

Kamila Dudek
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
W Warszawie

Specyfika kobiecego uzależnienia od alkoholu

Alkohol towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Wpływ i skutki wpływu alkoholu na człowieka są dokumentowane przez naukowców, a od 1849 roku pojęcie alkoholizmu zostało wprowadzone przez doktora Magnusa. W latach 70-tych XX wieku w USA wzbudziły zainteresowanie różnice w reagowaniu na alkohol organizmów kobiet i mężczyzn.

Doniesienia o zróżnicowaniu objawów i skutków choroby alkoholowej, uwarunkowanych płcią zainspirowały autorkę do szerszego spojrzenia i zainteresowania się problemem alkoholizmu kobiet, jako palącego wyzwania naszych czasów.

Wprowadzenie

Alkoholizm jest jedną z najczęstszych i najbardziej niebezpiecznych chorób, jakie dotyczą człowieka. Jest też jedną z tych chorób, która wymaga głębszego i nowego spojrzenia. W opinii wielu

ludzi uzależnienie od alkoholu odnosi się wyłącznie do zaawansowanej degradacji fizycznej, psychicznej, duchowej i materialnej, będącej konsekwencją nadużywania alkoholu przez długi czas. Alkoholik kojarzy się zwykle tylko z taką osobą, która utraciła już niemal wszystko: zdrowie, rodzinę, pracę, dom i która codziennie zatacza się na ulicy w stanie upojenia alkoholowego. Wciąż jeszcze posiadamy niewystarczającą świadomość tego, że opisany schemat odnosi się do zaawansowanego, końcowego stadium choroby alkoholowej, która w swych mniej rażących fazach obejmuje znacznie szerszy krąg osób. W początkowych stadiach uzależnienia dany człowiek może jeszcze niemal normalnie funkcjonować w wielu dziedzinach życia.

Warto zatem przyjrzeć się bliżej chorobie alkoholowej po to, by dokładniej rozumieć jej przyczyny, przejawy i mechanizmy. Termin "alkoholizm" (alcolismus chronicus) został wprowadzony przez szwedzkiego lekarza Magnusa Hussa (za: Dziewiecki, 2000). Terminem tym oznacza się chorobę, która jest jedną z konsekwencji nadużywania alkoholu. Uzależnienie od alkoholu oznacza spożywanie tej substancji w sposób powodujący bolesne konsekwencje zarówno dla pijącego alkohol, jak i dla jego najbliższego środowiska. Alkoholizm to stan, w którym dany człowiek sięga po alkohol, mimo iż powoduje to dokuczliwe skutki dla niego i otoczenia. Jest to choroba tak głęboko zaburzająca świadomość i wolność człowieka, że dla dużego odsetka uzależnionych okazuje się chorobą śmiertelną. W 1956 roku alkoholizm został wpisany na listę chorób Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Jest to jedna z najbardziej destrukcyjnych chorób i jednocześnie jedna z niewielu, w których chory twierdzi, że jest zdrowy (tamże).

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą niszczącą człowieka we wszystkich sferach jego człowieczeństwa i funkcjonowania. Prowadzi do degradacji jego więzi i wartości. Powoduje stopniową utratę wolności i odpowiedzialności. Uniemożliwia normalne funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie. Zwykle na końcu dopiero następuje degradacja fizyczna, która dla wielu okazuje się niestety jedynym motywem, który skłania do powstrzymania się od picia alkoholu. Jednak w tak zaawansowanym stadium choroby podjęcie abstynencji okazuje się niezwykle trudne, gdyż mamy wtedy do czynienia z poważnym kryzysem życia¹

Alkoholizm jest chorobą chroniczną, czyli taką, która w pewnych aspektach trwa do końca życia. Każdy uzależniony będzie do końca życia alkoholikiem, czyli kimś, kto nie potrafi spożywać alkoholu w sposób umiarkowany i kontrolowany. W tym sensie nie można stać się byłym alkoholikiem. Można natomiast stać się trzeźwiejącym alkoholikiem i do końca życia zachować abstynencję, polegającą na powstrzymaniu objawów choroby alkoholowej (Dziewiecki, 2000).

Warto zwrócić uwagę na zjawisko nadużywania alkoholu przez kobiety, pokazując jego specyfikę i te cechy, które sprawiają, że praca terapeutyczna z alkoholiczkami powinna uwzględniać zróżnicowanie związane z płcią, w odniesieniu do prowadzenia leczenia uzależnienia od alkoholu oraz prognozowania utrzymywania abstynencji przez pacjentów.

W tym celu pomocne będzie teoretyczne wprowadzenie do zagadnienia, uwypuklające kobiecą specyfikę uzależnienia, oraz opis moich doświadczeń z uczestnictwa w spotkaniach Anonimowych Alkoholików, by naocznie dowiedzieć się, jakie jest ich terapeutyczne oddziaływanie. Wysłuchane doświadczenia i przemyślenia uzależnionych kobiet potwierdziły, iż warto zwracać uwagę na specyfikę ich obrazu siebie i pełnionych ról społecznych w planowaniu pracy terapeutycznej.

1. Choroba jednostki czy społeczeństwa?

Wraz z rozwojem społeczeństwa pojawiają się nowe choroby. Stres i frustracja związane z ciągłym dążeniem do określonego statusu społecznego prowadzą do powstawania chorób, zarówno na tle fizycznym jak również psychicznym. Chorobami łączącymi w sobie oba te czynniki są wszelkiego rodzaju nałogi. Jednym z najniebezpieczniejszych z nich jest alkoholizm.

Przyczyny alkoholizmu mogą być różne. Jednym z nich jest nadużywanie spożycia. Alkohol spożywany w dużych ilościach powoduje przyzwyczajenie do niego organizmu, co z kolei prowadzi do bezwolnej potrzeby jego spożywania. W wyniku braku spożycia alkoholu u osoby uzależnionej pojawiają się objawy tzw. zespołu abstynencyjnego: drżenie kończyn, języka, tachykardia, nadciśnienie, potliwość, zaburzenia żołądkowo - jelitowe, iluzje i sporadycznie niezbyt nasilone omamy, lęk, drażliwość, ból głowy, bezsenność. Może też dochodzić do zaburzeń świadomości (Woronowicz, 1993).

¹ Biblioteczka ZDROJU 1 „Grzech czy choroba?”, wyd. Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2009.

Innym czynnikiem, który może prowadzić do choroby jest regularność spożycia. Nawet, jeżeli są to niewielkie ilości, alkohol spożywany regularnie i z dużą częstotliwością powoduje powstawanie takich samych efektów jak przy spożyciu dużej jego ilości. Bardzo często na rozwój choroby mogą mieć również wpływ takie czynniki jak uwarunkowania genetyczne czy też środowisko (tamże).

Mogłoby się wydawać, że alkoholizm to choroba dotycząca tylko i wyłącznie osoby uzależnione. Jej skutki odbijają się jednak na większych grupach takich jak rodzina czy też całe społeczeństwo. Alkohol może wywoływać różnego rodzaju niekontrolowane zachowania, które mogą przekształcić się w agresję i przemoc. Agresywne zachowania kierowane są przeważnie w osoby znajdujące się w pobliżu alkoholika, próbujące uświadomić go, że jest chory. Ofiarami przemocy wywołanej przez alkoholizm mogą być zarówno członkowie rodziny jak również zupełnie przypadkowe osoby jak sąsiedzi czy obce osoby na ulicy. Nadmierne spożywanie alkoholu bardzo często prowadzi do zachowań patologicznych takich jak kradzieże, napady czy też gwałty (Gaś, 1993).

Alkoholizm ma także negatywny wpływ na funkcjonowanie komórki społecznej jaką jest rodzina. W alkoholowej rodzinie, cała energia dziecka skupia się na podtrzymywaniu zaprzeczeń i ochronie rodziny, nie ma mowy o rozwoju wewnętrznym i wolności myśli. Dzieci cierpią z powodu ciągłego poczucia niepewności i lęku, a także coraz większego braku ufności. Czują się zagrożone, zagubione, przerażone światem dorosłych, są niedojrzałe pod względem emocjonalnym. Dziecko w rodzinie alkoholowej uczy się „kierować” postępowaniem innych, uczy się dostosowywać swoje stany uczuciowe do nastrojów alkoholika. Jedną z poważniejszych konsekwencji dorastania w rodzinie alkoholowej jest nieprawidłowy rozwój autonomicznej tożsamości opartej na zintegrowanym poczuciu własnego ja. Zaprzeczanie istniejącej sytuacji nie pozwala dziecku na poznanie siebie i rozwój. Na najgłębszym poziomie następuje często utożsamienie dziecka z rodzicem alkoholikiem. Oboje łączy poczucie bezsilności i niepowodzenia. Poza tym wiele dzieci wynosi z dzieciństwa przedwcześnie rozwinięte poczucie odpowiedzialności i obowiązku. Jest to tylko fasada, za którą kryje się poczucie bezradności i zagubienia - dziecku najczęściej nie udaje się spowodować, aby rodzic alkoholik przestał pić. Wiele takich osób wykazuje nieodporność na krytycyzm, złość, przeżywa ustawiczny lęk. Pojawiają się trudności w budowaniu intymnej relacji, opartej na zaufaniu, zacierają się granice własnej odpowiedzialności za potrzeby i uczucia drugiej osoby. Występuje Mają potrzebę zależności, którą często zakłamują lub tłumią w sobie (Sztander, 1993).

2. W alkoholizmie nie ma równouprawnienia

Równouprawnienie nie dotyczy alkoholizmu. Mężczyźni piją więcej niż kobiety. Mężczyźni wcześniej inicjują nadużywanie alkoholu, spożywają większe jego ilości, co przyczynia się do dużej skali problemów wynikających z uzależnienia oraz powikłań somatycznych picia. Mężczyźni uzależnieni od alkoholu wcześniej niż kobiety umierają, a czas przeżycia od chwili pierwszej hospitalizacji był u nich zwykle krótszy niż u kobiet (Wasilewski, 2007).

Kobiety próbują dorównać mężczyznom jednak i w tej dziedzinie. Odsetek kobiet uzależnionych od alkoholu wzrasta. Konsumpcja alkoholu wśród kobiet zaczęła się

szczególnie zwiększać po II wojnie światowej. We wszystkich krajach, w których upowszechnia się tzw. zachodni styl życia, szybko narasta liczba kobiet uzależnionych, pijących w sposób szkodliwy. Zjawisko to dotyczy również Polski. Rośnie zwłaszcza spożycie alkoholu przez dziewczęta. Odsetek osób uzależnionych wśród obu płci jest wyraźnie zbliżony w przedziale wiekowym 18-24. Z wiekiem różnice stają się bardziej wyraźne. Może to sugerować, że wskaźniki uzależnienia rosną szybciej u kobiet niż u mężczyzn (tamże).

Do lat 70. kobiety były prawie wyłączone z badań nad alkoholem zarówno epidemiologicznych, klinicznych, jak i doświadczalnych. Nawet jeśli brały w nich udział, uwaga badaczy skoncentrowana była głównie na mężczyznach. Jednakowoż, w miarę zmiany tego stanu rzeczy okazało się, że kobiety piją inaczej, że ich uzależnienie różni się na tyle od uzależnienia mężczyzn, że pojawiła się wręcz sugestia, iż są to dwie odmienne choroby. Tematu nie kontynuowano, jak dotąd kryteria uzależnienia od alkoholu są takie same dla mężczyzn i kobiet. Pewne jest jednak, że alkoholizm kobiet ma swoją specyfikę, co ma ogromne znaczenie między innymi w terapii. Tradycyjne sposoby leczenia alkoholizmu zostały jednak opracowane z myślą o mężczyznach, co może zniechęcić niektóre kobiety do leczenia (tamże).

3. Kryteria ICD-10 (CDDG) szkodliwego picia alkoholu i zespołu uzależnienia od alkoholu

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 rozróżnia dwie jednostki zaburzeń związane z pićm alkoholu:²

– Szkodliwe picie alkoholu

a) Sposób picia alkoholu niekorzystnie wpływający na zdrowie. Szkodliwe działanie może mieć charakter somatyczny (np. marskość wątroby) lub psychiczny (np. epizody zespołu depresyjnego wtórne do intensywnego picia alkoholu). Dla rozpoznania konieczne jest stwierdzenie aktualnego upośledzenia zdrowia somatycznego lub psychicznego pijącego.

b) Rozpoznanie zespołu uzależnienia od alkoholu wyklucza powyższą diagnozę.

– Zespół uzależnienia od alkoholu

Ostateczne rozpoznanie uzależnienia wymaga stwierdzenia występowania co najmniej trzech z wymienionych poniżej objawów przez jakiś czas w okresie poprzedzającego roku:

- 1) Silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
- 2) Trudności w kontrolowaniu rozpoczęcia lub zakończenia picia lub też ilości wypijanego alkoholu.
- 3) Wystąpienie zespołu abstynencyjnego po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki alkoholu, przejawiające się charakterystycznymi objawami alkoholowego zespołu abstynencyjnego lub przyjmowaniem tej samej (lub bardzo podobnej substancji) w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów zespołu abstynencyjnego.

² www.alkoholizm.akcjasos.pl/116.php

- 4) Objawy tolerancji, takiej jak zwiększanie dawki alkoholu w celu uzyskania efektów, które początkowo były wywołane przez dawki niższe (dobry przykład stanowią osoby uzależnione od alkoholu, które są w stanie wypić ilość alkoholu, jaka u osób nie przyzwyczajonych mogłaby spowodować utratę przytomności lub śmierć).
- 5) Narastające zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia alkoholu; zwiększona ilość czasu poświęcona zdobywaniu alkoholu, jego picciu lub odzyskiwaniu równowagi po wypiciu alkoholu.
- 6) Kontynuowanie picia pomimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw, takich jak uszkodzenie wątroby na skutek intensywnego picia lub obniżenie nastroju następujące po okresach picia dużych ilości alkoholu. Należy dołożyć starań w celu ustalenia, czy osoba pijąca jest lub można się spodziewać, że będzie, świadoma natury swojego picia i zakresu jego szkodliwych skutków.

4. Fazy alkoholizmu

Pojęcie przewlekłego alkoholizmu wprowadził Magnus Huss w 1849 r. Klinicyści i badacze wciąż podejmują próby zdefiniowania uzależnienia od alkoholu i wyróżnienia poszczególnych etapów przebiegu choroby alkoholowej.³

Najbardziej znany jest podział stadiów alkoholizmu, dokonany przez Elvina M. Jellinka, który w 1960 r. opublikował pracę pt. *Koncepcja alkoholizmu jako choroby*. Typologia Jellinka określa jedynie pewien zarys, schemat rozwoju choroby alkoholowej. Wyróżnił cztery stadia alkoholizmu:

– Faza wstępna (prealkoholowa)

Stadium zaczyna się od konwencjonalnego picia, nieodbiegającego od społecznie akceptowanego wzorca. Pijący zaczyna jednak doświadczać wielu pozytywnych następstw spożywania alkoholu. Atrakcyjność picia polega na jego działaniu uspokajającym, rozluźniającym i nasennym. Może być również sposobem ułatwiającym pokonywanie nieśmiałości w kontaktach społecznych. Używanie alkoholu staje się wówczas jedną ze strategii radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami. Dlatego też fazę prealkoholową określa się mianem: „picie jako ucieczka”. W tej fazie obserwuje się narastającą tolerancję na alkohol, związaną z adaptacją organizmu. Na tym etapie osoba pijąca zazwyczaj nie dostrzega problemu. Faza może trwać kilka miesięcy lub lat.

– Faza ostrzegawcza (zwiastunowa)

W tym stadium picie staje się rodzajem wewnętrznego przymusu, trudnego, lecz możliwego do przewyciężenia. Osoba znajdująca się w tej fazie aktywnie szuka okazji do spożycia alkoholu. Pije więcej i częściej niż otoczenie. Często pije w samotności, ukryciu. Może jednak odczuwać wstyd, unikać rozmów na temat alkoholu. Z czasem zaczyna zauważać, że coś zmieniło się w jej sposobie picia, jednak racjonalizuje przyczyny, usiłuje znaleźć dla nich wytłumaczenie. W tej fazie częste jest przeżywanie przykrych objawów „ciężkiego kaca”. W fazie zwiastunowej mogą pojawiać się

³ www.abcalkoholizm.pl/fazy-alkoholizmu

zaburzenia pamięci, określane jako palimpsesty. Polegają na niemożności przypomnienia sobie dokładnego odtworzenia przebiegu wydarzeń w trakcie upojenia alkoholowego, pomimo że nie doszło do utraty przytomności pod wpływem alkoholu.

– **Faza krytyczna (ostra)**

Cechuje ją całkowita utrata kontroli nad piciem alkoholu. Wypicie porcji alkoholu rozpoczyna ciąg alkoholowy. Okresy picia zaczynają dominować nad okresami abstynencji. Picie jest kontynuowane, pomimo wielu negatywnych konsekwencji, co jest związane z odczuwanym silnym głodem alkoholu oraz stosowanymi mechanizmami iluzji i zaprzeczeń. Pijący zaczyna wypadać ze wszystkich ról społecznych, zaniedbuje dotychczasowe pasje, zainteresowania, wycofuje się z kontaktów z bliskimi. W stadium ostrym mogą występować objawy tzw. patologicznej zazdrości, której adresatem jest współmałżonek. Objawy są związane z zaburzeniami potencji osoby uzależnionej na skutek picia. Nieufność, wrogie nastawienie do otoczenia mogą powodować wybuchy agresji. W fazie krytycznej osoba uzależniona nierzadko wymaga lub sama poszukuje pomocy medycznej.

– **Faza przewlekła (chroniczna)**

Obecne są wszystkie objawy uzależnienia. Zachowanie jest zdominowane przez wielodniowe ciągi alkoholowe. W tym stadium mogą być spożywane alkohole niekonsumpcyjne. W trakcie rzadkich okresów abstynencji pojawiają się zespoły abstynencyjne, które mogą być powikłane zaburzeniami świadomości i napadami drgawkowymi. W tym stadium występują liczne powikłania psychiczne: zaburzenia pamięci, koncentracji, zaburzenia nastroju. Do powikłań somatycznych należą uszkodzenia licznych narządów i układów, jak: zespół mózdkowy, polineuropatia, kardiomiopatia, nadciśnienie tętnicze, marskość i niewydolność wątroby. Nieuchronną konsekwencją nieleczonej fazy przewlekłej jest zgon spowodowany zatruciem lub powikłaniami alkoholizmu (tamże).

5. Rozwój choroby alkoholowej

W chorobie alkoholowej pojawia się cierpienie (dyskomfort), powodowane różnymi czynnikami i nieudane próby radzenia sobie z nim, prowadzące w końcu do sięgania po alkohol – jako wyjście z ciężkiej sytuacji. Poczucie dyskomfortu, mówiąc w sposób niezwykle uproszczony, wynika u jednych osób z braku umiejętności "życia w zgodzie" z samym sobą lub z otoczeniem, a u innych z nadmiernego zapotrzebowania na pobudzenie (stymulację). Stąd przebieg choroby alkoholowej wygląda następująco: ⁴

– **Olśnienie (odkrycie)** - stwierdzenie i uświadomienie sobie, że alkohol wpływa korzystnie na samopoczucie i może pomóc w radzeniu sobie z dyskomfortem psychicznym.

– **Unikanie cierpienia (dyskomfortu)** - podejmowanie prób radzenia sobie z przykrymi i nieakceptowanymi stanami przy pomocy alkoholu, a więc używanie

⁴ www.alkoholizm.eu/?sel=etapy

alkoholu do regulowanie swojego samopoczucia. Dzięki alkoholowi możliwe staje się uzyskanie ulgi w cierpieniu, tj. redukcja czy też uśmierzenie (tłumienie) napięcia, niepokoju, lęku, poczucia małej wartości, poczucia winy, smutku, a także osiąganie dzięki niemu chwilowej przyjemności i zadowolenia bądź oczekiwanego pobudzenia (okres "nadużywania").

– **Zagubienie** (obecne już są wyraźne objawy uzależnienia) - okres systematycznego regulowania swojego samopoczucia przy pomocy alkoholu, kiedy to staje się on coraz częściej źródłem chwilowego dobrego samopoczucia i zaczyna stopniowo wypierać dotychczasowe źródła przyjemności. W miarę rozwoju uzależnienia stopniowo narasta dezorganizacja życia, jednak alkoholik zdaje się tego nie dostrzegać. Właściwą ocenę sytuacji utrudnia, a często uniemożliwia mu system zaprzeczeń (zakłamania), wykorzystujący psychologiczne mechanizmy obronne. Alkoholik stopniowo przystosowuje się do swojej choroby (uczy się manipulować ludźmi po to, żeby inni robili za niego to czego z powodu picia robić nie może; reorganizuje swoje życie po to, żeby móc pić i ponosić jak najmniej konsekwencji picia; zmienia swój styl życia i zachowania, system wartości i przekonań, rezygnuje z aktywności kolidujących z piciem; zmienia towarzystwo itp.). W końcu picie staje się najważniejszą rzeczą w jego życiu, a alkoholik traci zdolność racjonalnego planowania, działania i rozwiązywania problemów.

– **Rozterka i poszukiwanie pomocy.** Narastająca dezorganizacja życia powoduje, że alkoholik dopuszcza do siebie myśl, że sposób w jaki pije różni się od sposobu picia innych osób. Dodatkowym powodem jest jeszcze fakt, że picie przestaje już przynosić ulgę w cierpieniu. To z kolei zmusza do podejmowania samodzielnych prób ograniczania picia i podsuwa myśli o konieczności poszukiwania pomocy. Przed skorzystaniem z pomocy alkoholik próbuje jednak opanować swoją chorobę przy pomocy "silnej woli" i podejmuje kolejne kroki, których celem jest opanowanie sytuacji. Najczęściej zaczyna od zmiany tempa picia, później stara się ograniczać ilość wypijanego alkoholu, usiłuje ograniczać częstotliwość picia, zmienia rodzaj alkoholu. Cały czas poszukuje sposobów na szybkie pozbycie się objawów abstynencyjnych. Z czasem udaje się mu się uzyskiwać dłuższe przerwy w piciu, ale powrót do alkoholu następuje nieuchronnie, bowiem nie dokonuje on równocześnie żadnych istotnych zmian w swoim życiu. Ten okres kończy się, albo decyzją o skorzystaniu z pomocy i podjęciu leczenia lub/i przystąpienie do samopomocowego programu zdrowienia (np. do Programu Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików), albo dalszym nawarstwianiem się problemów i powikłań prowadzącym do "wypadnięcia" z normalnego życia lub do śmierci.

– **Początek powrotu do zdrowia** - podjęcie i realizacja decyzji o dokonywaniu zmian, które umożliwią funkcjonowanie bez alkoholu. Zmiany te powinny dotyczyć postaw, przekonań, zachowań, przyzwyczajeń, relacji z innymi, a także sposobów przeżywania, odczuwania, reagowania, myślenia itp. Zanim jednak alkoholik zdecyduje się na dokonywanie tych zmian musi uwierzyć w to, że jest chory i zaakceptować ten fakt. Następnie musi uwierzyć, że możliwe jest powstrzymanie się od alkoholu przez dłuższy okres czasu, później nabrać zaufania do siebie oraz zaufać innym, a na koniec - zaryzykować i podjąć działania tj. uczestniczyć w programie terapii uzależnienia i/lub w Programie Dwunastu Kroków AA.

– **Kontynuacja powrotu do zdrowia** polegająca na utrwalaniu uzyskanych zmian (korzystając z pomocy terapeutów), z położeniem szczególnego nacisku na nabywanie umiejętności zapobiegania nawrotowi choroby i/lub pogłębianie znajomości Programu Dwunastu Kroków.

7. Psychologiczne mechanizmy podtrzymujące uzależnienie według koncepcji teoretycznej Jerzego Mellibrudy

Jerzy Mellibruda wyróżnia kilka mechanizmów służących podtrzymaniu uzależnienia (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Należą do nich:

- 1) Mechanizm nałogowego regulowania emocji, który tworzy silne pragnienie alkoholowe i emocjonalną izolację pacjenta od zewnętrznego świata i realiów życia;
- 2) Mechanizm iluzji i zaprzeczenia, który podporządkowuje pracę umysłu pacjenta, jego pragnieniom alkoholowym i powoduje dezorientację uniemożliwiającą poszukiwanie konstruktywnych rozwiązań.
- 3) Mechanizm dezorientacji Ja, który uniemożliwia pacjentowi powstrzymanie picia i konstruktywne kierowanie własnym postępowaniem (tamże).

Obok uzależnienia emocjonalnego oraz uzależnienia intelektualnego w postaci systemu iluzji i zaprzeczeń, pojawia się kolejny mechanizm choroby alkoholowej. Polega on na ekstremalnych skokach w sposobie widzenia i przeżywania samego siebie. W sytuacji osoby uzależnionej od alkoholu sposób widzenia i przeżywania samego siebie jest bardzo zaburzony i niestabilny. Pod wpływem alkoholu ocenia siebie i przeżywa swoją rzeczywistość zwykle w sposób jednoznacznie i przesadnie „pozytywny”. Uważa się np. za człowieka towarzyskiego, przyjacielskiego, zdolnego do wypełniania wszystkich swoich powinności, radosnego i silnego we wszystkich sytuacjach życiowych. Z kolei w fazie trzeźwienia alkoholik przeżywa siebie w sposób diametralnie przeciwny. Doświadcza intensywnego poczucia winy, zawstydzenia, bezradności, słabości. Ma tendencję, by całkowicie przekreślać swoją wartość i przeraża się myślą o przyszłości. Znajduje się w stanie zupełnego załamania, depresji, rozgoryczenia, buntu wobec wszystkich i wobec wszystkiego. Z tego właśnie względu w fazie fizjologicznego trzeźwienia przychodzi najsilniejsza pokusa, by znowu sięgnąć po alkohol i by szybko zapomnieć o tak dotkliwym bólu. Tłumaczy to charakterystyczne dla ludzi uzależnionych picie "ciągami".

Istnieje jeszcze jedno zjawisko, które można zaliczyć do mechanizmów choroby alkoholowej i które umożliwia uzależnionemu trwanie w nałogu. Zjawiskiem tym jest zdolność alkoholika do manipulowania najbliższym otoczeniem, począwszy od osób z kręgu rodzinnego. Celem tej manipulacji jest doprowadzenie do sytuacji, w której uzależniony nadużywa alkoholu, ale konsekwencje tego stanu rzeczy spadają przede wszystkim na inne osoby. W ten sposób alkoholik zapewnia sobie to, co w literaturze przedmiotu nazywa się komfortem picia. Aby osiągnąć ów cel, człowiek uzależniony potrafi posługiwać się kłamstwami, szantażem psychicznym, obietnicami poprawy, wzbudzaniem współczucia, a nawet przemocą fizyczną. Z reguły najbliższe otoczenie

ulega tego typu manipulacjom, nie rozumiejąc zwykle mechanizmów choroby alkoholowej, a także dlatego, że nie potrafią się przeciwstawić jego naciskom czy groźbom.

8. Różnice płci w alkoholizmie

Od dawna zwracano uwagę na odmienność i specyfikę alkoholizowania się kobiet. Zwiększenie liczby problemów alkoholowych w tej populacji spowodowało podjęcie szeregu prac badawczych i analiz teoretycznych. Najczęściej wymienia się następujące różnice związane z płcią, a dotyczące przebiegu i leczenia uzależnienia u kobiet (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006):

1. Kobiety zazwyczaj w późniejszym wieku niż mężczyźni zaczynają nadużywać alkoholu, jednak wśród dziewcząt ujawniają się tendencje do upodabniania się ich stylu picia do stylu picia przez chłopców. W odróżnieniu od mężczyzn, kobiety doświadczają szybciej i więcej negatywnych skutków nadużywania alkoholu i to zarówno w wymiarze biologicznym, psychologicznym, jak i społecznym. Szybkie narastanie negatywnych skutków nadużywania alkoholu określa się jako „teleskopowy rozwój uzależnienia u kobiet”.
2. Występowanie alkoholizmu w rodzinie, choć prawdopodobnie pełni mniejszą rolę w jego powstawaniu niż u mężczyzn, ale jest również istotne. Obciążenia środowiskowe, zaburzenia seksualne, lękowo-depresyjne cechy osobowości i zamieszkiwanie z pijącym partnerem w sposób istotny zwiększają ryzyko uzależnienia się od alkoholu u kobiet.
3. Kobiety, które podejmują leczenie zgłaszają więcej różnorodnych problemów związanych z życiem rodzinnym, osobistym, finansami, pracą zawodową i zdrowiem niż mężczyźni. To właśnie owe problemy stają się często głównym motywem podejmowania leczenia.
4. U kobiet w połączeniu z alkoholizmem w odróżnieniu od mężczyzn występuje więcej problemów psychicznych i emocjonalnych, zwłaszcza związanych z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Mają też zazwyczaj większe poczucie winy i większy krytycyzm wobec uzależnienia niż mężczyźni.
5. Najbardziej znaczącymi zwiastunami pojawienia się problemów alkoholowych u kobiet są: początek nadużywania alkoholu w wieku dorastania, przebywanie w nieformalnym związku z partnerem nadużywającym alkoholu, zaburzenia seksualne i/lub wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, zaburzenia depresyjne i/lub lękowe, przyjmowanie leków i innych substancji psychoaktywnych.
6. Choć jest mało bezpośrednich dowodów dotyczących właściwego doboru celów i metod leczenia w zależności od płci lub typów alkoholizmu, wśród terapeutów panuje zgodność, że u alkoholiczek występują swoiste potrzeby fizyczne oraz społeczne oraz problemy psychologiczne. Stąd też konieczne jest budowanie specjalnych programów leczenia dla kobiet uzależnionych od alkoholu.

9. Typy alkoholizmu u kobiet

Krzysztof Gąsior (2007) wyodrębnił trzy typy (grupy typologiczne) kobiet uzależnionych. Badaniami objęte zostały 144 kobiety z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu leczone w oddziale odwykowym dla kobiet. Badania Gąsiora pokazują, że kobiety w zależności od typu alkoholizmu w odmienny sposób reagują na jednakowy typ terapii:

Uzyskane typy charakteryzowały się następującymi właściwościami (cechami):

- typ 1 (bez obciążeń rodzinnych, podwyższony poziom niepokoju i znaczne nasilenie przedchorobowych cech lękowo-depresyjnych): niewielki stopień obciążeń rodzinnych alkoholizmem, późne zapoczątkowanie nadużywania alkoholu, znaczne nasilenie przedchorobowych cech depresyjno-lękowych, znaczne nasilenie krytycyzmu, podwyższony poziom niepokoju, raczej dobra ocena sytuacji zawodowej, materialnej i rodzinnej, ciąg alkoholowy jako dominujący motyw podejmowania leczenia. Typ ten nazwać można typem alkoholizmu z dominującymi cechami osobowości neurotyczno-depresyjnej.
- typ 2A (obciążenia rodzinne alkoholizmem, wysoki poziom niepokoju i nieprzystosowania oraz znaczne nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych): częste występowanie alkoholizmu w rodzinie, wczesny początek nadużywania alkoholu, znaczne nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych, mały krytycyzm, bardzo wysoki poziom nasilenia niepokoju, zła ocena sytuacji zawodowej, materialnej i rodzinnej, ciągi alkoholowe i psychoza alkoholowa jako dominujące powody podejmowania leczenia. Przedstawiona charakterystyka tego typu wydaje się wskazywać na występowanie u pacjentek tej grupy cech osobowości emocjonalnie chwiejnej (*borderline*), które przejawiają się wysokim poziomem niepokoju, chwiejnością emocjonalną, słabością ego, zmiennością obrazu siebie, zaburzeniami w kontaktach międzyludzkich).
- typ 2B (obciążenia rodzinne alkoholizmem, niski poziom niepokoju i umiarkowane nasilenie przedchorobowych cech socjalnych): częste występowanie alkoholizmu w rodzinie, wczesny początek nadużywania alkoholu, umiarkowane nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych, umiarkowane nasilenie krytycyzmu, małe nasilenie niepokoju, zagrażająca ocena sytuacji zawodowej, materialnej i rodzinnej, ciąg alkoholowy lub nakaz sądowy jako dominujące powody podejmowania leczenia (typ ten nazwać można typem alkoholizmu z dominującymi cechami antisocjalnymi osobowości) (Gąsior, 2005).

10. Wpływ alkoholu na stan zdrowia i funkcjonowanie organizmu kobiety

Alkohol w szczególnie ostry sposób uszkadza centralny i obwodowy układ nerwowy, powodując występowanie wielu chorób nerwowych i psychicznych. Działa też na inne narządy. W zespole uzależnienia alkoholowego spotykane są m.in. powikłania:

- neurologiczne i psychiatryczne, np. uszkodzenia nerwów obwodowych, encefalopatia alkoholowa, padaczka alkoholowa, tępienie alkoholowe, alkoholowy zanik mózdzku, majaczenie drżenne (*delirium tremens*), halucynoza

- alkoholowa, psychoza Korsakowa, obłęd alkoholowy itp.
- internistyczne np. choroby, uszkodzenia wątroby i trzustki, dróg oddechowych itp.
- dermatologiczne np. charakterystyczne przebarwienia skóry, zmiany w naczyniach skórnych, przewlekłe zapalenia spojówek (Falewicz, 1993).

Kobiety są bardziej podatne niż mężczyźni na wiele medycznych skutków spożywania alkoholu. Na przykład u kobiet uzależnionych od alkoholu częściej niż u mężczyzn rozwija się po kilku latach intensywnego picia uszkodzenie mięśnia sercowego spowodowane alkoholem (tzn. kardiomiopatia), oraz uszkodzenie nerwu (tzn. neuropatia obwodowa). Ciężkie formy alkoholowych uszkodzeń wątroby są znacznie częstsze u kobiet niż u mężczyzn, a dochodzi do nich po krótszym niż u mężczyzn okresie intensywnego picia. Przy tej samej dziennej dawce alkoholu, zapalenie trzustki wystąpi szybciej u kobiet niż u mężczyzn. Picie więcej niż jednego drinka dziennie podnosi ryzyko wystąpienia raka sutka (szczególnie picie przed 30 r. ż.), ponieważ alkohol powoduje wzrost stężenia estrogenów. Nie stwierdzono wpływu alkoholu na powstawanie u kobiet innych nowotworów. U dziewcząt w okresie przedpokwitaniowym alkohol powoduje zmniejszenie poziomu hormonu wzrostu i LH. A u kobiet w wieku rozrodczym - zaburzenia cyklu miesięczkowego (brak miesiączek, cykle bezowulacyjne), wzrost stężenia prolaktyny w surowicy krwi, upośledzenie płodności (utrudnienie zajścia w ciążę, samoistne poronienia), upośledzenie rozwoju płodu, a także wcześniejszą menopauzę (Fudała, 2007).

Spożycie alkoholu u kobiet w ciąży zwykle się zmniejsza. Ciąża bywa też motywacją do podjęcia leczenia odwykowego. Częściej spożywają w ciąży alkohol kobiety niezamężne. Szkodliwy wpływ alkoholu na płód, to większe ryzyko poronienia, wyższa umieralność okołoporodowa, a także częstsze występowanie wad wrodzonych. Największe niebezpieczeństwo szkodliwego wpływu na płód występuje w pierwszym trymestrze ciąży. Alkoholowy zespół płodowy stanowi trzecią co do częstości wadę wrodzoną płodu. U dzieci z tą wadą stwierdza się niską wagę urodzeniową, nieprawidłową budowę twarzoczaszki, upośledzenie umysłowe oraz zaburzenia zachowania. Alkoholizm matki ma też wpływ na późniejszy rozwój psychiczny dziecka⁵.

11. Kobięcy model picia

Kobięcy model picia jest bardziej ukryty, co może wynikać z przypisanej kobiecie roli matki i strażniczki ogniska domowego. Zgodnie z przestarzałym, ale powszechnym stereotypem, alkoholiczka to osoba zepsuta moralnie i zaniedbująca swoje powinności społeczne. Kobiety dobrze ubrane, pracujące i odnoszące sukcesy wydają się być poza podejrzeniami. A problem alkoholizmu kobiet nie omija żadnej grupy społecznej czy zawodowej (aczkolwiek grupami szczególnego ryzyka są lesbijki, kobiety wchodzące w konflikt z prawem oraz kobiety bezdomne). Kobiety zaczynają nadużywać alkoholu w późniejszym wieku niż mężczyźni, czynniki dziedziczne odgrywają u nich znacznie mniejszą rolę niż u mężczyzn. O ile mężczyźni częściej piją alkohol w poszukiwaniu stymulacji, to kobiety sięgają po kieliszek z powodu obniżonego nastroju bądź stanów lękowych.

⁵ www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/alkohol1.html

W rodzinach alkoholiczek występuje więcej przypadków chorób afektywnych, samobójstw, zaburzeń osobowości i innych zaburzeń psychicznych. Innym czynnikiem, który może usposabiać do nadużywania alkoholu przez kobiety, jest seksualne wykorzystanie w dzieciństwie. Kobiety rzadziej uczestniczą w libacjach alkoholowych, ciągi alkoholowe trwają u nich krócej, rzadziej też piją przez cały dzień lub rano. Również rzadziej występują u nich palimpsesty i majaczenie alkoholowe. Kobiety najczęściej piją w domu, w samotności, bardzo długo ukrywają swoje uzależnienie. Rzadko tracą pracę z powodu picia alkoholu, a czasem tłumaczą, że alkohol staje się wręcz specyficznym środkiem dopingującym w pracy zawodowej. Odwrotnie niż w przypadku mężczyzn uzależnionych od alkoholu, częściej dochodzi u nich do rozwodów. Z piciem alkoholu nierzadko współistnieją u nich stany depresyjne, zaburzenia lękowe, bulimia psychiczna oraz obniżona samoocena, uczucie wyobcowania lub samotności. Częściej zdarzają się próby samobójcze, częściej też do picia skłaniają je stresujące wydarzenia oraz częściej nadużywają leków psychotropowych (Woydyłło, 2003).

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że kobiety w porównaniu z mężczyznami:

- częściej piją w związku z problemami emocjonalnymi i w ramach kompensacji problemów (mężczyźni - z przyczyn socjalnych),
- częściej cierpią z powodu objawów nerwicowych oraz zaburzeń snu,
- częściej przeżywają poczucie winy, depresję lub stany lękowe,
- częściej piją w związku z sytuacją domową (mężczyźni - z pracą),
- częściej zaczynają pić po traumatyzujących wydarzeniach lub w stresie,
- mogą pić ze względu na wahania nastroju związane ściśle z cyklem miesięczkowym
- piją z powodu samotności (np. gospodynie domowe),
- piją w związku z objawami tzw. zespołu opuszczonego gniazda (zagubienie i samotność spowodowane spadkiem liczby obowiązków po opuszczeniu domu przez dorosłe dzieci),
- częściej nadużywają alkoholu, jeżeli w dzieciństwie były molestowane lub wykorzystywane seksualnie,
- są obciążone większym ryzykiem nadużywania alkoholu, jeżeli występują u nich problemy (lub zaburzenia) seksualne (tamże).
- Istotny wpływ na szybszy rozwój uzależnienia u kobiet oraz na zwracanie się po pomoc mają czynniki socjokulturowe, bowiem w wielu społeczeństwach kobieta:
 - jest osobą odpowiedzialną za dom i wychowanie dziecka, a więc za jakość życia rodzinnego,
 - staje przed innymi niż mężczyzna wymaganiami moralnymi i etycznymi oraz inne są względem niej oczekiwania,
 - nie jest akceptowana jako osoba pijąca, co determinuje staranne ukrywanie picia, późniejsze uświadomienie sobie problemu oraz odwołanie decyzji dotyczącej zwrócenia się po pomoc,
 - szybciej niż mężczyzna wypada z ról społecznych (bardziej widoczne są zaniedbania spowodowane piciem),

- zdarza się że pije w związku z zachowaniami partnera (niejednokrotnie jest to picie z partnerem spowodowane uległością, chęcią niedopuszczenia, żeby się upił itp.),
- szybciej niż mężczyzna jest odrzucana przez otoczenie (tamże).

12. Leczenie alkoholizmu u kobiet

Coraz częstszy jest pogląd, że dla kobiet powinno się opracowywać specjalne programy leczenia uwzględniające specyfikę ich alkoholizmu. Takie programy są tworzone, również w Polsce. Jednak dostępność tych programów jest niewystarczająca, dlatego też alkoholiczki rzadziej się leczą. Na ten fakt ma również wpływ silnie zaznaczone u kobiet poczucie winy i wstydu, obawa przed stygmatyzacją oraz trudności w oderwaniu się od obowiązków rodzinnych. Bywa wręcz tak, że rodzina i przyjaciele sprzeciwiają się podejmowaniu leczenia. Motywem demobilizującym bywa również zazdrość. Kobiety częściej korzystają z innych usług medycznych, ponieważ częściej cierpią na różne zaburzenia somatyczne (gastryczne, ginekologiczne), zaburzenia lękowo-depresyjne, a także częściej nadużywają środków uspokajająco-nasennych lub przeciwbólowych. Dlatego ważne jest prowadzenie badań przesiewowych podczas wizyty lekarskiej i umiejętność wyłaniania osób z problemami alkoholowymi. Pytanie o spożycie alkoholu musi być rutynowym elementem wywiadu lekarskiego. Każdy lekarz (a zwłaszcza lekarz pierwszego kontaktu) powinien również umieć posługiwać się testami przesiewowymi, takimi jak AUDIT, MAST I CAGE. A gdy stwierdzi cechy uzależnienia od alkoholu, musi spróbować zmotywować pacjenta do leczenia i skierować go do odpowiedniego ośrodka (Wasilewski, 2007).

Najpoważniejszymi przeszkodami w leczeniu uzależnionych kobiet są:

- błędne zdiagnozowanie (jako depresja, nerwica itp.),
- obecność, u niektórych z nich, objawów zespołu stresu pourazowego będącego następstwem doświadczanej zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym przemocy seksualnej i fizycznej,
- poczucie wstydu i winy (przyznanie się do alkoholizmu może być traktowane jako świadectwo niepowodzenia w roli matki czy żony),
- obawa przed wykryciem zaniedbywania czy nadużywania swoich dzieci,
- obawa przed utratą (odsunięciem, odebraniem) dzieci,
- sprzeciw rodziny (wstyd przed otoczeniem),
- trudności w zapewnieniu opieki nad dzieckiem (nie mogą ich opuścić, ponieważ wśród bliskich nie ma osoby, która mogłaby zająć się dziećmi na czas leczenia),
- mężowie, przyjaciele lub kochankowie nie pozwalają "swoim kobietom" na udział w terapii, szczególnie gdy terapeutami są mężczyźni,
- pomijanie spraw istotnych dla kobiet; ponieważ większość uczestników grupy terapeutycznej stanowią najczęściej mężczyźni.
- Ponadto kobiety:
 - preferują terapię indywidualną i do tego w warunkach bardziej kameralnych, aby uniknąć społecznego piętna "alkoholiczki",

- mogą unikać ośrodków, w których pracują terapeutki lub w których działają grupy dla kobiet, ponieważ wolą mieć do czynienia z mężczyznami, których uważają za łatwiejszych do manipulowania,
- unikają ośrodków prowadzonych przez mężczyzn, ponieważ w przeszłości padały ich ofiarą (były bite, gwałcone itp.),
- są mniej skłonne niż mężczyźni do dzielenia się z innymi informacją o doświadczanych problemach.

13. Doświadczenia własne z mitingami Anonimowych Alkoholików

Uczestniczyłam w otwartych spotkaniach AA, w grupie Przyjaźń - mitingi tej grupy odbywają się niedzielnymi przedpołudniami, w kościele przy ul. Ks. Br. Markiewicza 6.

Moja pierwsza obecność na spotkaniu tej grupy była dla mnie dużym przeżyciem, głównie ze względu na przyjęcie mnie - obserwatora przez uczestników.

Przybywszy tam kilkanaście minut przed planowanym rozpoczęciem mitingu, pomogłam przy przygotowaniach organizacyjnych do spotkania, ustawiając krzesła, ławki, rozkładając ciastka i kubki na herbatę dla uczestników. Miałam okazję do wstępnych rozmów na temat idei spotkań Anonimowych Alkoholików, słuchając ludzi, którzy z niezwykłą chęcią chcieli się ze mną dzielić wiedzą i doświadczeniami. Później dowiedziałam się, że to dzielenie się doświadczeniem, siłą i nadzieją należy do zasad obowiązujących na mitingach AA. Dostałam od kolportera literatury tego mitingu wiele broszur z serii Biblioteczka *Zdroju* – dwumiesięcznika Wspólnoty Anonimowych Alkoholików, z obietnicą, że mogę na niego liczyć, jeśli będę chciała zgłębiać wiedzę z tego zakresu. Poinformował też przy okazji innych uczestników o kolportażu literatury w AA. Powiedziano mi też o symbolu AA, zawierającym trzy legaty: zdrowienie, jedność, służba, w tym służba wobec nowo przybyłych - skromnych czynnościach jak zaparzenie herbaty czy rozmowa - małych krokach, po to by nowicjusz poczuł się bezpiecznie, by uwierzył, że dzięki AA może przestać pić.

Spotkanie rozpoczęto odczytaniem preambuły oraz obowiązujących zasad. Odczytano 12 tradycji z jednoczesnym przedstawianiem się. Nastąpiła rundka wymiany doświadczeń i przeżyć ostatniego tygodnia, pozwalająca mi na zorientowanie się jak długo w stanie trzeźwości trwają poszczególni uczestnicy.

Po przerwie uczestnicy spotkania dzielili się przemyśleniami na temat drugiej Tradycji AA, odwołując się do korzystania z wymiany doświadczeń, rozmów ze sponsorami.

Spotkanie zakończono *Modlitwą o pogodę ducha* – mieszczącej w sobie sześć kluczowych dla AA pojęć - pojęcie Boga (lub Siły Wyższej), pogody ducha, akceptacji, zmiany, odwagi i mądrości.

Uczestniczyłam w kilku spotkaniach tej grupy, złożonej z mężczyzn i kobiet, dzięki czemu miałam okazję porównać doświadczenia i sposoby przeżywania choroby, w zależności od płci. Okazało się, że wobec kobiecego alkoholizmu dłużej utrzymuje się zmowa milczenia, a zachowanie tłumaczone jest samotnością, kłopotami rodzinnymi albo zdrowotnymi. Mężowie alkoholiczek szybciej je porzucają, odwraca się rodzina, pogrążona w smutku i gniewie, małe dzieci są bezradne, bojąc się o mamę i siebie, mają

poczucie krzywdy i winy jednocześnie, dorosłe dzieci marzą czasem o życiu z daleka od pijącej matki.

Opowieści i przemyślenia kobiet z mitingów pokazywały ich wielką siłę w wychodzeniu z alkoholowego problemu. Słowa jednej z kobiet pamiętam do dziś: „Siłę, odwagę i pewność siebie uzyskujesz dzięki przeżyciom, w których możesz pokonać własny strach. Potem możesz powiedzieć: przeżyłam ten koszmar, przeżyję i następny, jeśli będzie trzeba. Musisz robić to co wydaje ci się niemożliwe.”

Zakończenie

Problem nadużywania alkoholu przez kobiety narasta. Programy terapeutyczne nie są w wystarczający sposób przygotowane do specyfiki alkoholizmu kobiet, choć kobiety coraz częściej przełamują różnorodne psychiczne, mentalne i środowiskowe bariery i podejmują terapię. Nie ma odrębnego alkoholizmu kobiet i mężczyzn, ale są różnorodne specyficzne problemy związane z powstawaniem i przebiegiem alkoholizmu w zależności od płci. Uwzględnienie tych problemów jak i typów alkoholizmu, wyjście naprzeciw owym szczególnym potrzebom pojawiającym się wśród uzależnionych kobiet, zwiększy skuteczność oddziaływań leczniczych.

Bibliografia

- Biblioteczka ZDROJU 1 „Grzech czy choroba?” (2009). Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce.
- Dziewiecki M. (2000). Nowe przesłanie nadziei: podręcznik duszpasterstwa trzeźwości, Warszawa: PARPA.
- Falewicz J. (1993). ABC problemów alkoholowych, Warszawa: PARPA.
- Fudała J. (2007). Kobiety i alkohol, Warszawa: PARPAMEDIA.
- Gaś Z. (1993). Rodzina a uzależnienia. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej w Lublinie.
- Gąsior, K. (2005) Typy alkoholizmu u kobiet. Alkoholizm i narkomania. t. 18, nr 1-2, s. 39-56.
- Kasperowicz-Dąbrowiecka, A. (2003). Różnice płci w alkoholizmie. KOSMOS. Problemy Nauk Biologicznych. 52, nr 1. S. 83-86
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2006). Integracyjna psychoterapia uzależnień Warszawa: IPZ.
- Sztander W., (1993). Rodzina z problemem alkoholowym, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Ślaski, S. (2001). Psychoterapia uzależnień. Płock: SWPW.
- Wasilewski D. (2007). Kobieta i alkohol, PSYCHE. INFO Magazyn o Zdrowiu Psychicznym, nr 3/4, s. 12-16
- Woronowicz B.T. (1993), Alkoholizm jako choroba, Warszawa: PARPA.
- Woronowicz, B. T. (2009) Uzależnienia, Wyd. Media Rodzina & Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Woydyło, E. (2005) Sekrety kobiet, Warszawa: Wyd. Literackie.
- www.alkoholizm.akcjasos.pl/116.php
- www.abcalkoholizm.pl/fazy-alkoholizmu
- www.alkoholizm.eu/?sel=etapy
- www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/alkohol1.html