Stowarzyszenie Popierania Trzeźwości (American Society for the Promotion of Temperance), które propagowało umiarkowane spożywanie alkoholu [Kraśnińska, 2014]. Kolejnym etapem były próby samoorganizowania się alkoholików, kiedy w mieście Baltimore sześciu mężczyzn nadużywających alkoholu założyło w 1840 r. Stowarzyszenie Trzeźwości im. Jerzego Waszyngtona (Washington Temperance Society) i głosiło ideę, że istnieje droga powrotu do godnego życia [Jasiński, 2008]. Stowarzyszenie to początkowo gromadziło w swoich szeregach samych alkoholików, później zaczęły dołączać się różni działacze społeczni i polityczni. W szczytowym okresie swojego rozwoju Stowarzyszenie osiągnęło liczbę 300, a może nawet 600 tys. członków [White, 1921, Yates i Malloch, 2010]. Stopniowo zaczęło zajmować się jednak innymi ważnymi społecznie sprawami, np. zniesieniem niewolnictwa oraz polityką. Na skutek tego pierwotna idea polegająca na wspieraniu alkoholików po kilku latach upadła.

W ostatnich latach XIX w., za sprawą luterańskiego pastora z Pensylwanii, dr. Franka Buchmana, powstała w Anglii Chrześcijańska Wspólnota Pierwszego Wieku (First Century Christian Fellowship). Z niej wyłoniła się w 1908 r. tzw. Grupa Oksfordzka, która postawiła sobie za cel odnowienie tego, co – zdaniem jej członków – stanowiło podstawową istotę chrześcijaństwa z I w. n.e. Obowiązywała w niej m.in. zasada czterech absolutów, tj. absolutnej uczciwości (w stosunku do siebie i innych, w słowach, czynach i myślach), absolutnej stałej gotowości do pomagania innym, absolutnej czystości (ciała, umysłu i zamierzeń) oraz absolutnej miłości (do Boga i do bliźniego, takiej jak do siebie samego). Idea dotarła wkrótce do Stanów Zjednoczonych, w ramach takiej grupy spotkali się założyciele Wspólnoty AA.

Ponieważ grupy oksfordzkie przywiązywały szczególną wagę do moralności i odnowy „grzeszników”, oczekiwano, że alkoholicy, którzy do nich dołączyli, będą „padać na kolana” jako grzesznicy i wstawać jako osoby nawrócone i „czyste”. Takie podejście nie odpowiadało Billowi W. i części alkoholików. Uznali oni, że jest to „zbyt agresywna ewangelizacja”, która odstręcza wiele osób od przyłączenia się do Wspólnoty (BSK AA). W efekcie, w 1937 r. czterdziestoosobowa grupa alkoholików odłączyła się od grup oksfordzkich, przyjmując nazwę „bezimienna garstka alkoholików”, a w 1938 r. – Anonimowi Alkoholicy [Woronowicz, 2009]. Pociągnęło to za sobą zmianę języka i zamiast grzechu pojawiło się uznanie bezsilności wobec alkoholu, zamiast „jedynego Boga” pojęcie „Siły Wyższej”, rozwój wewnętrzny zamiast religijności oraz przemiana duchowa zamiast odnowy moralnej. Zamiast rozpatrywania alkoholizmu w kategoriach grzechu zaczęto dostrzegać w nim jeden z problemów zdrowot-

nych, do rozwiązania którego niezbędni są lekarze i psychologowie. Dlatego lekarze i psychologowie odegrali istotną rolę w powstawaniu Wspólnoty oraz kształtowaniu się jej programu zdrowienia i są często nazywani „ojcami duchowymi” Wspólnoty. Jednocześnie dość szybko zauważyli we Wspólnocie sprzymierzeńca w leczeniu alkoholizmu¹, który dopiero w 1946 r. nazwany został przez Jellinka chorobą [Jellinek, 1960].

Powstanie Wspólnoty Anonimowych Alkoholików nastąpiło wkrótce po zakończeniu okresu prohibicji w Stanach Zjednoczonych (*The Noble Experiment* w latach 1919–1933). Jej powstaniu sprzyjały oczekiwania społeczne, w tym stosunek społeczeństwa amerykańskiego do prohibicji i jej negatywnych skutków. Prohibicja była bowiem niepopularna, kosztowna i przyniosła wiele szkód (m.in. wzrost przestępczości – powstanie „czarnego rynku” i mafii oraz spadek szacunku dla prawa). Stąd wszelkie inne działania mające na celu ograniczenie negatywnych skutków nadmiernego używania alkoholu spotykały się ze społeczną aprobata.

Idea Anonimowych Alkoholików znalazła wielu sprzymierzeńców nie tylko w świecie medycznym, ale także wśród autorytetów naukowych. Jedną z osób, które dały podwaliny programowi Wspólnoty, był profesor Uniwersytetu Harvarda – William James, który porzucił medycynę, żeby stać się później „ojcem amerykańskiej psychologii”. Ten prekursor zarówno behawioryzmu, jak i psychologii humanistycznej, był też profesorem filozofii oraz psychologiem religii przywiązującym dużą wagę do doświadczeń i przeżyć religijnych (mystycznych). Znane jest jego powiedzenie: „Największe odkrycie moich czasów to prawda, że człowiek może zmienić siebie, zmieniając swój stosunek do świata”. Drugą osobą, która wpłynęła na

¹ Słowa *alkoholizm* używam tu celowo, aby być w zgodzie z obowiązującym wówczas nazewnictwem.

kształtowanie się programu AA, był Carl Gustaw Jung, szwajcarski psycholog i psychiatra, twórca „psychologii głębi”, z którym konsultował się, podczas opracowywania programu Dwunastu Kroków, jeden z założycieli AA – Bill W. [Walle, 1992; Taylor, 2002; Kurtz, 1991]. Kolejną osobą, która wywarła wpływ na założenia ideowe AA, był amerykański psychiatra i psychoanalityk Harry Stock Sullivan, który postawił tezę, że „budowanie bezpieczeństwa nie odbywa się przez unikanie zagrożeń, lecz wychodzenie im naprzeciw” [Kaczmarczyk, 2012, s. 521].

Szczególnego wsparcia powstającej Wspólnocie Anonimowych Alkoholików udzielał, od pierwszych dni jej istnienia, nowojorski lekarz-neurolog William Silkworth, o którym mówiono: „mały lekarz, który kochał pijaków”. W latach 30. leczył Billa W. i podsunął mu wówczas prace Williama Jamesa, w tym *Doświadczenia religijne*, gdzie można było przeczytać, że trudne doświadczenia życiowe poprzedzają wystąpienie „wstrząsów duchowych” [James, 2014]. William Silkworth był pierwszym lekarzem, którego można nazwać prawdziwym przyjacielem AA. Z kolei pierwszym lekarzem-psychiatrą, który w prowadzonym przez siebie oddziale wydzielił miejsca do leczenia alkoholików, a w swojej pracy wykorzystywał doświadczenia AA i przekonywał do nich innych lekarzy, był dr Harry Tiebout. Z Billem W. zetknął się, lecząc go na depresję, i wówczas przekonał się do Wspólnoty AA. W lipcu 1939 r. w czasopiśmie „Lancet” opublikował swój pierwszy artykuł nt. AA pt. *Nowe podejście do psychoterapii w przewlekłym alkoholizmie*, a w latach 40. i 50. w czasopiśmie „Quarterly Journal of Studies on Alcohol”

opublikował kilka artykułów nt. leczenia alkoholizmu i roli AA w tym leczeniu [Tiebout 1944, 1946, 1949, 1953]. W 1957 r. został Powiernikiem klasy A (niealkoholikiem) we Wspólnocie AA².

Na ważną rolę Wspólnoty AA w „wychodzeniu” z alkoholizmu zwracało uwagę wiele osób, które w pierwszych latach bardzo ją wspierały, w tym osoby duchowne (wspomniany już Frank Buchman, pastor Kościoła Episkopalnego – dr Samuel Shoemaker, jezuita – ojciec Edward Dowlig czy siostra Maria Ignacja z katolickiego zakonu Sióstr Miłosierdzia św. Augustyna). Protestancki duchowny, dr Fosdick, który w 1939 r. recenzował wydaną w tym samym roku książkę *Anonimowi Alkoholicy* (potocznie nazywaną Wielką Księgą – Big Book)³, napisał: „Jednak, gdy eksalkoholik (...) rozmawia z aktywnym obecnie alkoholikiem, wówczas wyniki potrafią być nadzwyczajne i takie właśnie były w życiu niezliczonych tysięcy ludzi” [*Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość*, s. 421-422]. Z kolei prof. Foster Kennedy (Prezes Amerykańskiego Towarzystwa Neurologicznego od 1940 r.) stwierdził: „Nie mam żadnych wątpliwości, że człowiek, który sam siebie wyleczył z pociągu do alkoholu, jest znacznie większą potęgą w leczeniu alkoholizmu niż lekarz, który nigdy nie był naznaczony tym przekleństwem” [*Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość*, s. 417]. Pierwsza grupa AA na terenie szpitala powstała w grudniu 1939 roku (Rockland State Hospital w stanie Nowy York). W Polsce miało to miejsce w 1980 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Kolejnym historycznym wydarzeniem był artykuł Jacka Alexandra pt. *Anonimowi Alkoholicy. Niewolnicy alkoholu*

² Tu muszę się pochwalić, że osobiście dostąpiłem zaszczytu bycia pierwszym Powiernikiem klasy A w polskiej Wspólnocie AA i pełniłem tę służbę przez kolejnych dziesięć lat.

³ W międzyczasie książka została przetłumaczona na 71 języków, ma wersję z dużym drukiem, skróconą i w Braille’u oraz na kasecie, CD i DVD. W 2019 r. wydrukowano 40-milionowy egzemplarz. Milionowy egzemplarz przekazano w 1973 r. prezydentowi Nixonowi.

uwolnieni, teraz uwalniają innych, zamieszczony w 1941 r. w „Saturday Evening Post” [Aleksander, 1997]. Po tym artykule zaczęły napływać tysiące listów i zamówień na książkę *Anonimowi Alkoholicy*, a Wspólnota zaczęła gwałtownie się rozrastać. W tym miejscu warto wspomnieć, że podobną rolę odegrał w Polsce artykuł Wiktora Osiatyńskiego *Grzech czy choroba* zamieszczony w „Polityce” w grudniu 1985 r., a później wydana w 1992 roku książka pod tym samym tytułem⁴.

Do historycznych wydarzeń należał również moment, kiedy Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, dzięki rekomendacji dr. Tiebout, uznało w 1945 r. Wspólnotę AA za nową możliwość w leczeniu alkoholików, a także przekroczenie w 1942 r. przez Wspólnotę AA bramy więzienia w San Quentin w Kalifornii, gdzie powstała pierwsza grupa AA.

Kolejne ważne wydarzenie miało miejsce w 1951 r., kiedy Wspólnota AA otrzymała Nagrodę Laskerów (nazywaną amerykańskim Noblem) Amerykańskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, dzięki rekomendacji 12 tys. lekarzy-członków tego Towarzystwa. Nagrodę przyznano „w uznaniu unikalnego i wybitnie skutecznego podejścia do alkoholizmu – (...) odwiecznego problemu społecznego. Stwierdzając, że alkoholizm jest chorobą, AA pomaga zmyć przypisywane temu stanowi piętno społeczne” [*Anonimowi Alkoholicy*, 1996, s. 220]. Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (American Medical Association) w 1956 r. przyznało alkoholizmowi status choroby, również dzięki kontaktom z członkami Wspólnoty AA, a w opublikowanej rezolucji stwierdziło, że: „należy wezwać szpitale do rozważenia przyjmowania pacjentów z rozpoznaniem alkoholizmu opierając się na stanie konkretnego

pacjenta, a nie na ogólnym sprzeciwie wobec wszystkich takich pacjentów” [JAMA, 1956]. Wkrótce podobne podejście do leczenia alkoholizmu pojawiło się w Europie [19].

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) zaleca dzisiaj m.in. kierowanie pacjentów leczonych z powodu uzależnień do grup samopomocowych [APA, 2000]. Grupy samopomocowe oparte na programach dwunastu kroków są traktowane jako ważny element systemu opieki nad pacjentami z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych [Moos i Timko, 2008].

Prowadzone od 1968 r. losowe badania ankietowe członków Wspólnoty AA z terenu Stanów Zjednoczonych i Kanady dają także informacje na temat Wspólnoty i jej związków z lecznictwem. W 2014 r. w badaniach wzięło udział 6 tys. członków, a badania wykazały m.in., że 59% ankietowanych uczestniczyło w jakiejś formie terapii w związku ze swoim pićciem, a 57% zostało skierowanych do AA przez pracowników ochrony zdrowia [AA 2014 Membership Survey]. Z kolei polskie badania wykazały, że 76,9% ankietowanych członków AA, przed przystąpieniem do AA, brało udział w terapii w placówkach lecznictwa odwykowego [Kaczmarczyk, 2008]. Te fakty są przykładem wzajemnego uzupełniania się w niesieniu pomocy osobom uzależnionym od alkoholu.

Wspólnota AA na świecie liczy obecnie ponad 2 mln członków, którzy spotykają się w ponad 200 tys. grup (według General Service Office w 2018 r. było 2 130 419 członków oraz 125 352 grupy AA). Warto wspomnieć, że we Wspólnocie funkcjonują również oddzielne grupy AA dla specjalnych populacji, np. dla samych kobiet czy dla osób LGBT [Romaniuk, 2019].

Zasady AA zostały zaadaptowane przez wiele innych grup samopomoco-

⁴ W tym czasie Wiktor Osiatyński przebywał w Stanach Zjednoczonych, a mnie przypadło w udziale przekazanie w Jego imieniu tego artykułu ówczesnemu redaktorowi naczelnemu „Polityki” – Danielowi Pasentowi.

wych. Na świecie spotykają się m.in. grupy Anonimowych Narkomanów (Narcotics Anonymous – od 1953 r.), Anonimowych Heroinistów (Heroin Anonymous – od 2004 r.), Anonimowych Marihuanistów (Marijuana Anonymous – MA), Anonimowych Metamfetaministów (Crystal Meth Anonymous – CMA), Anonimowych Kofeinistów (Caffeine Addicts Anonymous – CAFAA od 2010 r.), Anonimowych Hazardzistów (Gamblers Anonymous – od 1957 r.), Anonimowych Żarłoków/Obżartuchów (Overeaters Anonymous – od 1960 r.), Anonimowych Osób z Problematykami Emocjonalnymi (Emotions Anonymous – od 1971 r.), Anonimowych Dłużników (Debtors Anonymous – od 1968 r.), Anonimowych Lekomanów (Pills Anonymous – od 1975 r.), Anonimowych Kokainistów (Cocaine Anonymous – od 1982 r.), Anonimowych Pracoholików (Workaholics Anonymous – od 1983 r.), Anonimowych Nikotynistów (Nicotine Anonymous – od 1985 r.), Anonimowych Osób Chorych na Raka (Cancer Anonymous – od 1987 r.) czy chorych na cukrzycę (Diabetics Anonymous – od 1990 r.). Istnieją również grupy samopomocowe dla osób cierpiących na fobie (Phobias Anonymous), dla chorych na depresję (Depressed Anonymous), schizofrenię (Schizophrenics Anonymous), a także dla osób z tzw. podwójną diagnozą (Dual Disorders Anonymous – od 1982 r.).

Program zdrowienia proponowany przez AA i model Minnesota

Proponowany przez Wspólnotę AA program zdrowienia wyłożony jest w Dwunastu Krokach. Zachowaniu jedności Wspólnoty służy Dwanaście Tradycji. Podstawowe informacje na temat Wspólnoty zawiera Preambuła: „Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i pomagać innym w wyzdrowieniu z alkoholizmu.

Jedynym warunkiem uczestnictwa we Wspólnocie jest chęć zaprzestania picia. Nie ma w AA żadnych składek ani opłat, jesteśmy samowystarczalni poprzez własne dobrowolne datki. Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, działalnością polityczną, organizacją lub instytucją; nie angażuje się w żadne publiczne polemiki; nie popiera ani nie zwalcza żadnych poglądów. Naszym podstawowym celem jest trwać w trzeźwości i pomagać innym alkoholikom w jej osiągnięciu”. Można też przeczytać: „Zasady wypracowane przez AA są jedynie wytyczną dla ogólnego rozwoju” [*Anonimowi Alkoholicy*, 1996, s. 50-51].

Bliższe i bardziej szczegółowe zapoznanie się z Programem Dwunastu Kroków, znajomość literatury z nim związanej, a szczególnie osobisty udział w spotkaniach (mityngach) grup AA pozwalają stwierdzić, że proponowany program dostępny jest praktycznie dla każdego alkoholika, bez względu na jego wiek, wykształcenie status społeczny czy wyznawaną religię. Wbrew niektórym fałszywym opiniom nie jest to program religijny [Kurtz, 1990]. W literaturze przedmiotu można spotkać liczne publikacje dotyczące religijności i duchowości w AA oraz „duchowego przebudzenia” członków Wspólnoty [Makela i wsp., 1996; Kaskutas i wsp., 2003; Zemore 2007; Walton-Moss i wsp., 2013; Montes i Tonigann, 2017; Vandivier, 2020].

Łączenie AA z religią wynika nie tylko z faktu, że korzenie AA sięgają idei chrześcijańskich grup oksfordzkich, skąd zaczerpnięto np. pomysł na sześć (z dwunastu) kroków, ale także z tego, że Program AA wspomina o „Sile Wyższej” oraz o Bogu „jakkolwiek Go pojmujemy”. Dodatkowo samo zaprzestanie picia przez współzałożyciela AA Billa W. było wynikiem czegoś „w rodzaju nawrócenia” jak to określał dr Silkworth, przeżycia duchowego czy „doświadczenia religijnego” według Wiliama Jamesa, chociaż zastanawiano się również nad tym, czy nie mogło

być ono efektem przeżyć psychotycznych (halucynacji?). Ateista Bill W., który z powodu picia alkoholu znalazł się po raz kolejny w szpitalu, w „agonii duchowej” miał w nocy zawołać: „Jeśli Bóg istnieje, niech się ujawni!” i wówczas, jak to później opisał: „Nagle mój pokój rozbłysnął nieopisanie białym światłem. Opanowało mnie uniesienie nie do opisanania (...) oczyma duszy ujrzałem górę. Stałem na jej szczycie, a wiał wielki wiatr. (...) Wówczas nadeszła porażająca myśl: «Jesteś wolnym człowiekiem». (...) ogarnął mnie wielki spokój, (...) już nie musiałem się martwić (...)”. „Bill Wilson (...) po tym doświadczeniu już nigdy więcej nie wątpił w istnienie Boga. I nigdy więcej nie wypił ani kropli” [*Przebieg dalej*, 2004, s.130-131]. Jednocześnie w swoich wypowiedziach Bill podkreślał, że AA ma pomóc „(...) w znalezieniu Siły Większej niż ty sam. Siły, która rozwiąże twój problem. (...) Dlatego też, kiedy mówimy o Bogu, mamy na myśli twoje własne pojęcie Boga. Dotyczy to również wszystkich «duchowych» pojęć zawartych w tej książce. (...) Książka nasza zawiera wyłącznie sugestie. (...) Oddaj się Bogu, takiemu jak Go sam pojmujesz” [*Anonimowi Alkoholicy*, 1996, s. 38-39 i 143].

Wprawdzie podkreślany jest duchowy (a nie religijny) charakter Wspólnoty, jednak do łączenia jej z instytucjami o charakterze religijnym może też skłaniać fakt, że wielu członków Wspólnoty, uznawanych przez swoje otoczenie za „beznadziejnych alkoholików”, po licznych nieudanych próbach uwolnienia się od alkoholu, postrzega zaprzestanie przez siebie picia jako „cud od Boga”, jako dowód na obecność Boga czy jako „interwencję transcendentálną” [Connors i wsp., 2008; Dermatis i Galanter, 2016]. Kończąc ten temat, warto przypomnieć jeszcze fragment Preambuły AA, która mówi: jednoznacznie, że: „Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, działalnością polityczną, organizacją lub instytucją. (...) Naszym najważniejszym celem jest trwać w trzeźwości i pomagać innym alkoholikom w jej osiągnięciu”. Jednocześnie Piąta Tradycja wyraźnie

mówi, że główny cel AA to „nieść posłanie alkoholikowi, który jeszcze cierpi” (Dwanaście Kroków i Dwanaście Tradycji).

Proponowany przez Wspólnotę program ułatwia uzyskanie wglądu w istotę uzależnienia oraz w samego siebie, umożliwia analizę swoich kontaktów interpersonalnych, wspiera w poznawaniu i wzbogacaniu potencjalnych możliwości własnego rozwoju oraz daje wskazówki, w jaki sposób można osiągnąć trzeźwość. Trzeźwość rozumiana jest w AA znacznie szerzej niż samo utrzymywanie abstynencji, ponieważ obejmuje ona również zmieniony sposób myślenia, odczuwania siebie i innych oraz dojrzałe, a więc „trzeźwe” funkcjonowanie w życiu. Cele sformułowane w „Dwunastu Krokach” realizowane są przez poszczególnych członków grup w sposób indywidualny i często odmienny, a „kroki” proponują jedynie kolejność przeprowadzania analizy własnych doświadczeń i dokonywania zmian [Kirkland, 2018]. O tym, jak ważną społecznie rolę odgrywa Wspólnota AA, mówią przeprowadzone w 1990 r. badania, które wykazały, że aż 9% dorosłych mieszkańców Stanów Zjednoczonych uczestniczyło w spotkaniach Wspólnoty AA [Room i Greenfeld, 1993].

Porównując Program Dwunastu Kroków z terapią grupową według Yaloma [Yalom i Molyn, 2016], można stwierdzić, że Program ten charakteryzuje:

- nadzieja – uzyskuje się ją poprzez obcowanie z innymi niepijącymi alkoholikami, którzy pokazują, że poradzenie sobie z problemem jest możliwe;
- uniwersalność – dzięki wymianie doświadczeń związanych z alkoholem;
- informacja – poprzez udział w różnorodnych mityngach i nieformalnych rozmowach, czytaniu literatury;
- naśladownictwo – dzięki powtarzalności tekstów i rytuałów AA;
- uczenie się – dotyczy poznawania swojej choroby, obcowania z innymi ludźmi, poznawania sposobów utrzymywania trzeźwości;
- katharsis – AA daje możliwość jej przeżycia;

- spójność – dzięki utożsamianiu się z doświadczeniami innych, angażowaniu się w mniej formalne aspekty mityngów AA.

Różnica między uczestniczeniem w profesjonalnych programach psychoterapii uzależnień a korzystaniem z Programu Dwunastu Kroków w ramach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików polega m.in. na tym, że uczestnicy Wspólnoty biorą samodzielnie pełną, indywidualną odpowiedzialność za przebieg i jakość procesu swojego zdrowienia, sami przyjmują i weryfikują stawiane przed sobą cele, a ich wiedza na temat alkoholizmu (uzależnienia od alkoholu) pochodzi od innych członków Wspólnoty oraz z literatury zalecanej przez Wspólnotę. Podczas spotkania grupy AA (mityngu) dochodzi do wymiany doświadczeń między uczestnikami, a wiedza i umiejętności są przekazywane prostym i zrozumiałym dla wszystkich językiem, w sposób zdroworozsądkowy i wynikający z mądrości życiowej i z doświadczeń osób zdrowiejących. Jednocześnie wykorzystywane są tradycyjne powiedzonka, przysłowia, rytuały i symbole. W odróżnieniu od profesjonalnych spotkań psychoterapeutycznych udział w spotkaniach Wspólnoty AA nie jest ograniczony czasowo i każdy może z nich korzystać tak długo, jak tylko zechce. Z programu AA mogą korzystać także osoby niewidome, a dla ułatwienia im dostępu do literatury wydane zostały w języku Braille'a podstawowe pozycje: *Anonimowi Alkoholicy*, *Dwanaście Kroków* i *Dwanaście Tradycji* oraz *Codziennie refleksje*.

Z mojego doświadczenia wynika, że najlepsze dla osoby uzależnionej jest korzystanie zarówno z terapii profesjonalnej, jak i z programu Wspólnoty AA. Pracę ze sponsorem⁵ w AA należy traktować podobnie jak pracę z psychoterapeutą.

Jednak jednocześnie korzystanie z pomocy dwóch specjalistów (specjalista – teoretyk, tj. terapeuta i specjalista – praktyk, tj. sponsor z AA), podobnie jak leczenie tego samego schorzenia u dwóch różnych lekarzy, może przynieść więcej szkód niż pożytku. Swoim pacjentom proponuję więc najpierw uczestniczenie w programie psychoterapii uzależnień, gdzie w sposób ustrukturalizowany zdobywają podstawową wiedzę i umiejętności niezbędne do zaprzestania picia i do trzeźwego życia, a następnie kontynuację procesu zdrowienia w AA „pod okiem” sponsora.

Najbardziej znanym „wkładem” Wspólnoty AA w terapię osób uzależnionych od alkoholu, a później również od substancji psychoaktywnych jest tzw. model Minnesota. Idea podejścia do alkoholizmu i jego leczenia według tzw. modelu Minnesota narodziła się pod koniec lat 40. w szpitalu w Willmar (Willmar State Hospital, stan Minnesota, USA), z inicjatywy dwóch młodych specjalistów: psychologa i psychiatry [Andersen, 1980; Andersen i wsp., 1999]. Nie można wykluczyć, że jeden z nich, a może nawet obaj byli jednocześnie zdrowiejącymi alkoholikami. Wstępne założenia modelu polegały na połączeniu doświadczeń profesjonalistów oraz alkoholików zdrowiejących przy pomocy Wspólnoty Anonimowych Alkoholików, na zindywidualizowanym podejściu do leczenia, z aktywnym udziałem rodziny pacjenta, realizowanym w warunkach intensywnego (siedem dni w tygodniu), stacjonarnego, dwudziestoosmiodniowego programu. Opisywany był jako metoda charakteryzująca się „multi-dyscyplinarnym podejściem do choroby przewlekłej” i traktowany jako: „nierozzerwalnie związany z programem, praktyką i filozofią Anonimowych Alkoholików” [McElrath, 1997].

⁵ Sponsor w AA to inny, bardziej doświadczony alkoholik, który uczy korzystania z Programu Dwunastu Kroków i praktycznego wdrażania go w życie.

Historia Wspólnoty AA w Polsce

Pierwsza w Polsce wzmianka na temat Wspólnoty Anonimowych Alkoholików pojawiła się w 1950 r. w podręczniku dla lekarzy *Leczenie alkoholizmu przewlekłego* autorstwa dr. Henryka Zajączkowskiego, psychiatry i neurologa. Był on twórcą Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego w Warszawie, a w 1948 r. założył przy niej Klub Pacjenta uznany za pierwowzór grupy samopomocowej w naszym kraju (Zajączkowski, 1950). Doktor Zajączkowski napisał: „Fakt istnienia grup stworzonych z byłych alkoholików w najrozmaitszych postaciach organizacyjnych stowarzyszeń abstynenckich, jak na przykład Alcoholics Anonymous, jest najlepszym dowodem, że alkoholicy są najzupełniej zdolni do stworzenia grupy (psychotherapeutycznej) na wysokim poziomie”. Wkrótce po odwilży politycznej 1956 r. dr Zbigniew Wierzbicki, wówczas młody socjolog z Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Poznaniu, opisał szerzej założenia Wspólnoty i zapoznał z nimi personel poradni przeciwalkoholowej w Poznaniu, z którą współpracował [Tadeusz, 2012]. Pierwszą próbę utworzenia grupy AA w Poznaniu podjął dr Wierzbicki, i była to próba udana [Tadeusz, 2012]. Z kolei w latach 60. podobną próbę podjął w Warszawie neurolog dr med. Tadeusz Kulisiewicz. Niestety była to próba nieudana bowiem, jak relacjonował Kulisiewicz „(...) pewne instytucje absolutnie nie dopuściły do zorganizowania ruchu w kraju. Przeszkadzała im (...) wzmianka o Sile Wyższej” [Kulisiewicz, 1988]. W 1965 r. Grupa „Eleusis” została zgłoszona przez psycholog poradni odwykowej Marię Grabowską, za pośrednictwem Zbigniewa Wierzbickiego, do GSO (General Service Office – Biur Służb Ogólnych) w Nowym Jorku i znalazła się w prowa-

dzonym przez GSO światowym spisie grup AA. Dwie pierwsze samodzielne grupy, które można dzisiaj nazwać prawdziwymi grupami Anonimowych Alkoholików, powstały w Poznaniu dopiero w latach 70. („Eleusis” z inspiracji mgr Grabowskiej i dr. Wierzbickiego w 1974 r. i Grupa „Ster” w 1976 r. z inspiracji psychiatry dr Danuty Dudrak). Trzecia polska grupa AA powstała w Będzinie („Znicz” – 1977 r.), a czwarta pod nazwą „Odrodzenie” w Warszawie, w maju 1980 r. z mojej inspiracji [Woronowicz, 1990; Woronowicz, 1992]. Z kolei pierwsza polskojęzyczna grupa AA na świecie powstała w 1965 lub 1966 r. w Chicago⁶. Pierwszy miting polskojęzyczny odbył się w szpitalu prowadzonym przez Zgromadzenie Zmartwychwstania Pańskiego („Zmartwychwstańcy”)⁷, do którego trafiło wielu Polaków-alkoholików. Dyrekcja szpitala uznała bowiem, że polskojęzyczna grupa AA będzie bardzo pomocna i na jej prośbę Józef G. i nieokreślony bliżej „psychiatra” założyli taką grupę. Nie wiadomo, czy ów „psychiatra” był pracownikiem szpitala, czy też pacjentem. Wkrótce do grupy dołączył inny Józef (nazywany Papa Joe), urodzony w Stanach, ale mówiący po polsku, który miał wówczas dziesięć lat abstynencji dzięki uczęszczaniu na angielskojęzyczne mitingi AA. Po dwóch latach przejął on prowadzenie grupy. Grupa zaczęła spotykać się wkrótce poza szpitalem, nie stać jej bowiem było na opłacanie czynszu podwyższonego przez władze szpitalne. Papa Joe tak to skomentował: „Najpierw chcieli, żebyśmy im pomagali, a później kazali nam jeszcze do tego dopłacać”.

W 1982 r., podczas zorganizowanej przez Instytut Psychiatrii i Neurologii konferencji klubów abstynenckich, z inicjatywy członków warszawskiej Grupy AA „Odrodzenie” odbyło się spotkanie bio-

⁶ O powstaniu tej grupy opowiedział autorowi w 1986 r. w Chicago jej założyciel Józef, nazywany przez miejscowych AA-owców Papa Joe.

⁷ Congregation of the Resurrection of our Lord Jesus Christ.

rażących udział w tej konferencji członków Wspólnoty AA. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele funkcjonujących wówczas na terenie Polski trzynastu grup AA. Powołano Tymczasowy Krajowy Komitet Służb AA, który miał m.in. zorganizować ogólnopolski zjazd AA. W 1984 r. odbył się w Poznaniu I Krajowy Zjazd AA, w którym uczestniczyli mandatariusze z 34 grup. Uchwalono tam „Status i ordynację wyborczą Służby Krajowej AA” i wybrano Ciało Powiernicze, tzw. Siódmkę. W 1985 r. ukazał się pierwszy numer biuletynu „Ruch Anonimowych Alkoholików”, polskiego odpowiednika „Grapevine” (AA Grapevine, International Journal of Alcoholics Anonymous). Do roku 1988 powstało w Polsce 238 grup AA i 9 intergrup (koordynujących działania miejscowych grup AA), a polskojęzyczne grupy AA za granicą uznano za integralną część Wspólnoty AA w Polsce. W 1991 r. grup AA było już 470 i 10 intergrup, w 1994 – 858 grup i 23 intergrupy, w 1996 r. – 1110 grup i 46 intergrup, a w 1999 r. – 1469 grup i 56 intergrup [Historia AA w Polsce, t. 2, s. 565-574]. Obecnie na terenie niemal całej Polski spotyka się około 2800 grup Anonimowych Alkoholików, w tym ok. 240 na terenie zakładów karnych⁸. Ważną rolę w rozwoju polskiego AA w latach 80. odegrał Wiktor Osiatyński, który m.in. przetłumaczył na język polski część podstawowej literatury AA i jednocześnie był łącznikiem między Polską a Stanami Zjednoczonymi [Jannasz, 2018].

Nie wszyscy psychiatrzy i nie wszyscy lekarze byli jednak przekonani do tej formy pomocy osobom uzależnionym od alkoholu i do stosowania psychoterapii w ich leczeniu. Przykładem może być postawa prof. Tadeusza Bilikiewicza, czołowego polskiego psychiatry z okresu bezpośrednio po drugiej wojnie światowej i jednocześnie, obok takich psychiatrów jak Witold Chodźko czy Rafał Radziwiłłowicz, aktywnego uczestni-

ka ruchu antyalkoholowego. Wprawdzie zgadzał się z tym, że alkoholizm jest chorobą („głównie problemem psychiatryczno-społecznym”), ale za najbardziej skuteczne uważał tzw. przymusowe leczenie alkoholików i ich „rehabilitację” poprzez pracę. Był jednocześnie zwolennikiem idei abstynencji i forsował wprowadzenie ustawy prohibicyjnej własnego projektu, zakazującej produkowania napojów alkoholowych, wychodząc z założenia, że powinno to w istotnym stopniu rozwiązać problem alkoholizmu. Ta propozycja została uznana przez dr. Kulisiewicza za „absurdalną”, z czym zgadzał się również inny ówczesny czołowy polski „alkoholog” i psychiatra – dr Leon Hrynkiewicz (dyrektor szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu), dodając, że taka propozycja nie powinna wychodzić z ust lekarza. Hrynkiewicz jednocześnie uważał, że „w walce z alkoholizmem poważną rolę w całym świecie odgrywa ruch AA (...) u nas ciągle niedoceniany”. Profesor Bilikiewicz uważał też, że osoby uzależnione nie powinny być bezkarne, ale jednocześnie głosił, że „pijacy są ofiarami, a nie sprawcami (...) na kary zasługują nie tyle pijacy, co producenci i sprzedawcy” napojów alkoholowych [Kujawski, 2015]. Wśród lekarzy zdarzały się też postawy skrajne i radykalne, np. nawoływanie do organizowania obozów pracy przymusowej dla alkoholików czy negowanie chorobowego charakteru alkoholizmu i stawianie alkoholizmu oraz narkomanii na równi ze „społecznym pasożytnictwem” i traktowanie ich „jako szczególne przestępstwa wymagające świadomego potępienia społecznego” [Tadeusz, 2012, s. 97 i 98].

Adaptacja modelu Minnesota w Polsce

W Polsce elementy modelu Minnesota zostały zastosowane po raz pierwszy w połowie lat 80. w prowadzonym przez mnie Oddziale Odwykowym Instytu-

⁸ Pierwsza polska grupa AA w zakładzie karnym powstała w 1987 r. w ZK Siedlce, z inicjatywy psychologa Tadeusza Paciorka.

tu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (dzisiejszym Ośrodku Terapii Uzależnień IPiN). Byliśmy wówczas pierwszą, w tej części Europy placówką, której program opierał się na psychoterapii i w której nie stosowaliśmy, w odróżnieniu od większości ówczesnych polskich placówek odwykowych, ani disulfiramu (Anticol, Esperal), ani tzw. ergoterapii czyli nieodpłatnej pracy na rzecz szpitala. Nasi „absolwenci”, którzy przyjeżdżali do nas na leczenie z terenu całej Polski, często dzwonili i skarżyli się, że po powrocie do macierzystych poradni odwykowych nie mają wsparcia psychoterapeutycznego, natomiast są „przymuszani” do przyjmowania Anticolu lub do „wszycia” Esperalu. W związku z tym nie chcieli kontynuować leczenia w tych placówkach.

W tej sytuacji potrzebą chwili stało się dla mnie znalezienie innej możliwości wsparcia dla pacjentów i skorzystania z niezbyt rozpowszechnionych jeszcze wówczas doświadczeń Wspólnoty AA. Wiązało się to z podjęciem próby uczenia naszych pacjentów jej Programu, aby możliwe było kontynuowanie procesu zdrowienia w zalecanym przez nas kierunku. Przy pomocy bardziej doświadczonych członków Wspólnoty (dopiero po pewnym czasie udało się przekonać Ministerstwo Zdrowia do wprowadzenia etatów instruktorów terapii odwykowej, a później instruktorów terapii uzależnień; zatrudniałem ich na etatach instruktorów terapii zajęciowej), zaczęliśmy więc zaznajamiać pacjentów oddziału odwykowego z Krokami AA i zalecać uczestnictwo w spotkaniach grup AA. To umożliwiała później kontynuowanie procesu zdrowienia poprzez „pracę nad krokami” w miejscu zamieszkania. Przy tej okazji nasi byli pacjenci przyczyniali się do rozwoju Wspólnoty, zakładając niejednokrotnie nowe grupy AA w swojej okolicy.

Włączenie elementów modelu Minnesota do programu terapeutycznego nie było wcale proste, bo np. zaproszenie do współpracy, w charakterze członka ze-

społu terapeutycznego, jednego ze zdrowiejących alkoholików, a naszego byłego pacjenta, spotkało się z protestami, a nawet czymś w rodzaju buntu ze strony niektórych psychologów pracujących na oddziale. Zarzucano mi, że członkiem zespołu terapeutycznego nie powinna być osoba, której umiejętności terapeutyczne wynikają wyłącznie z faktu odbycia własnej terapii i z kilkuletniego poznawania Programu Dwunastu Kroków AA w ramach uczestniczenia we Wspólnocie AA. Taką postawę odbierałem też jako walkę o „rząd dusz”. Pomimo również własnych wątpliwości decyzji nie zmieniłem. Psychologów nieco uspokoiło zapewnienie, że nowy członek zespołu będzie zajmował się wyłącznie przybliżaniem pacjentom Programu Dwunastu Kroków i jednocześnie będzie przykładem na to, że można godnie żyć bez alkoholu. Okazało się, że nie zawiodła mnie intuicja, bo dopiero po latach, podczas pobytu w Stanach Zjednoczonych, odwiedziłem ośrodki terapeutyczne, gdzie personel stanowili przeszkoleni profesjonalnie zdrowiejący alkoholicy, a w niektórych byłem jedynym niealkoholikiem i do tego psychiatrą. Widziałem, jak mi się przyglądano.

Niestety, w owych czasach zdrowiejący alkoholicy nie mieli jeszcze w Polsce możliwości odbycia profesjonalnego szkolenia i z tego powodu musiałem zaryzykować i podjąć decyzję, co do której sam miałem wątpliwości. Z czasem sytuacja unormowała się, alkoholicy uzyskali możliwość szkolenia się i zostali później pełnoprawnymi członkami zespołów terapeutycznych w wielu placówkach lecznictwa odwykowego w Polsce.

Niezwykle cennym sposobem na kontynuację procesu zdrowienia były też dwutygodniowe turnusy terapeutyczne w Strzyżynie (w Ośrodku Szkoleniowo-Rehabilitacyjnym Instytutu Psychiatrii i Neurologii) podczas których, z pomocą bardziej doświadczonych członków Wspólnoty AA i Al-Anon, zaznajamialiśmy pacjentów z Programem Dwunastu

Kroków [Woronowicz, 1996]. W latach 1987–2009 z tej formy terapii skorzystały tysiące osób uzależnionych i ich bliskich z terenu całej Polski. Prowadziliśmy też kilka grup w języku rosyjskim, z racji podobieństwa języków przyjęliśmy też kilku Słowaków, a nawet Węgra mówiącego po polsku (pobyty obcokrajowców były opłacane ze środków Fundacji Stefana Batorego). Niestety idea ta upadła wraz ze zmianami w finansowaniu opieki zdrowotnej i nowymi standardami, jakie zostały ustalone dla placówek leczenia odwykowego w Polsce. Moje próby przekonania decydentów z Kas Chorych, a później z Narodowego Funduszu Zdrowia o skuteczności takich turnusów i oszczędnościach z nimi związanych spaliły niestety na panewce.

Do dzisiaj żałuję, że tak się stało, bo wypracowany w Strzyżynie program był chyba jedynym tego rodzaju programem na świecie. Realizowany on był w ten sposób, że przez dwa tygodnie, codziennie od rana do późnych godzin wieczornych (9–10 godzin dziennie), prowadzone były przez wybranych liderów (osoby z AA lub Al-Anon z dłuższym stażem zdrowienia), pod nadzorem koordynatora-profesjonalisty, małe grupy omawiające wspólnie kolejne Kroki AA i Al-Anon według przygotowanych przez nas materiałów – przewodników (grupa omawiająca Kroki 1–3, 4–5, 6–7, 8–10 i 11–12). Pierwsze pięć Kroków osoby uzależnione i współuzależnione (z AA i z Al-Anon) przechodziły oddzielnie, natomiast od Szóstego Kroku grupy miały charakter mieszany. Codziennie wieczorem odbywał się też otwarty mityng AA lub Al-Anon, w którym brali udział wszyscy uczestnicy turnusu i personel oraz podsumowanie dnia, czyli wspólny Dziesiąty Krok. Udział w takim turnusie można było wziąć tylko raz w roku i w kolejnych latach poznawać kolejne Kroki. W międzyczasie zalecaliśmy pogłębianie znajomości programu na mityngach AA lub Al-Anon w miejscu zamieszkania.

Dla pełnego obrazu relacji Wspólnoty AA z lekarzami i psychologami należałoby jeszcze zwrócić uwagę na drobną „ryś”, jaka pojawiła się ostatnio na linii profesjonalistów – niektórzy członkowie Wspólnoty AA. Jej przyczyną stał się fakt, że od 2016 r., zgodnie z zaleceniami Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, placówki terapii uzależnień poszerzyły swoją ofertę o tzw. programy ograniczania picia – POP [www.parpa.pl]. Zdecydowaliśmy się na taki krok w sytuacji, kiedy zauważyliśmy, że dla wielu pacjentów uzależnionych od alkoholu natychmiastowe odstawienie alkoholu, co było warunkiem podjęcia terapii nastawionej na całkowitą abstynencję, nie jest realne. Większość tych potencjalnych pacjentów rezygnowała z terapii i piła dalej. Okazało się, że zaoferowanie pacjentowi więcej niż jednej możliwości terapeutycznej daje mu poczucie wpływu na przebieg terapii i tym samym zwiększa szanse na utrzymanie się w procesie terapeutycznym [Ambrognie, 2002].

W programach ograniczania picia pacjent, który w danym momencie nie jest w stanie lub nie chce odstawić alkoholu, ma możliwość wyboru i jednocześnie przekonania się, czy problem z kontrolowaniem swoich kontaktów z alkoholem dotyczy jego osobiście. W przypadkach nieudanych prób ograniczania picia pacjent, zgodnie z kontraktem, sam podejmuje decyzję o całkowitej rezygnacji z alkoholu (nie jest do niej przymuszany) i wówczas może podjąć leczenie w programie nastawionym na całkowitą abstynencję.

Niestety, niektórzy członkowie Wspólnoty AA, którzy bardzo powierchowo poznali założenia POP albo ich nie zrozumieli, głośno protestują i potępiają profesjonalistów za to, że „uczą kontrolowanego picia”, co jest sprzeczne z ideą Wspólnoty, a szczególnie uznawaną przez jej Program „bezsilnością wobec alkoholu”, o której mówi Pierwszy Krok

AA: „Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem” [*Dwanaście Kroków i Dwanaście Tradycji*, 1996, s. 23].

Z mojego punktu widzenia program ograniczania picia, proponowany osobom uzależnionym od alkoholu (osobom z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w stopniu umiarkowanym lub ciężkim według DSM 5), należałoby traktować jako szansę dla pacjenta na dokładniejsze przyjrzenie się swojemu picciu, tym razem „pod okiem” specjalisty terapii uzależnień i na stopniowe odstawianie alkoholu [*Debata na temat Programu Ograniczania Picia*, 2018]. Z moich doświadczeń wynika także, że znaczna część uczestników tych programów decyduje się później na udział w programach nastawionych na całkowitą abstynencję. Takie przypadki są również opisywane w literaturze przedmiotu [Hodgins i wsp., 1997].

Podejmowanie terapii przez dodatkowe osoby, a wśród nich przez te, które wcześniej nie mogły się na nią zdecydować jest szczególnie ważne w sytuacji, kiedy większość osób z zaburzeniami używania alkoholu nie jest zdiagnozowana i nie szuka leczenia, a leczenie podejmuje jedynie ok 20% osób z tymi zaburzeniami [Cunningham i Breslin, 2004; Kohn i wsp., 2004; Kuramoto i wsp., 2011; Grant, 1997; NHS 2010]. Samo leczenie jest bardzo często traktowane jako nieatrakcyjne i stygmatyzujące, a zaburzenia używania alkoholu są postrzegane przez znaczną część społeczeństwa, w tym także przez pracowników ochrony zdrowia, jako słabość moralna, a nie jako problem zdrowotny [Schomerus i wsp., 2011; van Boekel i wsp., 2013]. Jest to wyjątkowo ważne w przypadkach uzależnień u kobiet. Z innych badań wynika, że bariery te udaje się pokonać dopiero wówczas, kiedy problemy stają się bardzo poważne. Inne badania mówią, że jedynie ok. 25% osób uzależnionych od alkoholu podejmuje kiedykolwiek leczenie, a okres od zdiagnozowania do podjęcia leczenia wynosi około dziesięciu lat [Hasin i wsp., 2007].

Liczne elementy modelu Minnesota, który nastawiony jest na pełną abstynencję, leżą dzisiaj u podstaw programów terapeutycznych w placówkach leczących osoby uzależnione w Polsce. Model Minnesota ulegał poprzez lata ewolucji i na dzień dzisiejszy do jego podstawowych założeń należą:

- traktowanie alkoholizmu jako choroby znacząco różniącej się od innych zaburzeń czy chorób psychicznych;
- traktowanie alkoholizmu jako choroby pierwotnej (nie jest to bowiem przejaw innych zaburzeń, po których rozwiązaniu alkoholizm przestanie istnieć, jak również nie wynika on z jakiegokolwiek innej choroby, ponieważ sam w sobie jest chorobą);
- traktowanie alkoholizmu jako choroby przewlekle postępującej, śmiertelnej i co istotne – niezawinionej, na której powstanie złożyło się wiele różnych czynników (polietiologia);
- traktowanie z należyтым szacunkiem i zrozumieniem osób, które cierpią na tę chorobę, oraz szanowanie ich osobistej godności;
- przekonanie, że wstępna motywacja nie decyduje o przebiegu i wynikach leczenia;
- dążenie do umożliwienia osobie uzależnionej identyfikacji z objawami choroby, co może wywołać u niej potrzebę dokonania zmian w swoim życiu;
- uznawanie, że jednym z najważniejszych objawów choroby jest zaprzeczanie (często słyszy się, że alkoholizm to choroba zaprzeczeń i nawrotów), przy czym istnieniu choroby zaprzecza również najbliższe otoczenie chorego;
- stawianie jako cel długofalowy dożywnie abstynencji od wszelkich substancji psychoaktywnych;
- systemowe podejście do choroby uwzględniające jednocześnie aktywny udział w procesie terapeutycznym osób najbliższych;
- prowadzenie terapii poprzez małe grupy, w których każdy pacjent traktowany jest jednak indywidualnie, ma bowiem ustaloną indywidualną drogę wychodzenia z choroby oraz własne sposoby zapobiegania nawrotowi choroby, który może grozić przerwaniem abstynencji przez osobę, która jest w trakcie dokonywania zmiany osobistej i zmian w swoim życiu;

- maksymalne wykorzystanie potencjału wielodyscyplinarnego zespołu terapeutów, w którym istotną rolę odgrywają odpowiednio przeszkoleni specjaliści wywodzący się spośród alkoholików bądź narkomanów zdrowiejących w oparciu o program AA lub NA (ich zatrudnianie rozpoczęło w Ośrodku Hazelden w 1954 r.);
- wykorzystywanie w terapii Programu Dwunastu Kroków i filozofii Anonimowych Alkoholików oraz systematyczny udział osób leczących się w spotkaniach Wspólnoty.

Klasyczne programy leczenia w oparciu o Model Minnesota obejmują: detoksykację (*detoxification*), ocenę stanu psychicznego (*evaluation of the mind*), spotkania grupowe (*group meetings*), ponieważ 80–90% zajęć odbywa się w warunkach grupowych, edukację/wykłady (*educational lectures*), a na koniec skierowanie do odpowiednich usług (*referral to appropriate services*) w celu kontynuowania procesu zdrowienia. Programy te, prowadzone w stacjonarnych ośrodkach, funkcjonujących według zasad tego modelu (TSF – Twelve Steps Facilitation), ułatwiają korzystanie z Programu Dwunastu Kroków AA, są bardzo intensywne i zmierzają w kierunku wywołania gwałtownej zmiany w życiu pacjenta, w ciągu bardzo krótkiego czasu (28 dni). Zakładane cele leczenia to uznanie i akceptacja bezsilności wobec alkoholu, a także uznanie potrzeby zmiany i pomocy w natychmiastowym przystąpieniu do dokonywania zmian w stylu życia i sposobie funkcjonowania, co wiąże się z „przeprowadzeniem” pacjenta przez pierwsze 3–5 Kroków [Anderson, 1980].

Badania nad skutecznością Programu Dwunastu Kroków i dyskusja

Badania nad skutecznością Wspólnoty Anonimowych Alkoholików oraz nad mechanizmami powodującymi wystąpienie zmian w zachowaniu (*mechanisms of behavior change* – MOBC) w trakcie realizacji Programu oceniają Wspól-

notę jako skutecznego sprzymierzeńca w ograniczaniu problemów dotyczących zdrowia publicznego. Dzieje się to poza Wspólnotą, która podkreśla: „naszym najważniejszym celem jest trwać w trzeźwości i pomagać innym alkoholikom w jej osiągnięciu”. Badania podkreślają też, że przebieg zmian jest bardzo zbliżony do dynamiki procesu psychoterapii i, podobnie jak ona, umożliwia usunięcie środkami psychologicznymi objawów choroby oraz uzyskanie korzystnych zmian w stanie zdrowia i zachowaniu, bez odrywania się od warunków w jakich się żyje i bez ponoszenia kosztów finansowych [Kelly i wsp., 2010; Kelly i wsp., 2011; Kelly, 2017]. Są badania, które mówią, że wskaźniki utrzymywania abstynencji są dwukrotnie wyższe u tych osób, które decydują się uczęszczać na spotkania AA, a większa częstotliwość uczęszczania wpływa korzystnie na utrzymywanie abstynencji [Kaskutas, 2009]. Podobne wnioski płyną z kolejnych badań przeprowadzonych na grupie 150 hospitalizowanych pacjentów. Wykazały one, że osoby często uczęszczające na spotkania Anonimowych Alkoholików – przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia – w porównaniu z osobami, które nie korzystały z AA, nie tylko istotnie ograniczyły picie alkoholu, ale również miały mniej problemów psychologicznych i znacząco poprawiły jakość swojego życia [Gossop i wsp., 2003].

Z badań przeprowadzonych na grupie 495 członków Wspólnoty AA, którzy leczyli się w placówkach publicznych i prywatnych, wynika także, że korzystnie na utrzymywanie abstynencji oraz na przebieg procesu zdrowienia wpływa praca ze sponsorem [Witbrodt i wsp., 2012]. Inni badacze zwracają uwagę na korzystny wpływ uczestnictwa w AA na krótko- i długoterminowe zmniejszenie spożycia alkoholu, a także na ważną rolę spójności i dynamiki grupowej oraz posiadanie sponsora w procesie odzyskiwania zdrowia we Wspólnocie Anonimowych Alkoholików [Humphreys i wsp., 2014; O’Sickey i wsp.,

2019]. Z kolei ośmioletnia obserwacja grupy 466 osób (51% mężczyzn) podzielonych na cztery grupy, tj. bez leczenia, tylko AA, tylko leczenie i leczenie plus AA, wykazała, że najgorzej funkcjonowały osoby nieleczone. Udział w AA lub odbycie terapii w pierwszym roku obserwacji, wiązały się z utrzymywaniem abstynencji przez większy odsetek osób zbadanych po ośmiu latach [Timko i wsp., 2000]. Szwedzkie badania sugerują, że korzystny wpływ na utrzymywanie abstynencji przez osoby, które odbyły terapię opartą na Dwunastu Krokach AA, ma „przynależność do grup wzajemnej pomocy” [Bodin i Romelsio 2006]. Jest jeszcze wiele innych badań, które łączą wieloletnie utrzymywanie abstynencji z uczestnictwem w spotkaniach AA i pracą ze sponsorem [Tonigan i wsp., 1996; McKellar i wsp., 2008; Moos i Moos, 2006; Walitzer i wsp., 2009; White, 2009]. Badacze zwracają uwagę na jeszcze jeden aspekt, podkreślając, że w czasach, kiedy problemy alkoholowe są tak bardzo rozpowszechnione, jednocześnie osoby z tymi problemami są często piętnowane i dyskryminowane, a dostępność do leczenia pozostawia wiele do życzenia, możliwość zdrowienia poprzez AA jest bardzo potrzebną i wygodną formą pomocy oraz dobrym wsparciem dla profesjonalnego leczenia [Slaymaker i Sheehan, 2008].

Szczególnym wyróżnieniem dla Wspólnoty Anonimowych Alkoholików była rekomendacja zawarta w 10. Raporcie dla Kongresu Stanów Zjednoczonych, mówiąca o tym, że „profesjonalne leczenie bazujące na Dwunastu Krokach jest równie skuteczne, jak inne podejścia terapeutyczne prowadzące do uzyskania trwałej abstynencji” [Raport NIAAA, 2000]. Przeprowadzona 20 lat po tym Raporcie, w ramach Biblioteki Cochrane’a (Cochrane Library), analiza 27 badań z udziałem 10 565 uczestników wykazała, że terapia oparta na zachęcaniu do uczestnictwa w AA oraz na ułatwianiu zaznajamiania się z Programem Dwunastu Kroków (TSF) daje

wyższe wskaźniki trwałej abstynencji i ogranicza negatywne konsekwencje picia alkoholu, szczególnie w dłuższej perspektywie (do trzech lat), w porównaniu z innymi metodami leczenia opartymi na dowodach, w tym z CBT (terapią poznawczo-behawioralną) i MET (motywacyjną terapią wspomagającą, stosowaną w programie MATCH, czyli z dialogiem motywującym). Jednocześnie w sposób istotny zmniejszają koszty opieki zdrowotnej [Kelly i wsp., 2020; *New Cochrane...*, 2020; AA, *Other 12-Step Programs...*, 2020].

Wprowadzie zarówno samo AA, jak i oparte na założeniach Wspólnoty podejście do terapii ma krytyków, nie ulega wątpliwości, że takie podejście ma także liczne sukcesy. Wyniki przeglądu randomizowanych badań z 1999 r. wykazały np., że AA nie jest lepsze niż jego alternatywy, a członkostwo w AA może nawet powodować negatywne skutki. Jednocześnie autorzy tych badań stwierdzili, że wiele z uwzględnionych badań było niepoprawnych metodologicznie [Kownacki, Shadish, 1999]. Natomiast wspomniane wcześniej badania, opublikowane 20 lat później, sugerują, że członkostwo w AA jest jednak korzystne [Kelly i wsp., 2020] oraz że nie ma potrzeby, aby ktokolwiek występował w obronie AA, bo Wspólnota „obroni się sama” [Emric i Beresford, 2016].

Badacze podkreślają, że pacjenci uzależnieni od alkoholu, którzy podczas terapii poznają również program AA, uzyskują dzięki niemu wsparcie w powrocie do zdrowia m.in. poprzez dokonywanie sugerowanych w programie zmian w swoich postawach, uwolnienie się od poczucia winy z przeszłości, znalezienie nowego sposobu na swoje życie. Jedno z badań wykazało, że nawet 2/3 pacjentów osiąga „dobry wynik po upływie roku od czasu wypisania ze szpitala” [Cook, 1988]. Z kolei katamneza grupy 1083 mężczyzn i kobiet leczonych w ośrodku Hazelden Foundation wykazała, że 53% bada-

nych utrzymywało abstynencję przez okres roku od wypisu ze szpitala [Stinchfield i Owen, 1998]. Duńskie badania wykazały, że pacjenci, którzy odbyli terapię w modelu Minnesota, w porównaniu z grupą kontrolną, dłużej zachowywali abstynencję [Grønbaek i Nielsen, 2007]. Jedno z ostatnich badań, oparte na sześciomiesięcznej obserwacji osób, które uczestniczyły w całodobowej terapii, wykazało, że „program leczenia oparty na Minnesocie może skutecznie pomagać osobom uzależnionym od alkoholu w zmniejszaniu ilości spożywanego alkoholu i utrzymywać tę redukcję po okresie leczenia” [Gallagher i wsp. 2018]. Katamneza 245 osób uzależnionych od narkotyków w wieku 12–18 lat podzielonych na trzy grupy, tj. tych, którzy ukończyli leczenie według modelu Minnesota, podjęli takie leczenie, ale go nie ukończyli (179 osób) i tych, którzy znaleźli się na liście oczekujących (66 osób), wykazała, że po upływie dwunastu miesięcy pozytywne wyniki zaobserwowano u 53% osób, które ukończyły program terapii. Podobny efekt zaobserwowano jedynie u 15% osób, które leczenia nie ukończyły i u 28% osób z grupy oczekujących. Tak więc fakt ukończenia terapii wiązał się ze znacznie lepszymi wynikami niż w pozostałych grupach. Ciekawostką jest fakt, że w okresie obserwacji badani najczęściej spożywali alkohol, chociaż przed podjęciem leczenia najczęściej stosowana była marihuana [Winters i wsp., 2000].

Dyskusja

Przedstawiony w tym artykule zarys historii ruchu AA na świecie i w Polsce – oraz refleksje na temat rozwoju, opartych na tym modelu, podejść terapeutycznych – nie ma ambicji profesjonalnej analizy historycznej. Jest próbą spojrzenia na ten ruch z perspektywy osoby zaangażowanej przez dziesięciolecie w jego rozwój. Przez lata towarzyszenia Wspólnocie AA w Polsce zdobyłem znaczne doświadczenie, ucząc się,

wspierając, a równocześnie angażując AA do wspierania bardziej instytucjonalnych form leczenia.

Z historii tej wynika, że z jednej strony ruch AA miał charakter autonomiczny, odpowiadał na potrzeby milionów osób cierpiących z powodu picia alkoholu, z drugiej jednak strony był zależny od konkretnych uwarunkowań społecznych. Mimo że jego inicjatorami były często charyzmatyczne jednostki, to jednak nie mogłyby się rozwijać tak dynamicznie bez sprzyjających okoliczności. Nie przypadkiem ruch AA narodził się w Stanach Zjednoczonych w czasie, kiedy zawalił się projekt otrzeźwienia poprzez prohibicję. Nowa definicja problemu, którego źródła nie tkwiły już w diabelskim napoju (*devil drink*), ale w jednostce, odpowiadała na zapotrzebowanie w społeczeństwie, które odrzuciło prohibicję i nie było skłonne akceptować dłużej polityki kontroli nad alkoholem. Co więcej, w myśl ideologii AA, alkoholik nie mógł być już potępiany jako jednostka niemoralna, jego problem tkwił bowiem nie w jego konstrukcji moralnej, ale w nieuchwytnych wówczas czynnikach, które powodowały, że był bardziej podatny na chorobę.

Nie przypadkiem też o ruchu AA zaczęto mówić w Polsce w czasie odwilży politycznej, w drugiej połowie lat 50., kiedy to przyjęto w polityce społecznej wiele nowoczesnych, jak na tamte czasy, rozwiązań. Jednak dopiero po upływie dziesiątków lat grupy AA pojawiły się na szerszą skalę w roku 1980, kiedy wybuchł ruch Solidarność, który zainicjował otwartą debatę publiczną na temat wielu problemów społecznych, w tym na temat alkoholizmu. Dynamiczny rozwój AA w Polsce i implementacja zasad Dwunastu Kroków w lecznictwie nastąpiły w czasie neoliberalnych transformacji ustrojowych w latach 90., kiedy monopol alkoholowy i polityka kontroli nad alkoholem zostały odrzucone jako „przeżytek socjalizmu”.

Mimo iż nie mamy dokładnych danych o liczebności Wspólnoty AA w Polsce, można założyć, że nie obejmuje ona większości ludzi, którzy mogliby być jej uczestnikami i beneficjentami. Wydaje się, że potrzebna jest refleksja na ten temat oraz szersza oferta dla osób, które nie są w stanie zaakceptować abstynencji jako celu leczenia (jedną z możliwości są wspomniane programy ograniczania picia – POP). Brakuje też badań nad czynnikami sprzyjającymi przystąpieniu do Wspólnoty AA, zwłaszcza nad czynnikami zniechęcającymi do udziału w ruchu AA.

Dotychczasowe wyniki badań na temat efektywności leczenia potwierdzają, że model wykorzystujący Program Dwunastu Kroków AA jest podobnie skuteczny jak modele wykorzystujące terapię behawioralno-poznawczą czy też dialog motywacyjny [Babor i Del Boca, 2002]. Jednak z punktu widzenia lekarza-praktyka nie jest najważniejsze to, że „dobry wynik” uzyskało na przykład 2/3 leczonych, ponad połowa utrzymywała abstynencję, a inni utrzymywali abstynencję „dłużej” niż osoby z grupy kontrolnej, lecz fakt, że znacznej części osób ten program pomógł w zdrowieniu z uzależnienia od alkoholu, a u innych spowodował ograniczenie spożycia, co też musiało wpłynąć korzystnie na ich stan zdrowia. Istotne jest to, że Program Dwunastu Kroków Wspólnoty AA i programy terapeutyczne uwzględniające założenia Wspólnoty są korzystne dla procesu zdrowienia tysięcy pacjentów. Dzięki niemu uzyskują oni wsparcie w utrzymywaniu abstynencji, podobnie jak kolejne tysiące dzięki klubom abstynenta czy organizacjom trzeźwościowym, instytucjom religijnym bądź kościelnym lub dzięki okresowemu przyjmowaniu środków farmakologicznych. Wybór metody zdrowienia należy jednak zawsze do samej osoby, która ma problem alkoholowy. Z kolei dla terapeuty ważna jest każda uratowana jednostka.

Wprawdzie Wspólnota AA, zgodnie z Dziesiątą Tradycją „nie zajmuje stano-

wiska wobec problemów spoza Wspólnoty”, jednak jej wpływ na życie publiczne okazał się istotny, bowiem:

- dzięki rozpowszechnieniu idei AA Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (American Medical Association) przyznało alkoholizmowi status choroby;
- wiele programów terapeutycznych wykorzystuje Program Dwunastu Kroków, a swoim pacjentom zaleca udział w „dwunastokrokowych” grupach samopomocowych (np. AA, NA, AH);
- skazani sądowo za jazdę po alkoholu mają nakaz uczestniczenia w spotkaniach AA;
- przy realizacji programów terapeutycznych zatrudnia się alkoholików zdrowiejących poprzez Wspólnotę AA;
- programy szkolenia specjalistów uwzględniają znajomość Programu Dwunastu Kroków;
- powstało wiele innych grup samopomocowych uwzględniających Program Dwunastu Kroków.

Wnioski

Zarówno psychiatrzy, jak i psycholodzy przyczynili się w istotnym stopniu do powstania i rozwoju Wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Z licznych badań wynika, że zaowocowało to istotnym wsparciem ze strony Wspólnoty zarówno w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu i/lub od innych substancji psychoaktywnych, jak i w leczeniu osób cierpiących z powodu innych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Udział we Wspólnocie należałoby traktować jako dobrą formę radzenia sobie z zaburzeniami używania alkoholu oraz jako jedną z najbardziej obiecujących form opieki postterapeutycznej, która sprzyja utrwalaniu wyników leczenia i w ten sposób nie tylko ratuje zdrowie i życie ludzkie, ale także w istotnym stopniu odciąża państwowe systemy ochrony zdrowia.

Piśmiennictwo

1. 10-th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. NIAAA. June 2000, p. 448.
2. AA. *Other 12-Step Programs Superior to CBT for Alcohol Addiction* – Medscape – Mar 13, 2020 Alcohol Addiction.
3. Aleksander J. *Anonimowi Alkoholicy*. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, 1997.
4. Ambrogne JA. Reduced-risk drinking as a treatment goal: What clinicians need to know. „Journal of Substance Abuse Treatment” 2002; 22(1):45–53. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00210-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00210-0).
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: APA, 2013.
6. Anderson DJ. *The Minnesota experience*. In *Alcoholism: A Modern Perspective*. Edited by Golding, P. Lancaster. England: MTP Press Limited, 1980.
7. Anderson DJ, McGovern JP, Dupont RL. *The Origins of the Minnesota Model of Addiction Treatment—A First Person Account* „Journal of Addictive Diseases” 1999; 18(1):107-114, DOI: 10.1300/J069v18n01_10.
8. American Psychiatric Association (2002). *Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders, in Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, pp 249-348.
9. *Anonimowi Alkoholicy. Historia o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet zostało uzdrowionych z alkoholizmu*. New York: Alcoholics Anonymous World Services; Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, 1996.
10. *Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość. Krótka historia AA*. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, 1998.
11. Barbor TF, Del Boca FK Eds. *Treatment matching in alcoholism*. New York: Cambridge University Press, 2003.
12. Bodin MC, Romelsjo A. *Predictors of abstinence and nonproblem drinking after 12-step treatment in Sweden*. „Journal of Studies on Alcohol” 2006; 67:139–46.
13. Connors GJ, Walitzer KS, Tonigan JS. *Spiritual change in recovery*. In M. Galanter & L. A. Kaskutas (Eds.), *Recent developments in alcoholism* (pp. 209–27). Totowa, NJ: Humana Press, 2008.
14. Cook ChCH. *The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part II. Evidence and Conclusions*. „British Journal of Addiction” 1988; 83:735-748.
15. Dermatis H, Galanter M. *The Role of Twelve-Step-Related Spirituality in Addiction Recovery*. „J. Relig. Health” 2016; 55:510-21.
16. Cunningham JA, Breslin FC. *Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment*. „Addict Behav.” 2004; 29:221–3.
17. *Debata na temat Programu Ograniczania Picia. Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień*. 2018; <https://terapeuci.info/2018/06/30/debata-na-temat-programu-ograniczania-picia-z-magazynu-terapia-uzaleznienia-i-wspoluzaleznienia/>.
18. *Dwanaście Kroków i Dwanaście Tradycji*. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, 1996.
19. Emrick ChD, Beresford TP. *Contemporary negative assessments of Alcoholics Anonymous: A response*. „Alcoholism Treatment Qu-

- arterly” 2016; 34:4, 463-71, DOI: 10.1080/07347324.2016.1217713.
20. Gallagher C, Radmall Z, O’Gara C, Burke T. *Effectiveness of a national „Minnesota Model” based residential treatment programme for alcohol dependence in Ireland: outcomes and predictors of outcome.* „Irish Journal of Psychological Medicine” 2018; 35(1):33-41.
 21. Glatt M. *Group Therapy in Alcoholism.* „British Journal of Addiction” 1958; 54(2):133.
 22. Gossop M, Harris J, Best D, Man L-H, Manning V, Marshall J, Strang J. *Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study.* „Alcohol & Alcoholism” 2003; 38(5):421–26.
 23. Grant BF. *Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample.* „J Stud Alcohol” 1997; 58:365–71.
 24. Grønbaek M, Nielsen B. *A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics.* *Addiction* 2007; 102,381–88.
 25. *Grzech czy choroba.* „Biblioteczka Zdroju”, z. 1. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików, 2009.
 26. Hasin, DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.* „Archives of General Psychiatry” 2007; 64,830–42.
 27. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerish R. *Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics.* „Addictive Behaviors” 1997; 22(2):247-55.
 28. Humphreys K, Blodgett JC, Wagner TH. *Estimating the Efficacy of Alcoholics Anonymous without Self-Selection Bias: An Instrumental Variables Re-Analysis of Randomized Clinical Trials.* „Alcoholism Clinical & Experimental Research” 2014; 38(11):2688–94.
 29. *Informator AA*, wyd. 2. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, 2017.
 30. James W. *Doświadczenia religijne.* Przeł. Hempel J. Seria Classica Religiosa. Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”, 2011.
 31. Jannasz M. *Alcoholics Anonymous Comes to Poland: The Founding of the Polish AA and the American Connection.* „European Journal of American Studies” [Online], 13-3 | 2018, Online since 7 January 2019 <https://doi.org/10.4000/ejas.13694>.
 32. Jasiński J. *Ruch Trzeźwościowy w Stanach Zjednoczonych. Korzenie amerykańskiej prohibicji.* „Alkoholizm i Narkomania” 2008; 21(1):65–94.
 33. Jellinek EM. *The disease concept of alcoholism.* New Brunswick: Hilho-use Press, 1960.
 34. „Journal of the American Medical Association”, October 20, 1956.
 35. Kaczmarczyk I. *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce.* Warszawa: Eneteia, 2008.
 36. Kaczmarczyk I. *Terapeutyczne oddziaływania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików.* [w:] *Psychoterapia Pogranicza.* Grzesiuk L, Suszek H (red). Eneteia, Warszawa: Eneteia, 2012:519-46.
 37. Kaskutas LA, Bond J, Weisner C. *The Role of Religion, Spirituality and Alcoholics Anonymous in Sustained Sobriety.* „Alcoholism Treatment Quarterly” 2003; 21:1,1–16, DOI: 10.1300/J020v21n01_01.
 38. Kaskutas LA. *Alcoholics Anonymous Effectiveness: Faith Meets Science.* „Journal of Addictive Diseases” 2009; 28(2):145–57.
 39. Kelly J. *Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of beha-*

- avior change research. Addiction* 2016; 112(6):929–36.
40. Kelly JF, Stout RL, Magil M, Tonigan JS, Pagano M.E. *Mechanisms of Behavior Change in Alcoholics Anonymous: Does AA lead to better alcohol use outcomes by reducing depression symptoms?* *Addiction* 2010; 105(4):626–36.
 41. Kelly JF, Stout RL, Magill M, Tonigan JS. *The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes: A prospective lagged mediational analysis.* „Drug Alcohol Depend” 2011; 114(2-3):119–26.
 42. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. *Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder.* *Cochrane Systematic Review – Intervention Version published: 11 March 2020 see what’s new.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2> [dostęp 14.03.2020].
 43. Kirkland K. *The influence of William James on the Spirituality of Alcoholics’ Anonymous.* „Journal of Humanistic Psychology” 2018 <https://doi.org/10.1177/0022167818782522>.
 44. Kohn R, Saxena S, Levav I., Saraceno B. *The treatment gap in mental health care.* „Bulletin of the World Health Organization” 2004; 82(11):858–66.
 45. Kownacki RJ, Shadish WR *Does Alcoholics Anonymous work: the results from a meta-analysis of controlled experiments.* In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK), 1999.
 46. Krasieńska I. *Prasa abstenencka w Wielkopolsce: „Pismo Centralne dla Sprawy Wstrzemiężliwości w Wielkim Księstwie Poznańskim” (1843–1845).* „Alkoholizm i Narkomania” 2014; 27:255–63.
 47. Kujawski R. *Poglądy Tadeusza Bilikiewicza na zagadnienia alkoholizmu w Polsce.* „Alkoholizm i Narkomania” 2015; 28:139–44.
 48. Kulisiewicz T. *Wywiad.* „Trzeźwymi Bądźcie” 1998; 6:20–22.
 49. Kuramoto SJ, Martins SS, Ko JY, Chilcoat HD. *Past year treatment status and alcohol abuse symptoms among US adults with alcohol dependence.* „Addict Behav.” 2011; 36:648–653.
 50. Kurtz E. *Not-God. A History of Alcoholics Anonymous* (Center City, MN: Hazelden, 1979).
 51. Kurtz E. *Duchowy bardziej niż religijny charakter ruchu Anonimowych Alkoholików.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1990.
 52. Makela K, Arminen I, Bloomfield K, Eisenbach-Stangl I, Bergmark KH, Kurube N, Mariolini N, Olafsdottir H, Peterson JH, Philips M, Rehm J, Room R, Rosenquist P, Rosovsky H, Stenius K, Świątkiewicz G, Woronowicz B, Zielinski A. *Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement: A study in eight societies.* Madison, WI: University of Wisconsin Press, 1996.
 53. McElrath D. *The Minnesota Model.* „Journal of Psychoactive Drugs” 1997; 29(2):141–44. <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.1997.10400180>.
 54. McKellar J, Ilgen M, Moos BS, Moos R. *Predictors of change in alcohol-related self-efficacy over 16 years.* „J Subst Abuse Treat.” 2008; 35:148–55.
 55. Montes KS, Tonigann J.S. *Does Age Moderate the Effect of Spirituality/Religiousness in Accounting for Alcoholics Anonymous Benefit?* „Alcoholism Treatment Quarterly” 2017; 35(2):96–112.
 56. Moos RH, Moos BS. *Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: a 16-year follow-up of initially untreated individuals.* „J Clin Psychol.” 2006; 62(6):735–50.
 57. Moos R, Timko Ch. *Outcome Research on 12-Step and Other Self-Help Programs.*

- In: M. Galanter, & H.O. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (4th ed. pp. 511-21). Washington, DC: American Psychiatric Press, 2008.
58. *New Cochrane Review finds Alcoholics Anonymous and 12-Step Facilitation programs help people to recover from alcohol problems.* <https://www.cochrane.org/news/new-cochrane-review-finds-alcoholics-anonymous-and-12-step-facilitation-programs-help-people>.
 59. NHS. *Too much of the hard stuff: what alcohol costs the NHS.* National Health Service Confederation: January 2010.
 60. O'Sickey AJ, Hanes J, Tonigan JS. *The Relationship between Perceived Alcoholics Anonymous Social Group Dynamics and Getting an AA Sponsor.* „Alcoholism Treatment Quarterly” 2019; DOI:10.1080/07347324.2019.1613942.
 61. „Przekaż dalej”. *Opowieść o Billu Wilsonie i o tym, jak postanie AA ogarnęło cały świat.* Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, 2004.
 62. Romaniuk R. *Invisible problems of marginalized populations.* In: *The Invisible Groups in Poland.* Ed.: A. Kotlarska-Michalska, K.J. Farkas, R. Romaniuk. Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 2019, pp. 33-48.
 63. Room R, Greenfield T. *Alcoholics Anonymous, other 12 step movements, and psychotherapy in the U.S. population 1990.* *Addiction*, 1993; 88:555–62
 64. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H., Carta MG, Angermeyer MC. *The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies.* „Alcohol and Alcoholism” 2011; 46(2):105–12.
 65. *Service Material from the General Service Office. Estimated worldwide A.A. individual and group membership.* https://www.aa.org/assets/en_US/smf-132_en.pdf [dostęp: 12.02.2019].
 66. Slaymaker VJ, Sheehan T. *The Impact of AA on Professional Treatment.* In: Kaskutas L., Galanter M. (eds) *Recent Developments in Alcoholism.* Recent Developments in Alcoholism, vol 18. Springer, New York, NY, 2008.
 67. Stinchfield R and Owen P. *Hazelden's Model of Treatment and Its Outcome.* „Addictive Behaviors” 1998; 23:669-83. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00015-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00015-X).
 68. Tadeusz z grupy AA „Ster”. *Historia AA w Polsce.* Tom I. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, 2012.
 69. Taylor C. *Variety of Religion Today: William James Revisited.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002.
 70. Tiebout H. *The Act of Surrender in the Therapeutic Process, with Special Reference to Alcoholism.* „Quarterly Journal of Studies on Alcohol” 1949; 48–58. Reprinted in Harry Tiebout: *The Collected Writings.*
 71. Tiebout H. *Surrender versus Compliance in Therapy, with Special Reference to Alcoholism.* „Quarterly Journal of Studies on Alcohol” 1953; 58–68. Reprinted in Harry Tiebout: *The Collected Writings.*
 72. Tiebout HM. *Therapeutic Mechanisms of Alcoholics Anonymous.* „American Journal of Psychiatry” 1944; 468- 73. doi: 10.1176/ajp.100.4.468.
 73. Tiebout HM. *Psychology and Treatment of Alcoholism.* „Quarterly Journal of Studies on Alcohol” 1946; 214–27.
 74. Timko Ch, Moss RH, Finney JW, Lesar MD. *Long-Term Outcomes of Alcohol Use Disorders: Comparing Untreated Individuals with Those in Alcoholics Anonymous and Formal Treatment.* „J. Stud. Alcohol.” 2000; 61(4):529–40.

75. Tonigan JS, Toscova R, Miller WR. *Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings.* „J Stud Alcohol.” 1996; 57(1):65–72.
76. Walitzer KS, Dermen KH, Barrick Ch. Facilitating involvement in Alcoholics Anonymous during out-patient treatment: a randomized clinical trial. *Addiction*, 2009; 104 (3):391-401. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02467.x.
77. Walle A.H. *William James' legacy to Alcoholics Anonymous: an analysis and a critique.* „J Addict Dis.” 1992; 11(3):91–9.
78. Walton-Moss B, Ellen M. Ray EM, Woodruff K. *Relationship of Spirituality or Religion to Recovery from Substance Abuse.* „Journal of Addictions Nursing” 2013; 24(4):217–26.
79. White ChT. *Lincoln and Prohibition.* Abingdon, 1921; pp. 40–45.
80. White WL. “Chapter 4” in *Peer-based Addiction Recovery Support* (Philadelphia, PA: Dept of Behavioral Health and Mental Retardation Services, and Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, 2009).
81. White WL, Kurtz E. *Twelve defining moments in the history of Alcoholics Anonymous.* „Recent Dev Alcohol” 2008; 18:37–57.
82. Winters K, Stinchfield R, Opland E, Weller Ch, Latimer W. *The effectiveness of the Minnesota Model for treating adolescent drug abusers.* *Addiction* (Abingdon, England), 2000; 95:601–12. 10.1046/j.1360-0443.2000.9546011.x.
83. Witbrodt J, Kaskutas L, Bond J, Delucchi K. *Does sponsorship improve outcomes above Alcoholics Anonymous attendance? A latent class growth curve analysis.* *Addiction* 2012; 107:301–11.
84. Woronowicz B. *Warszawskie grupy Anonimowych Alkoholików na tle ruchu AA.* „Problemy Alkoholizmu” 1990; 5–6(414):3–4.
85. Woronowicz BT. *Historia Wspólnoty Anonimowych Alkoholików i terapeutyczne walory Programu Dwunastu Kroków.* „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1992; 1:191–98.
86. Woronowicz BT. *Uzależnieni i współuzależnieni na turnusach terapeutycznych w Strzyżynie.* „Alkoholizm i Narkomania” 1996; 2(23):219–24.
87. Woronowicz BT. *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2001.
88. Woronowicz BT. *Uzależnienia. Genetyka, terapia, powrót do zdrowia.* Poznań, Warszawa: Media Rodzina i Parpamedia, 2009.
89. www.parpa.pl.
90. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review.* „Drug Alcohol Depend” 2013; 131(1–2):23–35.
91. Vandivier AM. *The Growth of Spiritual Awareness through AA Participation: A Phenomenological Study.* „Alcoholism Treatment Quarterly” 2020; 38:1,32–49. DOI: 10.1080/07347324.2019.1586498.
92. Yalom I, Molyn L. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2016.
93. Yates R., Malloch M.S. ed. *Tackling Addiction: Pathways to Recovery.* Jessica Kingsley Publishers, 2010, p. 19.
94. Zajączkowski H. *Leczenie alkoholizmu przewlekłego. Wskazówki dla lekarzy, psychologów i pracowników poradni przeciwalkoholowych.* Warszawa: PZWL, 1950.
95. SE. *A Role for Spiritual Change in the Benefits of 12-Step Involvement.* „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 2007; 31(3):76–79.

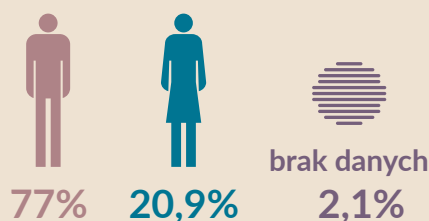
Wyniki badania ankietowego Wspólnoty AA w Polsce przeprowadzonego w latach 2017–2018

Zakres badania

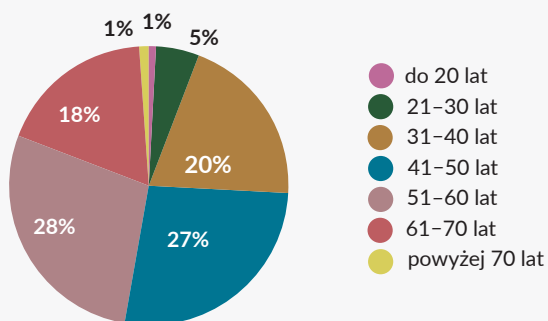
W wyniku badania ankietowego, przeprowadzonego wśród grup AA w latach 2017–2018, pozyskano 9217 ankiet, z których do dalszego przetwarzania zakwalifikowano 9110 kwestionariuszy. W puli znalazły się kwestionariusze nadesłane przez 1008 grup, spośród 2845 grup zarejestrowanych w bazie mityngowej Biura Służby Krajowej AA w Polsce.

W badaniu wzięło udział około 35% grup zarejestrowanych w bazie Biura Służby Krajowej AA w Polsce. Ze względu na pozyskaną liczbę wypełnionych kwestionariuszy dane przekazane do analiz statystycznych są wystarczające do wnioskowania na temat badanej grupy.

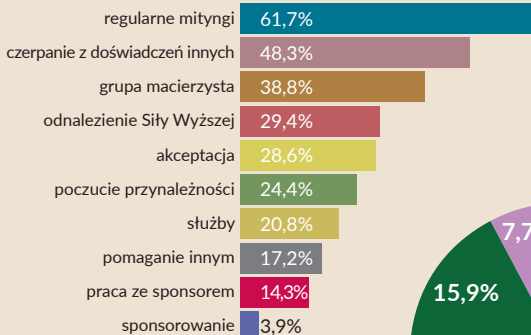
PŁEĆ BADANYCH



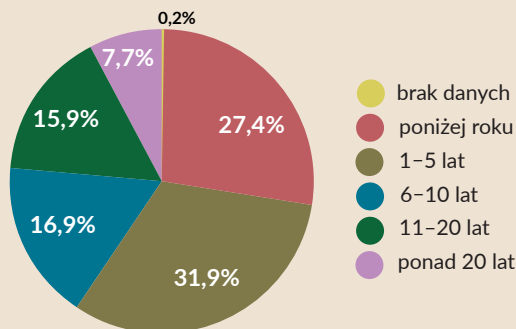
WIEK BADANYCH



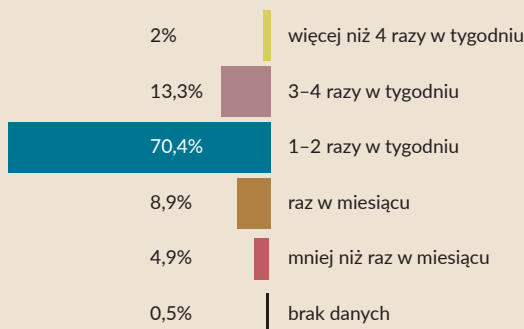
CO POMAGA? CZYNNIKI SZCZEGÓLNIIE WAŻNE W TRZEŹWIENIU



OKRES ABSTYNENCJI



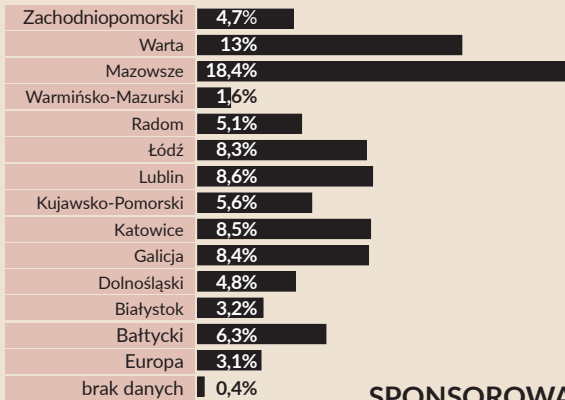
CZĘSTOTLIWOŚĆ UCZESTNICTWA W MITYNGACH



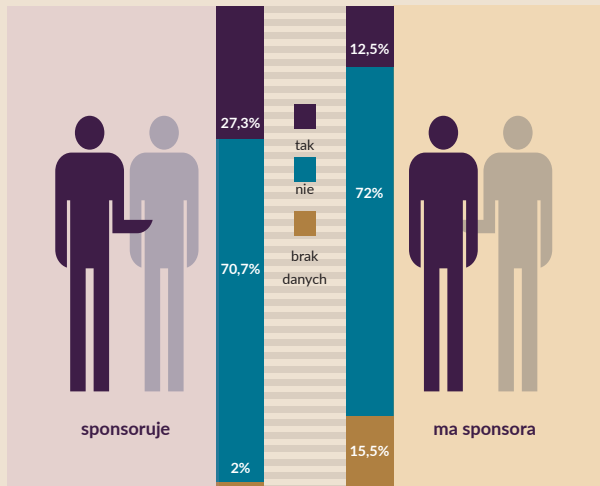
ŹRÓDŁA WIEDZY O WSPÓLNOCIE AA



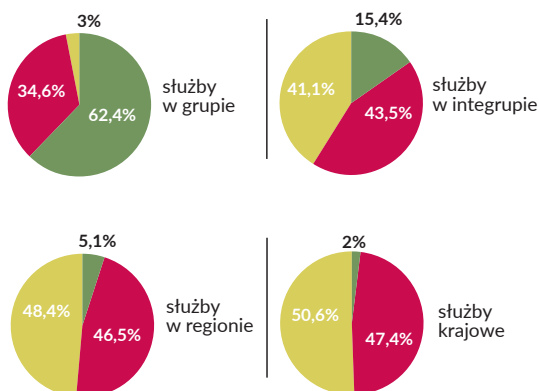
ODSETEK ANKIET Z POSZCZEGÓLNYCH REGIONÓW



SPONSOROWANIE



ZAANGAŻOWANIE W SŁUŻBY





LITERATURA AA



B-12



FUNDACJA BIURO SŁUŻBY KRAJOWEJ AA W POLSCE
 ul. Piękna 31/37, 00-677 Warszawa
 tel./faks: +48 22 828 04 94; infolinia AA: 801 033 242
 adres korespondencyjny: skrytka pocztowa 243, 00-950 Warszawa 1
 www.aa.org.pl e-mail: aa@aa.org.pl