



Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu

Predictors of treatment completion in alcohol dependent males and females

JAN CHODKIEWICZ

Z Zakładu Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

STRESZCZENIE

Cel. Większość badań prowadzonych wśród osób uzależnionych od alkoholu koncentruje się na mężczyznach, pomimo doniesień wskazujących na różnice pomiędzy płciami w zakresie licznych zmiennych związanych z rozwojem problemów alkoholowych i motywacją do leczenia. Celem przedstawianych badań było zidentyfikowanie czynników prognostycznych dla ukończenia terapii przez uzależnionych od alkoholu mężczyzn i kobiety.

Metoda. Badaniami – na początku ambulatoryjnego leczenia odwykowego objęto 194 mężczyzn i 94 kobiety uzależnione od alkoholu. Do obszaru zmiennych, których wpływ na zakończenie leczenia analizowano, włączono zmienne związane z natężeniem odczuwanego stresu i strategiami radzenia sobie ze stresem, związane z przekonaniami i oczekiwaniami (poczucie własnej skuteczności, wartości, dyspozycyjny optymizm, akceptacja uzależnienia jako choroby, poczucie satysfakcji życiowej, poczucie wartości przypisywanej własnemu zdrowiu) oraz zmienne związane z przeżywanymi emocjami (kontrola emocji lęku, gniewu, depresji, poziom lęku jako stanu i cechy). Zastosowano analizę dyskryminacyjną – procedurę krokową opartą na minimalizowaniu wskaźnika lambda Wilksa.

Wyniki. Ustalono 9 czynników prognostycznych dla ukończenia terapii przez mężczyzn i 14 dla kobiet. Ukończenie terapii w obydwu grupach związane jest z rzadkim stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem polegającej na powstrzymaniu się od działania, częstym stosowaniem strategii pozytywnego przewartościowania oraz niskim poziomem lęku jako stanu i ujawnianiem tej emocji. W grupie kobiet potwierdzono znaczenie dyspozycyjnego optymizmu, poczucia satysfakcji życiowej i własnej skuteczności, a w grupie mężczyzn poczucia własnej wartości oraz natężenia odczuwanego stresu.

Wnioski. Istnieją znaczące różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami odnośnie szeregu czynników predykcyjnych ukończenia terapii. Nagromadzenie negatywnych czynników prognostycznych u pacjentów powinno być impulsem do dokładnej diagnozy oraz udzielania im szczegółowej pomocy psychologicznej.

SUMMARY

Objectives. Despite reports indicating gender differences in numerous variables related to the development of alcohol problems and to treatment motivation, a majority of studies on alcohol dependence are focused on men. The aim of this study was to identify factors prognostic for treatment completion by alcohol dependent men and women.

Methods. Participants in the study were alcohol dependent patients (194 men and 94 women) starting an outpatient alcohol treatment programme. The following variables were analysed as possibly related to treatment completion: experienced stress severity, coping strategies, the patient's beliefs and expectations (self efficacy, values, dispositional optimism, perceiving alcohol dependence as a disease, life satisfaction, valuation of own health), as well as variables related to experienced emotions (emotional control over anxiety, anger, depression; state and trait anxiety). Stepwise discriminatory analysis based on the Wilks λ minimisation was used.

Results. Nine factors prognostic for treatment completion by men and women were found. In both groups treatment completion was related to the use of two coping strategies: refraining from activity (seldom), and positive reframing (often). Moreover, it was related to low levels of both anxiety and this emotion manifesting. In the female group the role of dispositional optimism, life satisfaction and self-efficacy was confirmed, while in men – the importance of self-esteem and severity of experienced stress.

Conclusions. There are significant gender differences regarding a number of factors that predict treatment completion. Accumulation of negative prognostic factors in a patient should indicate that a thorough diagnosis and comprehensive psychological help are needed in such a case.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu / ukończenie terapii / różnice między mężczyznami i kobietami

Key words: alcohol dependency / treatment completion / gender differences

Płeć znacząco różnicuje zachowania związane z pićm alkoholi. Potoczna obserwacja wskazuje, że społeczny odbiór picia przez mężczyzn i kobiety jest odmienny, a wiele badań zwraca uwagę na istotne różnice pomiędzy płciami w zakresie ilości spożywanego alkoholu, sposobu picia, następstw zdrowotnych, czynników

predykcyjnych związanych z rozwojem problemów alkoholowych oraz motywacji do podjęcia leczenia odwykowego [1, 2, 3, 4, 5].

Pomimo tych różnic przez wiele lat w małym stopniu interesowano się uzależnionymi od alkoholu kobietami. Większość badań prowadzona była na mężczyznach,

a ich wyniki uogólniano na całą populację osób z problemami alkoholowymi. Również terapia prowadzona była wg ujednoczonych zasad. Przyczynił się do tego z pewnością fakt, iż wśród uzależnionych jest 3 do 4 razy więcej mężczyzn niż kobiet [6].

W ostatnim czasie przedmiotem ożywionych dyskusji jest wśród badaczy problemu kwestia dostosowywania sposobu prowadzenia terapii do indywidualnych cech pacjentów, aby w ten sposób poprawić skuteczność oddziaływań. Wyniki badań w tej materii są jednak niejednoznaczne – zarówno w odniesieniu do cech psychologicznych różnicujących pacjentów, jak i płci [7, 8]. Zwraca się jednak uwagę na konieczność podejścia wielowymiarowego, a więc uwzględnianie w badaniach zespołu cech charakteryzujących pacjentów zamiast porównywania pojedynczych czynników [2].

W prowadzonych od wielu lat badaniach nad czynnikami, które mogą odgrywać istotną rolę w powstawaniu i leczeniu uzależnienia od alkoholu mniejsze znaczenie przypisywano zmiennym, uważanym przez psychologię zdrowia za istotnie wpływające na funkcjonowanie człowieka w zdrowiu i chorobie. Chodzi tu o zasoby osobiste, a więc czynniki, które: „mogą wspomagać jednostkę w jej wysiłkach opanowania, redukcji, czy – ogólnie mówiąc – podołania wymaganiom stresującej transakcji ze światem” [9]. Za ważne zasoby uważa się m.in. sposoby radzenia sobie ze stresem, przekonania i oczekiwania (np. poczucie własnej wartości i skuteczności) oraz uświadomienie i ekspresję przykrych emocji, zwłaszcza lęku i depresji [10]. Stosowanie aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz wysokie poczucie własnej skuteczności sprzyjają pozytywnej adaptacji do nowych sytuacji życiowych, lepszemu ogólnemu funkcjonowaniu, redukcji negatywnego pobudzenia emocjonalnego, a także skutecznemu modyfikowaniu wielu zachowań ryzykownych, w tym związanych z paleniem tytoniu, zapobieganiem AIDS, zachowaniami związanymi z jedzeniem i kontrolą wagi ciała [10, 11, 12, 13, 14].

CEL

Celem przedstawianych badań była próba zidentyfikowania w grupie uzależnionych mężczyzn i kobiet rozpoczynających terapię odwykową czynników predykcyjnych pozwalających przewidywać jej ukończenie. Porównanie wskaźników prognostycznych może dać odpowiedź na pytanie o konieczność uwzględniania zróżnicowania związanego z płcią w odniesieniu do prowadzenia leczenia uzależnienia od alkoholu oraz prognozowania utrzymywania abstynencji przez pacjentów. Ukończenie terapii odwykowej ma bowiem istotne znaczenie dla późniejszego utrzymywania abstynencji – badania Kucińskiej i Mellibrudy dowiodły, iż osoby kończące terapię pięciokrotnie częściej utrzymują abstynencję w dwa lata po ukończeniu leczenia w porównaniu z osobami przerywającymi terapię [15].

Do obszaru badanych zmiennych włączono czynniki związane z zasobami osobistymi – natężenie odczuwanego subiektywnie stresu i radzenie sobie ze stresem, przekonania i oczekiwania (poczucie własnej skuteczności, wartości, dyspozycyjny optymizm, akceptacja uzależnienia jako choroby, poczucie satysfakcji życiowej, poczucie wartości przypisywanej własnemu zdrowiu) oraz zmienne związane z przeżywanymi emocjami (kontrola emocji lęku, gniewu, depresji, poziom lęku jako stanu i cechy).

OSOBY BADANE

Badania wykonano w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi w roku 2002. Ośrodek stosuje kompleksową terapię uzależnienia. Pacjenci uczestniczą w terapii grupowej i indywidualnej, edukacjach oraz mityngach AA. Mają również zapewnioną opiekę psychiatryczną. Udział w terapii jest dobrowolny. Ośrodek prowadzi terapię osób uzależnionych od alkoholu w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej. Terapia ambulatoryjna prowadzona jest 2–3 razy w tygodniu i trwa około 6 miesięcy. Terapia stacjonarna prowadzona jest codziennie i trwa ok. 6–7 tygodni. Terapia (zarówno ambulatoryjna, jak i stacjonarna) składa się z cyklu spotkań grupowych i indywidualnych, których celem jest, między innymi, doprowadzenie do uznania przez pacjenta własnego uzależnienia i konieczności utrzymywania abstynencji, „rozbrajanie” psychologicznych mechanizmów uzależnienia, uczenie radzenia sobie z nawrotami choroby oraz rozwijanie umiejętności życiowych niezbędnych dla prowadzenia trzeźwego życia.

Celem utworzenia grupy homogenicznej, do badań wybrano jedynie pacjentów uczestniczących w terapii ambulatoryjnej. Wszyscy badani spełniali kryterium uzależnienia wg ICD-10, co potwierdzono badaniem psychiatrycznym. Z badań wykluczono osoby z rozpoznanymi przez lekarza psychiatrę lub psychologa zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym. W okresie prowadzenia badań w Ośrodku z terapii ambulatoryjnej korzystało 288 osób – 94 kobiety i 194 mężczyzn. Osoby te stanowiły grupę badaną.

METODY

Pacjentów zbadano bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia. Zebrano również informacje dotyczące podstawowych danych socjodemograficznych. Spośród badanych mężczyzn terapię ukończyło 98 osób (50,5%), przerwało 96 (49,5%). Kobiet, które leczenie ukończyły było natomiast 56 (59,5%). Terapię przerwało 38 pacjentek (40,5%). Szczegółowe dane socjodemograficzne badanych osób przedstawia tabl. 1.

Wśród badanych mężczyzn większość stanowią osoby w wieku 31–50 lat, żonaci, z wykształceniem śred-

Tablica 1. Charakterystyka badanej grupy przed rozpoczęciem leczenia

Charakterystyka	Mężczyźni (n = 194)		Kobiety (n = 94)		Ogółem (n = 288)	
	liczby bezwzględne	%	liczby bezwzględne	%	liczby bezwzględne	%
Wiek						
Do 30 roku życia	32	16,5	8	8,5	40	13,9
31–50 lat	142	73,2	70	74,4	212	73,6
Powyżej 50 roku życia	20	10,3	16	17,1	36	12,5
Stan cywilny						
Kawaler / panna	28	14,4	4	4,3	32	11,1
Żonaty / zamężna	134	69,1	50	53,2	184	63,9
Rozwiedziony / rozwiedziona	30	15,5	40	42,5	70	24,3
Wdowiec / wdowa	2	1,0	0	0	2	0,7
Wykształcenie						
Podstawowe / zasadnicze	58	29,9	20	21,4	78	27,0
Średnie	88	45,4	50	53,1	138	48,0
Wyższe	48	24,7	24	25,5	72	25,0
Zatrudnienie						
Bezrobotny / bezrobotna Nie pracuje	54	27,8	66	70,2	120	41,7
Pracuje	138	71,1	16	17,0	154	53,4
Renta / emerytura	2	1,0	12	12,8	14	4,9

nim, pracujący. Również wśród kobiet dominują osoby w przedziale wiekowym 31–50 lat, z wykształceniem średnim. Różnice zanotowano w odniesieniu do stanu cywilnego (u kobiet większy odsetek rozwiedzionych) oraz zatrudnienia (znacząco większy odsetek nie pracuje).

Narzędzia badawcze

W badaniach zastosowano następujące standaryzowane metody pomiaru:

1. *Skalę spostrzeganego stresu* – S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein – służącą do oceny stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca;
2. *Wielowymiarowy inwentarz radzenia sobie (COPE)* – Ch.S. Carver, M. Scheier, J.K. Weintraub – służący do badania intensywności stosowania 15 strategii radzenia sobie ze stresem;
3. *Test orientacji życiowej (LOT)* – R.M. Scheier, Ch.S. Carver, M.W. Bridges – służący do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu;
4. *Skalę poczucia własnej wartości* – M. Rosenberg – dotyczącą przekonań związanych z własną wartością;
5. *Skalę uogólnionej własnej skuteczności*, wersja polska – R. Schwarzer, M. Jeruzalem, Z. Juczyński – oceniającą siłę indywidualnych przekonań co do własnej skuteczności;
6. *Skalę satysfakcji życiowej* – E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson, S. Griffin – określającą ogólny wskaźnik zadowolenia z życia;
7. *Skalę wartości zdrowia* – R.R. Lau, K.A. Hartman, J.E. Ware – określającą znaczenie własnego zdrowia;
8. *Skalę akceptacji choroby* – B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen – określającą stopień przystosowania do choroby;
9. *Inwentarz stanu i cechy lęku (STAI)*, wersja polska – C.D. Spielberger, K. Wrześniewski, T. Sosnowski – przeznaczony do oceny stanu lęku, czyli poziomu lęku uświadomianego sobie w chwili badania oraz cechy lęku, tj. względnie stałej predyspozycji do reagowania lękiem w różnych sytuacjach życia codziennego;
10. *Skalę kontroli emocji* – M. Watson i M. Green – skonstruowaną do pomiaru kontroli i ekspresji trzech podstawowych emocji: gniewu, lęku i depresji.

Wszystkie zastosowane narzędzia posiadają polską walidację i zadowalające właściwości psychometryczne [11, 16, 17]. Do obliczeń wykorzystano analizę dyskryminacyjną – procedurę krokową opartą na minimalizowaniu wskaźnika lambda Wilksa. Celem było zbudowanie modelu, który pozwalałby na wyznaczenie spośród badanych zmiennych tych, których znajomość służyłaby prognozie przynależności do wyróżnionych dwóch grup (tj. osób, które terapię ukończyły i które terapię przerwały) dla każdej z płci. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS/PC+.

Tablica 2. Predyktory ukończenia terapii w grupie mężczyzn uzależnionych od alkoholu – wyniki analizy dyskryminacyjnej

Krok	Zmienna	Lambda Wilksa	p
1	Poczucie własnej wartości	0,89	0,0000
2	Radzenie sobie ze stresem: planowanie	0,84	0,0000
3	Radzenie sobie ze stresem: powstrzymywanie się od działania	0,82	0,0000
4	Radzenie sobie ze stresem: pozytywne przewartościowanie	0,81	0,0000
5	Kontrola emocji lęku	0,80	0,0000
6	Radzenie sobie ze stresem: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,78	0,0000
7	Radzenie sobie ze stresem: zaprzeczanie	0,77	0,0000
8	Lęk – stan	0,77	0,0000
9	Natężenie odczuwanego stresu	0,76	0,0000

Tablica 3. Wyniki klasyfikacji do dwóch grup – mężczyźni uzależnieni od alkoholu

Aktualna grupa	Liczebność przypadków	Przewidywana przynależność do grupy	
		kończący terapię	przerywający terapię
Kończący terapię	94	70 (74,4%)	24 (26,1%)
Przerywający terapię	100	28 (29,4%)	72 (70,6%)

WYNIKI BADAŃ

Predyktory ukończenia terapii przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu

W ostatecznym modelu analizy dyskryminacyjnej przeprowadzonej w odniesieniu do badanych mężczyzn pozostało dziewięć zmiennych, które wraz z wartościami lambda Wilksa i poziomem istotności przedstawiono w tabl. 2. Spadek wartości lambda w kolejnych krokach oznacza zwiększanie się zróżnicowania pomiędzy grupami.

Wśród wyodrębnionych zmiennych znalazło się sześć związanych ze stresem (natężenie odczuwanego stresu, szereg strategii radzenia sobie), tylko jedna związana z przekonaniem i oczekiwaniami (poczucie własnej wartości) oraz dwie związane z lękiem (lęk jako stan, kontrola lęku). Nie stwierdzono wpływu pozostałych strategii radzenia sobie, poczucia własnej skuteczności, optymizmu, satysfakcji życiowej, akceptacji uzależnienia, przypisywania wartości własnemu zdrowiu, lęku jako cechy oraz kontroli emocji gniewu i depresji.

W oparciu o wartości zmiennych uzyskano wyniki klasyfikacji badanych mężczyzn do wyodrębnionych grup (osób kończących i przerywających terapię). Wynik przedstawia tabl. 3. Procent zaklasyfikowanych osób jest wskaźnikiem efektywności funkcji dyskryminacyjnej. Przedstawiony model pozwala na poprawne zaklasyfikowanie ponad 74% przypadków.

Sposobem oceny efektywności klasyfikacji jest także porównanie zmienności pomiędzy grupami i zmienności wewnątrz grup. Z porównania tego otrzymujemy współczynnik wartości własnej, którego wyższa wartość łączy się z lepszą funkcją (tabl. 4). Wartość lambda

transponowana na rozkład chi-kwadrat wskazuje, że średnie wyróżnionych dwóch grup różnią się istotnie w zakresie analizowanych zmiennych. Kanoniczna funkcja dyskryminacyjna wyjaśnia 100% wariacji całkowitej.

Tablica 4. Funkcja analizy dyskryminacyjnej – grupa mężczyzn uzależnionych od alkoholu

Funkcja	1*
Wartość własna	0,30
% wariacji	100
Skumulowana wariancja	100
Korelacja kanoniczna	0,482
Po funkcji	0
Lambda Wilksa	0,76
χ^2	49,4
Df	9
Istotność	0,000

Predyktory ukończenia terapii przez kobiety uzależnione od alkoholu

Analogicznie, jak w przypadkach mężczyzn, również w odniesieniu do wyników uzależnionych kobiet dokonano analiz statystycznych, w celu kwalifikacji osób badanych do wyróżnionych grup. Otrzymane wyniki przedstawiają tabl. 5–7.

Wśród zmiennych predykcyjnych wyodrębnionych w grupie uzależnionych kobiet znajduje się osiem strategii radzenia sobie ze stresem, trzy związane z przekonaniem i oczekiwaniami (dyspozycyjny optymizm, poczucie satysfakcji życiowej i własnej skuteczności) oraz

Tablica 5. Predyktory ukończenia terapii w grupie kobiet uzależnionych od alkoholu – wyniki analizy dyskryminacyjnej

Krok	Zmienna	Lambda Wilksa	p
1	Radzenie sobie ze stresem: powstrzymanie się od działania	0,65	0,0000
2	Radzenie sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie	0,52	0,0000
3	Dyspozycyjny optymizm	0,45	0,0000
4	Lęk – cecha	0,41	0,0000
5	Poczucie satysfakcji życiowej	0,34	0,0000
6	Lęk – stan	0,31	0,0000
7	Radzenie sobie ze stresem: poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,26	0,0000
8	Radzenie sobie ze stresem: pozytywne przewartościowanie	0,21	0,0000
9	Poczucie własnej skuteczności	0,17	0,0000
10	Radzenie sobie ze stresem: koncentracja na emocjach	0,12	0,0000
11	Radzenie sobie ze stresem: zwrot ku religii	0,07	0,0000
12	Radzenie sobie ze stresem: akceptacja	0,06	0,0000
13	Radzenie sobie ze stresem: zaprzestanie działań	0,05	0,0000
14	Kontrola emocji lęku	0,05	0,0000

Tablica 6. Wyniki klasyfikacji do dwóch grup – kobiety uzależnione od alkoholu

Aktualna grupa	Liczebność przypadków	Przewidywana przynależność do grupy	
		kończący terapię	przerywający terapię
Kończący terapię	38	36 (94,7%)	2 (5,3%)
Przerywający terapię	56	0 (0%)	56 (100%)

Tablica 7. Funkcja analizy dyskryminacyjnej – grupa kobiet uzależnionych od alkoholu

Funkcja	1*
Wartość własna	21,5
% wariancji	100
Skumulowana wariancja	100
Korelacja kanoniczna	0,977
Po funkcji	0
Lambda Wilksa	0,44
χ^2	257,0
Df	14
Istotność	0,000

trzy związane z lękiem (lęk jako stan i cecha oraz kontrola emocji lęku). Nie potwierdzono znaczenia pozostałych analizowanych zmiennych. Model pozwala na poprawne zaklasyfikowanie ponad 94% przypadków. Kanoniczna funkcja dyskryminacyjna wyjaśnia 100% wariancji całkowitej.

OMÓWIENIE

Zastosowanie analizy dyskryminacyjnej umożliwiło zidentyfikowanie zmiennych, posiadających wartość prognostyczną dla ukończenia terapii przez mężczyzn i kobiety uzależnione od alkoholu. Porównanie średnich

wyników uzyskanych przez obydwie grupy dla każdej z płci umożliwia określenie kierunku zależności.

Mężczyźni rozpoczynając terapię odwykową mają znacząco większe szanse na jej ukończenie, gdy charakteryzują się:

- wysokim poczuciem własnej wartości;
- niskim natężeniem odczuwanego stresu;
- preferowaniem strategii radzenia sobie ze stresem polegających na: podejmowaniu prób skoordynowanych i konkretnych działań zaradczych (planowanie), wysiłkach zmierzających do znalezienia w sytuacji stresowej aspektów pozytywnych (pozytywne przewartościowanie), poszukiwaniu w sytuacjach trudnych w otoczeniu wsparcia i zrozumienia (poszukiwanie wsparcia emocjonalnego);
- rzadkim stosowaniem strategii radzenia sobie polegających na powstrzymywaniu się od działania w sytuacji trudnej i nie przyjmowaniu do wiadomości faktu jej wystąpienia (zaprzeczanie);
- mniejszym nasileniem lęku jako stanu oraz niższą jego kontrolą (słabszym tłumieniem).

Z kolei w grupie uzależnionych kobiet ukończeniu terapii sprzyja:

- preferowanie strategii radzenia sobie polegających na aktywnych działaniach w celu wyeliminowaniu stresora (aktywne radzenie sobie), poszukiwaniu informacji i rad dotyczących problemu (wsparcie instrumentalne), podejmowaniu wysiłków w celu znalezienia pozytywnych aspektów sytuacji (pozytywne

- przewartościowanie), intensyfikacji praktyk religijnych (zwrot ku religii), zaakceptowaniu faktu wystąpienia sytuacji trudnej (akceptacja) oraz uświadomieniu i wyrażaniu emocji (koncentracja na emocjach);
- rzadkie stosowanie strategii polegających na powstrzymaniu się od działania i rezygnacji (zaprzestania działań);
 - wysoki poziom dyspozycyjnego optymizmu, satysfakcji z życia oraz poczucia własnej skuteczności;
 - niski poziom lęku jako stanu i cechy oraz słabsze jego tłumienie.

Porównując otrzymane dla uzależnionych mężczyzn i kobiet predyktory zauważyć można podobieństwa dotyczące negatywnej dla ukończenia terapii roli strategii radzenia sobie, polegającej na powstrzymaniu się od działania, lęku jako stanu oraz jego tłumienia. Dodatnią rolę natomiast odgrywa w obydwu grupach pozytywne przewartościowanie. Znaczenie tych zmiennych potwierdzono również w innych badaniach [18]. W terapii, zarówno mężczyzn jak i kobiet, powinno się od początku stosować aktywizację pacjentów, wskazywać im pozytywne aspekty dziejących się w ich życiu zdarzeń oraz zwracać uwagę na możliwość ekspresji przeżywanego lęku.

W grupie mężczyzn predyktorem okazało się poczucie własnej wartości. Zmienna ta nie jest jednak czynnikiem prognostycznym utrzymywania abstynencji po skończeniu terapii [18, 19]. Ponadto, pomiędzy czynnikami prognostycznymi dla ukończenia terapii a utrzymywania abstynencji po jej zakończeniu istnieją znaczące różnice. Badania wskazują, że czynnikami istotnymi dla utrzymywania abstynencji przez pacjentów (już na etapie rozpoczynania leczenia) są m.in.: poczucie własnej skuteczności, dyspozycyjny optymizm, akceptacja uzależnienia jako choroby oraz lęk jako cecha [18, 19, 20]. W prezentowanych badaniach nie potwierdzono znaczenia tych zmiennych dla ukończenia terapii. Być może więc, nieco inne czynniki decydują o tym, że uzależnieni mężczyźni terapię kończą, a inne, że utrzymują po niej abstynencję. Zjawisko to wymaga prowadzenia dalszych badań.

W odniesieniu do grupy kobiet, nie ma możliwości dokonania tak wszechstronnych porównań. Czynniki prognostycznymi okazały się liczne strategie aktywnego radzenia sobie ze stresem, dyspozycyjny optymizm, satysfakcja z życia, poczucie własnej skuteczności oraz niski poziom lęku jako stanu i cechy. Również z dalszych badań wynika potwierdzenie znaczenia tych zmiennych dla późniejszego utrzymania abstynencji. Terapia uzależnionych kobiet powinna jednak kłaść większy nacisk na próby zmian zachowań związanych z biernością i zależnością. Bierno-zależne cechy osobowości wiążą się z pesymizmem, ograniczeniem odczuwania przyjemności, licznymi wątpliwościami dotyczącymi podejmowanych decyzji, co często paraliżuje działanie [21].

Interesującym zjawiskiem jest brak (zarówno u mężczyzn jak i u kobiet) wpływu wartościowania własnego

zdrowia na ukończenie terapii odwykowej. Zjawisko to zostało potwierdzone również w innych badaniach [18, 19]. Wydaje się więc, że raczej powszechne przekonanie pacjentów o negatywnym wpływie picia alkoholu na własne zdrowie nie jest czynnikiem istotnie wpływającym na ich zachowania i decyzje życiowe.

Dane z literatury wskazują na współwystępowanie zaburzeń lękowych, depresyjnych, somatyzacji i fobii u kobiet uzależnionych od alkoholu, w większym stopniu niż ma to miejsce u mężczyzn [22]. Przedstawione badania zwracają m.in. uwagę na rolę lęku rozumianego jako trwała dyspozycja, optymizmu, poczucia satysfakcji życiowej i własnej skuteczności. Zmienne te wydają się związane z trwałymi cechami osobowymi w większym stopniu niż występujące u mężczyzn stan lęku czy natężenie odczuwanego w ostatnim miesiącu stresu. Zjawisko różnic pomiędzy płciami dotyczące roli, jaką odgrywają w ich funkcjonowaniu w trakcie i po leczeniu względnie trwałe cechy osobowe i czynniki sytuacyjne również wymaga dalszych analiz.

WNIOSKI

1. Na podstawie uzyskanych wyników badań stwierdzić można, że ukończenie terapii przez uzależnionych mężczyzn i kobiety związane jest z rzadkim stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem polegającej na powstrzymaniu się od działania, częstym stosowaniem strategii pozytywnego przewartościowania oraz niskim poziomem lęku jako stanu i ujawnianiem tej emocji.
2. Istnieją znaczące różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami odnośnie szeregu czynników predykcyjnych ukończenia terapii. U kobiet czynnikami takimi okazały się: aktywne radzenie sobie ze stresem, wysoki poziom dyspozycyjnego optymizmu, poczucia satysfakcji życiowej i własnej skuteczności oraz niskie natężenie cechy lęku. Znaczenia tych czynników nie potwierdzono w odniesieniu do mężczyzn, u których z kolei istotną rolę odgrywa wysokie poczucie własnej wartości.
3. Nagromadzenie negatywnych czynników prognostycznych u pacjentów powinno być impulsem do dokładnej diagnozy oraz udzielania im szczegółowej pomocy psychologicznej. Wydaje się, że pomoc taka powinna m.in. obejmować aktywizację kobiet cechujących się bierno-zależnymi cechami osobowości.
4. Istnieje potrzeba dalszych badań nad określaniem znaczenia zasobów osobistych dla ukończenia terapii i utrzymywania abstynencji w grupie mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu.

PIŚMIENNICTWO

1. Beckham LJ. Effects of social interaction and children's relative impact on older women's psychological well-being. *J Personal Soc Psychology* 1981; 41 (6): 1075–86.

2. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. VIII Raport Specjalny dla Kongresu USA. Warszawa: PARPA; 1995.
3. Robins LN, Helzer JE, Przybeck TR, Regier DA. Alcohol disorders in the community: A report from the ECA. W: Rose RM, Barrett JE, red. Alcoholism: Origins and Outcome. New York: Raven; 1988: 15–30.
4. Sierosławski J. Płeć a picie alkoholu. <http://www.alkoholizm.akcjastos.pl/pliki/Plec%20a%20picie%20alkoholu.doc> z dn. 5.05.2004.
5. Wilsnack SC, Wilsnack RW, Hiller-Sturmhofel S. Jak piją kobiety? Epidemiologia picia alkoholu oraz picia problemowego wśród kobiet. W: Alkohol a zdrowie. Kobiety i alkohol. Warszawa: PARPA; 1997: 7–30.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Psychiatria kliniczna. Wrocław: Urban & Partner; 1995.
7. Mattson ME, Allen JP, Longbauch R, Nickless CJ, Connors GJ, Kanner RM. A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment. J Stud Alcohol 1994; 12 (supl): 16–29.
8. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol 1997; 58: 7–29.
9. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G, red. Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wyd UW; 2001: 103.
10. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G, red. Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wyd UW; 1996: 101–36.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. Warszawa: PTP; 2001.
12. Moos RH, Schaefer JA. Coping Resources and Process: Current Concepts and Measures. W: Goldberger L, Breznits S, red. Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press; 1993: 234–50.
13. Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie; 1992.
14. Schwarzer R. Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H, red. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN; 1997: 175–206.
15. Kucińska M, Mellibruda J. Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia przez pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA. Alkoholizm i Narkomania 1997; 3: 28–38.
16. Juczyński Z. Podręcznik (w druku).
17. Wrześniewski K, Sosnowski T. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Warszawa: PTP; 1987.
18. Chodkiewicz J. Predyktory efektywności terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Niepublikowana praca doktorska. Łódź: 2001.
19. Chodkiewicz J. Czynniki prognostyczne skutecznej terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Wiad Psychiatr 2004; 7 (1/9): 9–15.
20. Sandahl C, Lindberg S, Ronnenberg S. Efficacy expectations among alcohol dependent patients – A Swedish version of the situational confidence questionnaire. Alcohol 1990; 25 (1): 67–73.
21. Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych. Kraków: Coll Med UJ; 1997.
22. Helzer JE, Przybeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. J Stud Alcohol 1988; 49: 219–24.

Adres: Dr Jan Chodkiewicz, Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Śmigłowa 10/12, 91-133 Łódź, tel. kom. 0-605346935, e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl