

## Teoretyczne wyjaśnienia picia kontrolowanego

Theoretical explanations for controlled drinking

**Harold Rosenberg**

Psychology Department, Bowling Green State University, Bowling Green, OH, USA

Z badań prowadzonych na świecie wynika, że niektóre osoby uzależnione od alkoholu lub pijące w sposób szkodliwy są w stanie ograniczyć lub kontrolować swoje picie, chociaż często ta umiarkowana konsumpcja bywa przeplatana okresami zarówno abstynencji, jak i picia problemowego (1, 2). Z badań ewaluacyjnych nad rezultatami leczenia wynika, że w zdobyciu umiejętności kontrolowanego picia mogą pomóc takie interwencje terapeutyczne, jak behawioralny trening samokontroli (3, 4) czy też terapia ekspozycji na sygnał (5, 6). Jak wskazują badania na próbach osób nieleczonych, picie kontrolowane jest często spotykanym wzorem konsumpcji w przypadku osób, które przezwyciężyły problemy alkoholowe samodzielnie, bez udziału profesjonalistów (7). Predyktorami powrotu do umiarkowanego picia są takie cechy osób pijących problemowo, jak mniejsze zaangażowanie uzależnienia, dobre funkcjonowanie psychospołeczne oraz przekonanie o możliwości kontrolowania własnej konsumpcji alkoholu i decyzja o podjęciu takiej próby (8, 9, 10). Ciągłe jednak zjawisko picia kontrolowanego wzbudza wiele kontrowersji, przede wszystkim ze względu na sprzeczność z amerykańskim modelem uzależnienia jako choroby, rozpowszechnionym w drugiej połowie XX wieku. Model ten zakłada, że osoba uzależniona nie jest w stanie uzyskać realnej kontroli nad własnym piciem, ponieważ wszyscy alkoholicy mają wrodzone lub nabyte deficyty mózgu. Pomimo pewnego uroku, ten „mit o jednorodności alkoholizmu” stoi w sprzeczności z dowodami empirycznymi wskazującymi na istnienie różnorodnej etiologii problemowego picia i syndromu jego przejawów

Tłumaczenie z języka angielskiego Justyna Klingemann

Tłumaczenie rozdziału, autorstwa H. Rosenberga: Theoretical explanations for controlled drinking, z raportu pt. *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (Bern, Dezerber 2004, No F03-90, 51–60). Raport został przygotowany na zlecenie Federalnego Urzędu ds Zdrowia (Bundesamts für Gesundheit) w Szwajcarii, we współpracy z Federalną Komisją ds Problemów Alkoholowych (Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen). Autorzy raportu: H. Klingemann, R. Room, H. Rosenberg, S. Schatzmann, L. Sobell i M. Sobell.

i skutków (*symptom clusters*) oraz wielu sposobów przewycięzania tych problemów, włączając w to picie umiarkowane (2, 11). Naukowcy i klinicyści ciągle dyskutują na temat różnorodnych czynników wpływających na inicjację alkoholową oraz rozwój i utrzymywanie się picia problemowego, takich jak zasady uczenia się (*learning principles*), składniki poznawcze (wspomnienia, przekonania), rodzaje osobowości (*personality styles*), mechanizmy mózgowe (*brain mechanisms*), wartości i reguły kulturowe oraz otoczenie osoby używającej alkoholu (12).

Przedstawione w artykule koncepcje teoretyczne pozwalają nam zrozumieć, dlaczego znaczna część osób używających alkoholu w sposób problemowy jest w stanie ograniczyć jego konsumpcję i jak to się dzieje, że wiele czynników sprzyjających rozwojowi picia problemowego to również czynniki sprzyjające procesowi zdrowienia – bez względu na to czy dana osoba dąży do abstynencji czy do picia kontrolowanego.

## 1. Zasady uczenia się

Warunkowanie instrumentalne wyjaśnia zachowanie w kategoriach bodźców dyskryminacyjnych, stwarzających przeszczeń dla reakcji wolicjonalnych, których prawdopodobieństwo rośnie jeśli są nagradzane, a maleje jeśli są karane. Bodźce dyskryminacyjne to sygnały o charakterze środowiskowym, emocjonalnym i somatycznym, które zwiastują sposobność picia i zwiększają prawdopodobieństwo wzmocnienia tego zachowania. W przypadku osób, u których rozwija się problem alkoholowy, intoksykacja może stanowić zarówno wzmocnienie pozytywne (przykładowo poprzez nasilenie pożądanego stanu emocjonalnego), jak i negatywne (przykładowo poprzez wytchnienie od niepożądanych stanów emocjonalnych: lęków społecznych, smutku, gniewu czy frustracji czy też nieprzyjemnych składników poznawczych: negatywnej samooceny, przykrych wspomnień i bólu fizycznego). Przy nadmiernym picu nagrody są zwykle natychmiastowe i bardziej przewidywalne niż przychodzące z opóźnieniem kary. Nadmierne picie zdarza się z większym prawdopodobieństwem wśród osób, u których kary występują z opóźnieniem lub wydają się niewielkie w porównaniu z nagrodami. Jak wynika z badań nad procesami uczenia się, zachowania nagradzane i karane w sposób nieregularny są szczególnie odporne na wygaszanie. Paradoksalnie, jeśli intra- lub interpersonalne nagrody płynące z nadmiernego picia są doświadczane tylko okresowo, następuje eskalacja i trwanie w nadmiernym picu przy oczywistym braku regularnych wzmocnień.

Z tej perspektywy picie umiarkowane mogłoby być wyjaśnione, przynajmniej częściowo, jako funkcja zmiany bodźców dyskryminacyjnych – środowisk picia. Jeśli dana osoba unika kontekstu społecznego, w którym nadmierne picie jest modelowane i wzmocniane, a zamiast tego używa alkoholu w otoczeniu, w którym umiarkowane picie jest nagradzane, a nadmierne – karane, to umiarkowane spożycie może zastąpić nadużywanie alkoholu. Ponadto, jeśli osoba pijąca problemowo wykształci inne sposoby radzenia sobie z trudnymi emocjami, natrętnymi myślami i bólem fizycznym, nadmierne picie przestanie pełnić te same funkcje i nie będzie

już doświadczane jako nagradzające. Umiarkowane używanie alkoholu, a tym samym obniżająca się tolerancja, sprawia, że dana osoba przestaje zabiegać o nagradzające efekty spożycia dużej ilości alkoholu.

Innym istotnym elementem teorii uczenia się jest nauka poprzez obserwację. Oznacza to, że uczymy się obserwując zachowania innych osób oraz ich konsekwencje. Przykładowo uczymy się jak, gdzie i kiedy pić alkohol, przynajmniej częściowo przez obserwowanie znaczących dla nas osób. Z tej perspektywy picie kontrolowane może być osiągnięte przez zmianę otoczenia osoby pijącej, a tym samym przez szansę obserwowania i naśladowania wzorów picia towarzyskiego. Podobnie, uczęszczanie na spotkania grup AA umożliwi poznanie osób (*models*) utrzymujących abstynencję – jeśli dana osoba podejmie decyzję o zaprzestaniu picia, może naśladować zachowanie członków wspólnoty AA.

Warunkowanie klasyczne może zostać wykorzystane do wyjaśnienia, dlaczego niektóre osoby pijące problemowo w przeszłości były w stanie ograniczyć swoją konsumpcję. Koncepcja ta zakłada, że w miarę upływu czasu dana grupa sygnałów zostaje skojarzona z chęcią picia ponad miarę. W efekcie, osoba z długą historią używania alkoholu może odczuwać głód alkoholowy, jeśli zostanie wystawiona na sygnały skojarzone z przyjemnymi skutkami intoksykacji lub też z piciem przynoszącym ulgę czy zmniejszenie objawów abstynencyjnych. Takimi sygnałami mogą być: miejsca, w których alkohol się kupuje lub pije; doświadczanie określonych stanów emocjonalnych; przebywanie w towarzystwie innych osób pijących nadmiernie; widok, zapach czy wspomnienie ulubionego alkoholu; zapalenie papierosa, a także najbardziej oczywisty sygnał – napięcie się alkoholu. Jeśli jednak powtarzająca się ekspozycja na takie sygnały nie będzie pociągać za sobą wyuczonej reakcji na nie, relacja pomiędzy doświadczaniem tych sygnałów, głodem alkoholowym i nadmiernym piciem zostanie osłabiona.

Uczestnicząc w terapii ekspozycji na sygnał oraz doświadczając w życiu codziennym podobnych sytuacji, osoba pijąca problemowo w przeszłości uczy się, że chęć kontynuowania picia, nawet po kilku drinkach, słabnie w miarę upływu czasu i w miarę zdobywania nowych umiejętności radzenia sobie w takich sytuacjach. Zgodnie z koncepcją warunkowania klasycznego, jeśli zostaną wygaszone głód alkoholowy i nadmierne używanie alkoholu, to picie umiarkowane będzie możliwe. Aczkolwiek – zgodnie z teorią poznawczą – w kontrolowaniu picia istotne jest też zwiększające się poczucie własnej skuteczności. Jeśli powtarzająca się ekspozycja na sygnały wywołujące głód alkoholowy nie będzie prowadzić do nadmiernego picia, zwiększy się wewnętrzne przekonanie danej osoby, że nawet po jednym czy kilku drinkach, potrafi zapanować nad chęcią kontynuowania picia i przekroczenia założonych limitów.

## 2. Zachowanie zautomatyzowane

Uznając używanie substancji za przykład zachowań wyuczonych (*over-learned behaviors*) możemy wyjaśnić stan głodu alkoholowego, zjawisko nawrotu oraz picie kontrolowane (13). Koncepcja ta zakłada, że w określonym czasie ludzie

uczają się względnie złożonych zachowań i odtwarzają je w ściśle zdefiniowanych warunkach, wykorzystując swoje zasoby poznawcze tylko w niewielkim stopniu. Przykładem takich zautomatyzowanych zachowań (*automaticity of behavior*) jest prowadzenie samochodu, jazda na rowerze, czytanie, pisanie bezwzrokowe czy używanie substancji. Pomimo że wszystkie te zachowania składają się z łańcuchów następujących po sobie czynności, których wyuczenie początkowo pochłania wiele wysiłku, po latach treningu czynności te w pewnych sytuacjach stają się zautomatyzowane – efektywne, skoordynowane i angażujące świadomość tylko w niewielkim stopniu. Jednocześnie te same zachowania wymagają znacznego wysiłku i uwagi w szczególnych okolicznościach – przykładem może być prowadzenie auta w czasie burzy śnieżnej czy czytanie książki przy głośnej muzyce. Tiffany (13) nie odnosi się do tych kwestii wprost, lecz jedną z implikacji jego modelu jest to, że osoby nadużywające alkoholu są w stanie przełamać wyuczony, „zautomatyzowany” wzór picia i wykształcić nowy nawyk – zgodny z wzorem picia kontrolowanego. Zmiana starego „zautomatyzowanego” wzoru zachowania będzie zadaniem wymagającym wiele wysiłku, do czasu kiedy nowe, wyuczone i wystarczająco dobrze przeciwiczone zachowanie (w tym przypadku picie kontrolowane) stanie się zautomatyzowane.

### 3. Modele poznawcze

Oczekiwania dotyczące następstw picia stanowią zbiór przekonań danej osoby na temat pozytywnych/pożądanych oraz negatywnych/niepożądanych rezultatów picia (14). Oczekiwania te wyjaśniają nie tylko inicjację alkoholową czy kontynuowanie picia, ale też powstrzymywanie się od picia. Niektórzy ludzie piją nadmiernie, ponieważ wierzą, że ułatwia im to nawiązywanie kontaktów czy zwiększa ich sprawność seksualną (15). Inni rezygnują z używania alkoholu, ponieważ przewidują, że intensywne picie może mieć negatywny wpływ na ich zdrowie, koncentrację, stan psychiczny, może też prowadzić do utraty szacunku dla samego siebie (16). Takie przekonania powstają w wyniku obserwacji innych osób używających alkoholu (zarówno w życiu codziennym, jak i w mediach) oraz reminiscencji lub antycypacji konsekwencji własnego picia. Przekonania lub oczekiwania dotyczące picia zależą też od ilości i rodzaju wypijanego alkoholu (piwo, wino, napoje spirytusowe) (17, 18). Można, na przykład, oczekiwać pożądanych efektów umiarkowanego picia wina czy piwa, a jednocześnie przewidywać negatywne efekty nadmiernego picia wódki. Istotny jest też kontekst picia – miejsce i osoby, z którymi pije się alkohol – dana osoba może oczekiwać więcej przyjemności z picia wódki z przyjaciółmi, niż z kieliszka sherry z babcią w niedzielne popołudnie.

Badania wskazują na występowanie istotnego związku pomiędzy pozytywnymi oczekiwaniami dotyczącymi rezultatu i intensywnym piciem oraz pomiędzy negatywnymi oczekiwaniami i powstrzymywaniem się od konsumpcji alkoholu. Osoby używające alkoholu w sposób problemowy z większym prawdopodobieństwem

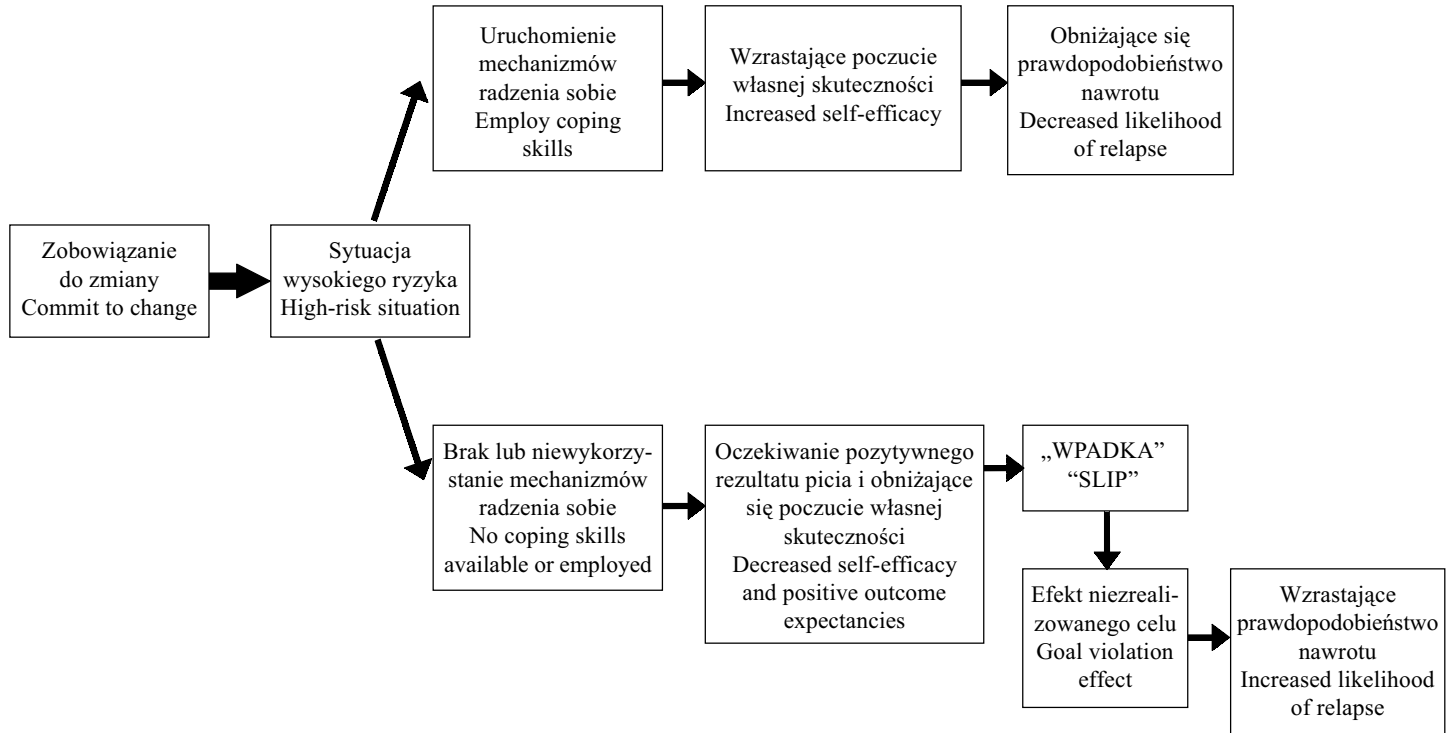
stwem zdobędą umiejętność picia umiarkowanego, jeśli uda im się zastąpić wyolbrzymione, pozytywne oczekiwania wobec nadmiernego picia, realistycznymi oczekiwaniami dotyczącymi picia umiarkowanego oraz negatywnych konsekwencji picia nadmiernego. Podejście poznawcze kładzie również nacisk na wagę „ja”, tożsamości czy też roli. Role, które podejmujemy w życiu rodzinnym, zawodowym i w czasie wolnym mają wpływ na nasze zachowanie. Zależać będzie ono też od tego, czy dana osoba wejdzie w rolę „alkoholika” czy „przeciętnego konsumenta alkoholu”. (...) W ramach tej perspektywy teoretycznej umiejętność picia kontrolowanego jest ściśle związana ze zmianą tożsamości czy też roli – z „niekontrolującego się alkoholika” na „osobę pijącą umiarkowanie”.

#### **4. Podejście zintegrowane**

*Poznawczo-behawioralny model nawrotu Marlatta zaadaptowany w celu wyjaśnienia zjawiska picia kontrolowanego*

Przyjmując założenia społecznej teorii uczenia się oraz wykorzystując wyniki badań, które wskazują na wpływ osobistych przekonań oraz uwarunkowań środowiskowych na konsumpcję alkoholu, Marlatt stworzył jeden z najbardziej znaczących modeli teoretycznych odnoszących się do zjawiska nawrotu w uzależnieniach (19). Model poznawczo-behawioralny Marlatta opisuje dwa związane ze sobą procesy: a) trwanie przez niektóre osoby w abstynencji lub też utrzymywanie umiarkowanego, nieszkodliwego poziomu konsumpcji alkoholu, b) doświadczanie przez inne osoby nawrotu i powracanie do picia szkodliwego. Pomimo że model ten został stworzony w celu opisanego zjawiska nawrotu w abstynencji, wykorzystamy go do opisanego wyzwania, przed jakimi stają osoby, których celem jest nie abstynencja, ale picie kontrolowane.

Zakładamy, że osoba doświadczająca problemów z alkoholem zobowiązuje się do utrzymywania poziomu picia umiarkowanego lub abstynencji, przy czym zobowiązanie to może być wynikiem przebytego leczenia, uczestnictwa w spotkaniach grup samopomocowych lub też decyzji podjętej w procesie samodzielnego wychodzenia z uzależnienia. Istotną cechą tego modelu (rys. 1) jest założenie, że po pewnym okresie umiarkowanego picia lub abstynencji dana osoba doświadczy sytuacji wysokiego ryzyka, zagrażającej podjętemu zobowiązaniu, np. przez pokusę wypicia powyżej limitu, do którego się zobowiązała. Sytuacje wysokiego ryzyka związane są ze specyficznymi miejscami ( impreza, bar), konkretnymi osobami („koledzy od kieliszka”), presją społeczną (np. zabawy przy kieliszku) oraz z określonymi stanami emocjonalnymi (frustracja, gniew, przygnębienie, lęk, radość, chęć uczczenia jakiegoś wydarzenia). Każda okoliczność, myśl czy emocja, która wywołuje chęć przekroczenia założonego limitu konsumpcji alkoholu jest sytuacją wysokiego ryzyka. Są one „normalne” – doświadczą ich w pewnym momencie swojego życia niemalże każda osoba, która podjęła zobowiązanie ograniczenia konsumpcji alkoholu. Ważne jest, jak dana osoba radzi sobie w sytuacji



Rys. 1.  
Poznawczo-behavioralny model nawrotu Marlatta (19)  
Marlatt's Cognitive-Behavioral Model of Relapse (19)

wysokiego ryzyka. Niektóre osoby uruchomią mechanizmy czy strategię radzenia sobie. Strategią radzenia sobie jest wszystko to, co dana osoba pomyślała, powiedziała lub zrobiła, aby zredukować ryzyko i utrzymać zobowiązanie: zamówienie napoju bezalkoholowego, odrzucenie propozycji kolejnego drinka czy pójście na spacer. Zgodnie z modelem Marlatta uruchomienie mechanizmów radzenia sobie w sytuacji wysokiego ryzyka zwiększa poczucie własnej skuteczności, które definiowane jest jako przekonanie danej osoby, że w określonych okolicznościach uda jej się zachować w określony sposób. W tym konkretnym przypadku, poczucie własnej skuteczności odnosi się do wiary we własną zdolność powstrzymania się od alkoholu lub utrzymania kontroli nad własnym pićciem. Radzenie sobie w sytuacji wysokiego ryzyka daje danej osobie poczucie, że jest ona w stanie odrzucić pokusę przekroczenia limitów konsumpcji alkoholu, do których się zobowiązała. Zgodnie z modelem Marlatta uruchomienie mechanizmów radzenia sobie i wynikający z tego wzrost poczucia własnej skuteczności sprzyja prawdopodobieństwu wytrwania w zobowiązaniu do utrzymywania poziomu picia umiarkowanego lub abstynencji. (...)

Inaczej dzieje się w przypadku osób, które nie mają odpowiednich umiejętności radzenia sobie w sytuacji wysokiego ryzyka albo podejmują decyzję o niewykorzystaniu tych umiejętności. Przykładem takiej sytuacji może być poddanie się presji otoczenia i złamanie abstynencji lub przekroczenie limitów picia czy też picie jako remedium na przygnębienie lub samotność. Może się też zdarzyć, że dla danej osoby w danej sytuacji większe znaczenie ma dostosowanie się do poziomu picia w grupie osób intensywnie pijących, niż wywiązanie się z zobowiązania do utrzymania abstynencji lub do picia umiarkowanego. Jeśli nie poradziła sobie w sytuacji wysokiego ryzyka, skutkuje to spadkiem poczucia własnej skuteczności – obniża się przekonanie o zdolności kontrolowania własnego picia. Osoba taka traci poczucie, że w takiej samej lub podobnej sytuacji byłaby w stanie odrzucić pokusę picia nieumiarkowanego. Ponadto, pozytywne oczekiwania dotyczące następstw picia stają się bardziej wyraźne. Jeśli osoba ta jest coraz mniej przekonana co do własnych zdolności kontrolowania picia i jednocześnie wierzy, że przekroczenie limitu picia jest odpowiednim sposobem radzenia sobie w sytuacji wysokiego ryzyka, to zwiększa się prawdopodobieństwo „wpadki”.

„Wpadka” może zostać zdefiniowana jako jednorazowe spożycie ilości alkoholu przekraczającej założony limit. „Wpadka” nie jest nawrotem, ale sposób w jaki dana osoba ją zinterpretuje ma istotne znaczenie. Jeśli towarzyszy jej uczucie wstydu i poczucie winy oraz przekonanie o braku umiejętności kontrolowania picia, to może zrezygnować z prób ograniczenia własnej konsumpcji i pić nadmiernie. Natomiast interpretacja „wpadki” jako okazji do nauczenia się czegoś o okolicznościach, które prowadzą do nadmiernego picia i wyciągnięcie z tego doświadczenia wniosków na przyszłość, może prowadzić do utrzymania poziomu picia umiarkowanego. Kluczowym momentem jest umiejętność zatrzymania się po „wpadce” – powrót do poziomu picia umiarkowanego lub do abstynencji – zanim dojdzie do pełnoobjawowego nawrotu. Model Marlatta sugeruje, że

utrzymaniu umiarkowanego, nieszkodliwego poziomu konsumpcji alkoholu sprzyja unikanie sytuacji wysokiego ryzyka, zdobycie i umiejętne wykorzystywanie zdolności radzenia sobie, zwiększające się poczucie własnej skuteczności w kontrolowaniu picia oraz interpretowanie „wpadek” jako zdarzeń całkiem prawdopodobnych i okazji do nauczenia się czegoś więcej o sobie, a nie jako dowodów utraty kontroli nad alkoholem.

## 5. Podejście psychoanalityczne

Koncepcja psychoanalityczna, wykorzystywana rzadziej niż modele poznawcze i behawioralne, dostarcza również możliwości wyjaśnienia zjawiska picia kontrolowanego. Psychoanalicy traktowali uzależnienie jako zjawisko samoleczenia emocji (*self-medication of emotions*) (20), jako szczególny przypadek nerwicy natręctw (*compulsion neurosis*) (21) lub jako nieświadomy wysiłek zapanowania nad bezradnością i samotnością (22). Według Johnsona picie może stać się przeciwwagą dla doświadczeń z dzieciństwa, przepełnionych poczuciem bezradności – sposobem na odzyskanie kontroli i ograniczenie gniewu. „Podejmując decyzję o powrocie do nałogu, jednostka przestaje odczuwać bezradność, odzyskuje kontrolę oraz poczucie, że posiada zdolność zmiany swojego stanu emocjonalnego” (22:140). Proces zmiany rozpoczyna się w momencie, w którym – w rezultacie przebytego leczenia lub samowyleczenia – dana osoba uświadamia sobie, że używanie substancji świadczy o jej nieprzystosowaniu i zaczyna bardziej realistycznie postrzegać negatywne konsekwencje idealizowanych wcześniej wzorów zachowań nałogowych. Teoretycznie jednostka jest w stanie kontrolować swoje picie od chwili rozwiązania konfliktu będącego jego przyczyną – alkohol przestaje spełniać te same funkcje co w przeszłości. Oznacza to, że osoba pijąca problemowo może zacząć pić umiarkowanie lub utrzymywać abstynencję od momentu, w którym przestanie używać alkoholu dla kontrolowania i regulowania swoich emocji.

## Wnioski

Modele psychologiczne wyjaśniają zarówno rozwój picia problemowego, jak i drogi, którymi osoby nadużywające alkoholu dochodzą do poziomu picia umiarkowanego. Modele te nie wykluczają się wzajemnie, a niektóre z przedstawionych mechanizmów opisują zmianę zachowania zarówno na poziomie indywidualnym, jak i na poziomie populacji osób używających alkoholu w sposób kontrolowany. Ponadto wydaje się, że przy próbach wyjaśnienia zjawiska picia kontrolowanego, należałoby wziąć również pod uwagę rolę neurochemii. Na przykład, skuteczność naltreksonu (antagonisty receptora opioidowego) w ograniczaniu głodu alkoholowego i nadmiernego picia wśród niektórych osób uzależnionych od alkoholu (23, 24) wskazuje, że zmiana składu chemicznego systemu nagród w mózgu ma



znaczenie w etiologii i utrzymywaniu picia kontrolowanego. Integracja tych modeli ma szansę dostarczyć nowych wyjaśnień tego ważnego i interesującego z perspektywy klinicznej zjawiska.

## Piśmiennictwo

1. Dawson DA (1996) Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 20, 771–779.
2. Sartor CE, Jacob T, Bucholz KK (2003) Drinking course in alcohol-dependent men from adolescence to midlife. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 712–719.
3. Hester RK, Miller WR (1989) Self-control training. W: Hester RK, Miller WR (red.) *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Boston: Allyn and Bacon, 141–149.
4. Walters GD (2000) Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31, 135–149.
5. Heather N, Tebbutt JS, Greeley JD (1993) Alcohol cue exposure directed at a goal of moderate drinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 187–195.
6. Sitharthan T, Sitharthan G, Hough MJ, Kavanagh DJ (1997) Cue exposure in moderation drinking: A comparison with cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 878–882.
7. Sobell LC, Cunningham J, Sobell MB (1996) Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86, 966–972.
8. Elal-Lawrence G, Slade PD, Dewey ME (1986) Predictors of outcome type in treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 41–47.
9. Heather N, Robertson I (1981) *Controlled drinking*. New York: Methuen.
10. Rosenberg H (1993) Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129–139.
11. Dawe S, Rees VW, Mattick R, Sitharthan T, Heather N (2002) Efficacy of moderation-oriented cue exposure for problem drinkers: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1045–1050.
12. Orford J (2001) Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96, 15–33.
13. Tiffany ST (1990) A cognitive model of drug urges and drug use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97, 147–168.
14. Goldman MS (1994) The alcohol expectancy concept: Applications to assessment, prevention, and treatment of alcohol abuse. *Applied & Preventive Psychology*, 3, 131–144.
15. Fromme K, Stroot EA, Kaplan D (1993) Comprehensive effects of alcohol: Development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. *Psychological Assessment*, 5, 19–26.
16. McMahon J, Jones BT, O'Donnell P (1994) Comparing positive and negative alcohol expectancies in male and female social drinkers. *Addiction Research*, 1, 349–365.
17. Carey KB, Johnson BT (1994) The structure of attitudes toward alcohol: Specific beverages differ from generic alcohol. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 70–75.
18. Guarna J, Rosenberg H (2000) Influence of dose and beverage type instructions on alcohol outcome expectancies of DUI offenders. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 341–344.
19. Marlatt GA, Gordon JR (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
20. Khantzian EJ (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent application. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231–244.

21. Dodes LM (1996) Compulsion and addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 815–835.
22. Johnson B (2002) Psychological addiction, physical addiction, addictive character, and addictive personality disorder: A nosology of addictive disorders. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 11, 135–160.
23. Rubio G, Manzanares J, Lopez-Munoz F, Alamo C, Ponce G, Jimenez-Arriero M, Palomo T (2002) Naltrexone improves outcome of a controlled drinking program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23 (4), 361–366.
24. Sinclair JD (2001) Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*, 36, 2–10.

Adres do korespondencji  
Harold Rosenberg  
Department of Psychology  
Bowling Green State University  
Bowling Green, OH 43403, USA  
tel. 419 372 7255, fax 419 372 6013  
e-mail: hrosenb@bgnet.bgsu.edu

otrzymano: 26.01.07  
przyjęto do druku: 28.02.07