

Jan Chodkiewicz

Problem akceptacji choroby u osób uzależnionych od alkoholu : znaczenie zasobów osobistych

Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica 8, 123-133

2004

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

JAN CHODKIEWICZ

Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii UŁ

PROBLEM AKCEPTACJI CHOROBY U OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU. ZNACZENIE ZASOBÓW OSOBISTYCH

WSTĘP

Współczesna psychologia zdrowia dużo miejsca poświęca problematyce dotyczącej przewlekłych chorób oraz przystosowaniu się do nich. Przystosowanie opisywane jest jako złożony i skomplikowany proces, na który wpływają zarówno uwarunkowania zewnętrzne (nastawienie otoczenia, sytuacja życiowa pacjenta) jak i właściwości jednostki (cechy osobowościowe i temperamentalne, preferowane sposoby radzenia sobie ze stresem, przekonania i oczekiwania). W wyniku tego procesu dochodzi do ukształtowania się u pacjenta złożonego systemu przekonań zwanych obrazem choroby. Na obraz ten składają się przekonania odnoszące się do istoty choroby (czym jest, jak się objawia), a także jej przyczyn i rokowania (Dolińska-Zygmunt 1996; Lazarus 1997; Sheridan, Radmacher 1998; Heszen-Niejodek 2000).

W procesie przystosowania do przewlekłej choroby istotną rolę odgrywa jej akceptacja. Akceptacja choroby wiąże się z uznaniem faktu jej wystąpienia, co prowadzi do konieczności dokonania licznych ograniczeń i zmian w dotychczasowym życiu. Akceptacja choroby jest dla wielu pacjentów problemem, z którym zmagają się przez cały czas jej trwania. Jej brak lub niski poziom są przyczyną niestosowania się do zaleceń lekarzy, prób leczenia się „na własną rękę” lub dezawuowania sensu leczenia (Dolińska-Zygmunt 1996; Jarosiewicz 1996; Juczyński, Adamiak 2000).

Dominujący w Polsce model leczenia osób uzależnionych od alkoholu zakłada, że alkoholizm jest nieuleczalną, przewlekłą, chroniczną i potencjalnie śmiertelną chorobą, a celem terapii jest pomoc w radzeniu sobie z nią i akceptacja wynikających z tego faktu ograniczeń, czyli pełna rezygnacja

z alkoholu (Woronowicz 1992; Cierpiałkowska 1997; Mellibruda 2000). Ponadto leczenie choroby wymaga wprowadzenia w życie bardzo głębokich zmian, dotyczących kontaktu ze sobą i relacji z bliskimi, sposobu spędzania wolnego czasu, doboru znajomych i wielu innych. Niektórzy pacjenci muszą przeorganizować całe swoje życie. Dla wielu z nich informacja o chorobie jest czymś zupełnie nowym i stanowi ogromne zaskoczenie. W literaturze przedmiotu spotkać można doniesienia sugerujące, że wymienione powyżej cechy choroby alkoholowej są jednym z wyznaczników niezwykle trudnej psychologicznie i społecznie sytuacji, w której znajdują się alkoholicy zarówno w trakcie jak i po leczeniu (Jakubik, Kowaluk 1997).

Nieliczne badania nad akceptacją uzależnienia wskazują na jej istotną dla utrzymywania abstynencji rolę. Przekonania odnośnie do alkoholizmu jako przewlekłej choroby okazały się istotnym czynnikiem wpływającym na przerwanie abstynencji. Badani, którzy uważali alkoholizm za chorobę nieuleczalną, istotnie rzadziej powracali do picia, niż osoby wierzące w możliwość picia kontrolowanego (Kulka i in. 1998). W badaniach zachodnich Pfrang (za: Ślaski 1997), stwierdził, że przyjęcie przez pacjenta faktu uzależnienia jako choroby powoduje wzrost pozytywnego ustosunkowania się do leczenia i dłuższy okres abstynencji po terapii. Również badania własne, dotyczące predyktorów utrzymywania abstynencji w grupie mężczyzn uzależnionych, wykazały, że akceptacja choroby, zarówno na początku jak i końcu terapii, jest predyktorem utrzymywania abstynencji w okresie roku po ukończeniu leczenia (Chodkiewicz 2001).

W żadnych z dotychczasowych badań nie określano szczegółowych czynników mających związek z akceptacją przez pacjentów własnego uzależnienia. Wśród zmiennych tych znacząca rola przypadać może zasobom osobistym. Zasoby osobiste określa się jako: „względnie stałe czynniki osobowe i społeczne, które wpływają na sposób, w jaki jednostka próbuje opanować kryzysy życiowe i transakcje stresowe” (Moos, Schaefer 1993, s. 234). Pojęcie zasobów używane najczęściej w odniesieniu do zmagania się ze stresem może być ujmowane w znaczeniu szerszym jako zewnętrzne i wewnętrzne możliwości, które posiada jednostka i które wpływają na jej funkcjonowanie (Chodkiewicz 2001). Badanie znaczenia zasobów osobistych dla różnorodnych aspektów funkcjonowania alkoholików może odegrać ważną rolę w identyfikowaniu osób zagrożonych powrotem do picia i podejmowaniu w stosunku do nich określonych oddziaływań terapeutycznych.

Celem przeprowadzonych badań było uchwycenie zależności pomiędzy akceptacją uzależnienia jako choroby a utrzymywaniem abstynencji przez pacjentów. Podjęto również próbę znalezienia wśród zasobów osobistych tych, które wiążą się z akceptacją choroby. Zasoby osobiste podzielono na: związane ze stresem i radzeniem sobie, przekonania i oczekiwania (poczucie własnej

skuteczności i wartości, poczucie wartości własnego zdrowia i satysfakcji życiowej, dyspozycyjny optymizmu) oraz predyspozycje osobowościowe (kontrola emocji, obraz siebie, lęk rozumiany jako stan i cecha).

MATERIAŁ I METODA

Osoby badane

Prezentowane wyniki są częścią badań, których celem było ustalenie predyktorów utrzymania abstynencji. Badania wykonano w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi. W celu wyselekcjonowania homogenicznej grupy pacjentów, do badań wybrano mężczyzn uczestniczących w terapii ambulatoryjnej (jest to najpopularniejsza forma terapii). Wszyscy spełniali kryterium uzależnienia według ICD-10, potwierdzone badaniem psychiatrycznym. Z badań wykluczono osoby ze zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym.

Procedura badawcza

Pacjenci zostali zbadani dwukrotnie: na początku ($N=194$) i końcu leczenia (tj. po okresie 6 miesięcy – $N=94$). Po roku od ukończenia terapii pacjenci otrzymywali do wypełnienia ankietę. Zawierała ona pytania dotyczące ogólnego funkcjonowania i utrzymywania abstynencji. Spośród osób, które odpowiedziały, wyodrębniono grupę utrzymującą abstynencję w okresie roku od zakończenia terapii ($A - 52$) oraz grupę osób, które abstynencję przerwały ($B - 28$).

Narzędzia badawcze

W badaniach zastosowano:

1. W odniesieniu do akceptacji choroby:
 - 1) Skalę Akceptacji Choroby (AIS) – B. J. Felton, T. A. Revenson, G. A. Hinrichsen.
2. W odniesieniu do zasobów osobistych:
 - 1) Skalę Spostrzeganego Stresu (SOS) – S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein;

- 2) Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie (COPE) – Ch. S. Carver, M. Scheier, J. K. Weintraub;
- 3) Test Orientacji Życiowej (LOT) – R. M. Scheier, Ch. S. Carver, M. W. Bridges;
- 4) Skalę Poczucia Własnej Wartości (RSES) – M. Rosenberg;
- 5) Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) – wersja polska R. Schwarzer, M. Jeruzalem, Z. Juczyński;
- 6) Skalę Satysfakcji Życiowej (SWLS) – E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson, S. Griffin;
- 7) Skalę Wartości Zdrowia (HVS) – R. R. Lau, K. A. Hartman, J. E. Ware;
- 8) Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) – wersja polska C. D. Spielberger, K. Wrześniewski, T. Sosnowski;
- 9) Test Przymiotników (ACL) H. G. Gough, A. B. Heilbrun.

Wszystkie zastosowane narzędzia posiadają zadowalające właściwości psychometryczne (Wrześniewski, Sosnowski 1987; Drwal 1995; Juczyński, 2001).

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

W pierwszym etapie badań wzięło udział 194 alkoholików. Większość z nich to mężczyźni w wieku 31–50 lat, żonaci, z wykształceniem średnim, pracujący, robotnicy. Pełną charakterystykę badanej grupy przedstawia tab. 1.

Tabela 1

Charakterystyka badanej grupy przed rozpoczęciem terapii (N=194)

	N	%
Wiek (lata)		
<30	32	16,5
31–50	142	73,2
>50	20	10,3
Stan cywilny		
kawaler	28	14,4
żonaty	134	69,1
rozwidziony	30	15,5
wdowiec	2	1,0

Tabela 1 (cd.)

	N	%
Wykształcenie		
podstawowe/zasadnicze	58	29,9
średnie	88	45,4
wyższe	48	24,7
Zatrudnienie		
bezrobotny	54	27,8
pracuje	138	71,1
renta/emerytura	2	1,0
Zawód		
robotnik	122	62,9
pracownik umysłowy	64	33,0
wolny zawód	8	4,1

Akceptacja choroby a utrzymywanie abstynencji

Jak pokazano w tab. 2 zarówno w momencie rozpoczęcia terapii, jak i przy jej zakończeniu, pomiędzy grupą utrzymującą abstynencję i grupą, która powróciła do picia istnieją statystycznie istotne różnice dotyczące akceptacji choroby. W grupie abstynentów akceptacja jest istotnie wyższa równo na początku, jak i na końcu terapii. Różnicy tej nie niweluje wzrost akceptacji w obydwu grupach zaistniały w trakcie leczenia.

Tabela 2

Średnie wartości uzyskane w Skali Akceptacji Choroby – porównanie wyników grupy utrzymującej (grupa A) i przerywającej abstynencję (grupa B) na początku i końcu terapii oraz istotność zmian zaistniałych w jej trakcie w obydwu grupach

	Grupa A (N=52)			Grupa B (N=28)			p_1	p_2
	pierwsze badanie	drugie badanie	p	pierwsze badanie	drugie badanie	p		
	M SD	M SD		M SD	M SD			
Akceptacja choroby	26,20 6,69	32,69 4,22	***	22,43 5,37	28,85 5,50	**	**	**

** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$, p – poziom istotności, p_1 – istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami na początku terapii, p_2 – istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami na końcu terapii.

Zasoby osobiste a akceptacja choroby

Aby sprawdzić, czy zasoby osobiste odgrywają rolę w akceptacji choroby obliczono współczynniki korelacji pomiędzy AIS a pozostałymi zastosowanymi narzędziami. Wyniki pokazano w tab. 3–5. Zaobserwowane zależności odnoszą się do początkowego etapu leczenia, gdyż właśnie wtedy możliwe jest podjęcie koniecznych działań terapeutycznych.

Akceptacja choroby koreluje na poziomie istotnym statystycznie z szeregiem stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem (tab. 3). Takie strategie jak: aktywne radzenie sobie (podejmowanie określonych działań w celu uniknięcia stresora), planowanie (zastanawianie się, jak radzić sobie ze stresem, jakie podjąć kroki aby najlepiej opanować problem) i pozytywne przewartościowanie (dostrzeganie w sytuacjach stresowych aspektów pozytywnych), są dodatnio powiązane z badaną zmienną, podczas gdy: odwracanie uwagi, zaprzestanie działania i używanie alkoholu/narkotyków akceptacji nie sprzyjają. Na uwagę zasługuje bardzo istotna zależność pomiędzy akceptacją choroby a natężeniem odczuwanego stresu. Osoby subiektywnie odczuwające znaczny stres mogą nie akceptować informacji dotyczących własnego uzależnienia, a więc również nie wprowadzać w życie zmian sprzyjających utrzymaniu abstynencji.

Tabela 3

Istotne statystycznie współczynniki korelacji pomiędzy natężeniem odczuwanego stresu (SOS), strategiami radzenia sobie ze stresem (COPE) a poziomem akceptacji choroby

	Akceptacja choroby
Natężenie odczuwanego stresu	-0,50**
Strategie radzenia sobie:	ni
Aktywne radzenie sobie	0,21*
Planowanie	0,39**
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	ni
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	ni
Unikanie konkurencyjnych działań	ni
Zwrot ku religii	ni
Pozytywne przewartościowanie	0,22*
Powstrzymanie się od działania	ni
Akceptacja	ni
Koncentracja na emocjach	ni
Zaprzeczanie	ni
Odwracanie uwagi	-0,18*
Zaprzestanie działania	-0,44**
Używanie alkoholu i narkotyków	-0,40**
Poczucie humoru	ni

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$ (p – poziom istotności); ni – korelacja nieistotna.

Podobnie, jak w odniesieniu do strategii radzenia sobie ze stresem, szereg istotnych zależności występuje pomiędzy akceptacją choroby a przekonaniami i oczekiwaniami oraz predyspozycjami osobowościowymi (tab. 4). Pozytywną zależność potwierdzono w odniesieniu do licznych zmiennych: poczucie własnej wartości, skuteczności, satysfakcji życiowej, dyspozycyjnego optymizmu. Podobnie, jak odczuwany stres, lęk (zarówno jako stan jak i cecha) negatywnie koreluje z uznaniem własnego uzależnienia i jego następstw dla własnego życia. Na uwagę zasługuje fakt, że przekonania związane z wartościowaniem własnego zdrowia nie wpływają na akceptację choroby, pomimo że pacjenci są w większości przekonani o negatywnym wpływie picia alkoholu na własne zdrowie.

Tabela 4

Istotne statystycznie współczynniki korelacji pomiędzy przekonaniami, oczekiwaniami oraz predyspozycjami osobowościowymi a akceptacją choroby

	Akceptacja choroby
Przekonania i oczekiwania	
Poczucie własnej wartości	0,49**
Poczucie własnej skuteczności	0,51**
Satysfakcja życiowa	0,45**
Poczucie wartości własnego zdrowia	
Predyspozycje osobowościowe	
Dyspozycyjny optymizm	0,32**
Kontrola emocji: lęk	
Kontrola emocji: gniew	
Kontrola emocji: depresja	
Lęk: stan	-0,35**
Lęk: cecha	-0,55**

** *p* jak w tab. 3.

Interesujące zależności otrzymano również w odniesieniu do aspektów obrazu siebie mierzonego Testem Przymiotników (w aspekcie „ja realnego”). Tabela 5 pokazuje współczynniki korelacji pomiędzy Skalą Akceptacji Choroby a 37 skalami testu. Z akceptacją choroby dodatnio wiążą się: pozytywna samoocena i łatwość przystosowania się (liczba przymiotników pozytywnych, typowość), pracowitość, ukierunkowanie na realizację celów, ambicja, poczucie obowiązku, umiejętność kontroli impulsów (potrzeby osiągnięć, dominacji, wytrwałości, porządku, zaufanie do siebie, przystosowanie osobiste, idealny obraz siebie), a także dążenie do pozytywnych relacji z ludźmi (potrzeby opiekowania się i afiliacji). Ważna jest również umiejętność realizacji dorosłych ról życiowych (wychowawczy rodzic, dorosły). Natomiast im bardziej osoba

uzależniona od alkoholu jest pesymistycznie nastawiona do siebie i życia oraz zmienna w nastrojach i oczekiwaniach (liczba przymiotników negatywnych, potrzeba zmian), tym słabiej akceptuje swoją chorobę. Negatywne znaczenie ma również nieumiejętność odejścia od ról dziecięcych i oryginalność w myśleniu i spostrzeganiu (adoptowane dziecko, wysoka oryginalność, wysoka inteligencja).

Tabela 5

Istotnie statystycznie współczynniki korelacji pomiędzy skalami testu ACL a akceptacją choroby

Lp.	Nazwa skali	Akceptacja choroby
1	2	3
1.	Całkowita liczba zaznaczonych przymiotników	
2.	Liczba przymiotników pozytywnych	0,47*
3.	Liczba przymiotników negatywnych	-0,36*
4.	Typowość	0,42
5.	Potrzeba osiągnięć	0,43**
6.	Potrzeba dominacji	0,36**
7.	Potrzeba wytrwałości	0,64**
8.	Potrzeba porządku	0,53**
9.	Potrzeba rozumienia siebie i innych	
10.	Potrzeba opieki nad sobą	0,35**
11.	Potrzeba afiliacji	0,44**
12.	Potrzeba kontaktów heteroseksualnych	
13.	Potrzeba ujawniania się	
14.	Potrzeba autonomii	
15.	Potrzeba agresji	
16.	Potrzeba zmian	-0,39**
17.	Potrzeba wsparcia ze strony innych	
18.	Potrzeba poniżania się	
19.	Potrzeba podporządkowania	
20.	Gotowość na poradę	
21.	Samokontrola	
22.	Zaufanie do siebie	0,34**
23.	Przystosowanie osobiste	0,28*
24.	Skala idealnego obrazu siebie	0,36**
25.	Osobowości twórczej	
26.	Skala zdolności przywódczych	0,36**
27.	Skala męskości	
28.	Skala kobiecości	
29.	Krytyczny rodzic	
30.	Wychowawczy rodzic	0,41**
31.	Dorosły	0,39**
32.	Wolne dziecko	
33.	Adoptowane dziecko	-0,48**

Tabela 5 (cd.)

1	2	3
34.	Wysoka oryginalność, niska inteligencja	-0,40**
35.	Wysoka oryginalność, wysoka inteligencja	
36.	Niska oryginalność, niska inteligencja	
37.	Niska oryginalność, wysoka inteligencja	

* *p*, ** *p* jak w tab. 3.

WNIOSKI

1. W procesie przystosowania się pacjenta do przewlekłej choroby istotne znaczenie przypisuje się jej akceptacji. Zmienna ta odgrywa również ważną rolę w odniesieniu do choroby, jaką jest uzależnienie od alkoholu. Pacjenci, którzy po terapii utrzymują abstynencję w porównaniu z tymi, którzy powracają do picia już w początkowym etapie leczenia, w większym stopniu akceptują alkoholizm jako chorobę.

2. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzić można, iż najbardziej pomocne dla akceptacji choroby są m. in. aktywne strategie radzenia sobie ze stresem, przekonania o własnej wartości i skuteczności, spostrzeganie rzeczywistości przez pryzmat dodatnich stron, pozytywna samoocena i dążenie do zadowalających relacji z otoczeniem. Istotna jest również umiejętność podejmowania i wchodzenia w dorosłe role społeczne. Pacjenci posiadający te cechy wydają się osobami mającymi silne ego, co może prowadzić do tego, że „bycie chorym” powoduje u nich mniejsze obciążenie i słabszy lęk przed reakcją otoczenia.

3. Pacjenci odczuwający duże natężenie stresu, lękowi, stosujący unikające sposoby radzenia sobie ze stresem mogą mieć większe niż pozostali trudności z przystosowaniem do choroby alkoholowej. Grupa ta winna być poddana zintensyfikowanym działaniom terapeutycznym.

4. Ponieważ nie wszyscy pacjenci są w równym stopniu gotowi do przyjęcia przekazywanych im informacji o chorobie alkoholowej, terapia osób uzależnionych powinna być rozszerzona o elementy poznawczo-behawioralne. Ujęcie to istotną rolę w genezie zachowań przypisuje przekonaniom i oczekiwaniom. Jest również mniej dyrektywne, przez co umożliwia przedyskutowanie z pacjentami ich obaw, wątpliwości i lęków.

5. Pacjenci rozpoczynający terapię odwykową winni być diagnozowani pod kątem natężenia określonych zasobów osobistych oraz posiadanej wiedzy o chorobie alkoholowej.

BIBLIOGRAFIA

- Chodkiewicz J. (2001), *Predyktory efektywności terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, Zakład Psychologii Zdrowia, Łódź, niepublikowana praca doktorska
- Cierpiałkowska L. (1997), *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań
- Dolińska-Zygmunt G. (1996), *Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo UW, Wrocław, 195–205
- Drwał R. Ł. (1995), *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Heszen-Niejodek I. (2000), *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia*, t. 3, GWP, Gdańsk, 513–531
- Jakubik A., Kowaluk B. (1997), *Wsparcie społeczne a utrzymanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, **1**, 26, 98–105
- Jarosiewicz H. (1996), „*Gotowość do leczenia się*” jako jeden z warunków zachowań prozdrowotnych, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo UW, Wrocław, 205–215
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa
- Juczyński Z., Adamiak G. (2000), *Psychologiczne i behawioralne wyznaczniki jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym*, „Polski Merkurusz Lekarski”, **8**, 48, 413–415
- Kulka Z., Świątkiewicz G., Zieliński A. (1998), *Interpersonalne i intrapersonalne predyktory nawrotów picia alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, **2**, 3, 229–242
- Lazarus R. (1997), *Radzenie sobie ze stresem wywołanym chorobą*, [w:] A. Kapłun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*, IMP, Łódź, 3–16
- Mellibruda J. (2000), *Psychologiczna problematyka uzależnienia od alkoholu i narkotyków*, [w:] J. Strelau (red.) *Psychologia*, t. 3, GWP, Gdańsk, 691–710
- Moos R. H., Schaefer J. A. (1993), *Coping Resources and Process: Current Concepts and Measures*, [w:] L. Goldberger, S. Breznits (eds), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, The Free Press, New York, 234
- Sheridon Ch., Radmacher S. (1998), *Psychologia zdrowia*, IPZ, Warszawa
- Ślaski S. (1997), *Przegląd badań nad czynnikami warunkującymi efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Studia z Psychologii”, **8**, 138–161
- Woronowicz B. (1992), *Pijaństwo a zespół uzależnienia od alkoholu*, [w:] B. Woronowicz (red.), *Zespół uzależnienia od alkoholu*, IPiN, Warszawa, 6–9
- Wrześniewski K., Sosnowski T. (1987), *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*, PTP, Warszawa

JAN CHODKIEWICZ

**ACCEPTANCE OF ILLNESS PROBLEM AMONG ALCOHOL DEPENDENT PEOPLE
THE IMPORTANCE OF PERSONAL RESOURCES**

Disease acceptance plays great importance in process of accommodation for chronic disease. The study was aimed at the evaluation of the effect of acceptance of addiction from alcohol as a disease on long-term abstinence among male alcoholics attending in outpatient clinics. The attempt of finding personal resources which are connected with disease acceptance was taken too.

The patients were evaluated twice: at the beginning ($N=194$) and the end of therapy ($N=98$). According to the results of a questionnaire two subgroups on the grounds of the duration of their abstinence after alcohol treatment were distinguished. The first subgroup of 52 patients (A) abstained for over 12 months, while the other (B) included 28 patients who had relapses in that period. On the beginning of the therapy the disease acceptance differentiate patients from these two groups. A-group patients has statistical higher level of disease acceptance than B-group patients. This difference is invariable despite of growth of disease acceptance in both groups in the course of treatment. Most helpful for disease acceptance happen the personal resources like: preference of active ways of coping with stress, a sense of self-worth and efficacy, satisfaction with life, optimism and low level of fear. The great importance have also need of endurance, achievements and order.

Key words: personal resources, disease acceptance, alcohol dependence.