

Elżbieta Aranowska, Artur Brustman

Uwarunkowania osobowościowe alkoholizmu

Studia Psychologica nr 5, 207-231

2004

Artykuł został zdigitalizowany i 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.

ELŻBIETA ARANOWSKA, ARTUR BRUSTMAN
Uniwersytet Warszawski

UWARUNKOWANIA OSOBOWOŚCIOWE ALKOHOLIZMU

Personality determinants of alcoholism

Abstract

In this paper theoretical models of an alcohol problem formation are discussed using a developmental approach. Authors also refer to many own studies. A source of inspiration to the research were Zücker's and Tarter's assumptions, which suggest that factors specific for the alcohol abuse begin to act in an early childhood already, although the usage of alcohol starts much later.

In the own research (n = 148) a relationship between the alcohol usage intensity (an own criterion) and personality traits of a college youth was analyzed. Subjects were divided into two groups of attendants to "better" and "worse" schools.

The results show that there is an association of the alcohol abuse intensity with psychopathy (reaching the upper limit of a norm – 58th ten), psychasthenia and schizophrenia. The outcomes of the study confirm Zücker's thesis, concerning antisocial personality of young people, who abuse alcohol. In the "worse" schools as much as 7% of subjects can be treated as at risk of alcoholism (whereas in "better" schools – only 1%).

1. KONCEPCJE TEORETYCZNE POWSTAWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH – UJĘCIE ROZWOJOWE

Nikt chyba nie wątpi, że cechy osobowości z jednej strony są głównymi zmiennymi, z drugiej zaś czynnikami co najmniej pośredniczącymi we wpływie na inicjację, dynamikę, przerywanie lub kontynuację procesu alkoholizowania się ludzi i jako takie powinny być wykorzystywane do wczesnego wykrywania i zapobiegania chorobie alkoholowej. Niestety, granice między osobami używającymi alkoholu sporadycznie, należącymi do grupy ryzyka, nadużywającymi czy uzależnionymi, są niezwykle płynne i względne, ponieważ populacja każdej z tych grup jest ogromnie heterogenna. Istnieją bowiem osoby, u których występują zaburzenia chorobowe będące skutkami picia alkoholu (np. marskość wątroby, rak przełyku), przy braku zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym czy braku zaburzeń psychicznych, jak również innych zaburzeń fizjologicznych. Nie ma również jednoznacznie określonych zaburzeń psychicznych, które byłyby wskaźnikiem alkoholizmu i nie zidentyfikowano syndromu cech, które można by nazwać osobowością alkohologeną. Dodatkowo nadużywanie alkoholu wcale nie musi oznaczać uzależnienia fizycznego, tak jak ma to miejsce np. przy używaniu narkotyków.

Z wymienionych wyżej powodów poszukiwanie jakichś cech osobniczych, które odpowiednio wcześniej mogłyby ostrzegać przed zagrożeniem alkoholizmem czy choćby skonstruowanie modelu teoretycznego, dobrze wyjaśniającego mechanizm uzależnienia od alkoholu, są z jednej strony niezwykle trudne, z drugiej zaś – absolutnie konieczne do podejmowania działań profilaktycznych. Toteż próby takie są oczywiście podejmowane.

Najszerze ramy dla planów badawczych wyznacza – jak się wydaje – koncepcja teoretyczna R. A. Zuckera (1987, 1997), rozumiana przez autora jako etiologiczny model probabilistyczny, w którym główną zmienną zależną jest tzw. obciążenie ryzykiem (nie zawsze prowadzące do wystąpienia klinicznego zespołu objawów choroby), koncepcja – przedstawiona w postaci modelu rozwojowego przesłanek prowadzących do różnych typów alkoholizmu. Przyczyn uzależnienia od alkoholu nie należy szukać w jakimś jednym czynniku. Rozwój alkoholizmu zaczynać się może już we wczesnym dzieciństwie i stopień zagrożenia uzależnieniem może być różny w różnych okresach życia danej osoby. Poziom ryzyka uzależnienia od alkoholu jest, wg Zuckera, wartością płynną i zmienną w czasie, zależną od różnych procesów zachodzących w samej jednostce, jak i w otaczających ją warunkach społecznych. Czynniki ryzyka nie tylko ujawniają się w różnych momentach życia, ale też ich znaczenie zmienia się ustawicznie.

Katalog obszarów ryzyka dotyczy oddziaływań socjokulturowych, rodzinnych, rówieśniczych, psychologicznych i biologicznych w takich głównych etapach życia jak okres prenatalny, niemowlęstwo, lata przedszkolne, późne dzieciństwo, okres dojrzewania, okres wczesnej dorosłości, wiek średni oraz starość. Oczywiście punktem wyjścia całej tej dynamicznej struktury wzajemnych oddziaływań tworzących mapę współwystępujących przesłanek ryzyka jest czynnik – być może najważniejszy – dziedzictwo (Zucker, 1997). Ale żaden z czynników genetycznych, psychologicznych czy środowiskowych nie jest wystarczający do wystąpienia zaburzenia; są one zaledwie wskaźnikami ryzyka. Do tego niezbędny jest czas, nadto kumulacja oddziaływań. Dopiero po przekroczeniu pewnego punktu granicznego nasilenie objawów jest tak duże, że przestaje się mówić o ryzyku i diagnozuje uzależnienie. W zależności od głębokości czy nasilenia zaburzeń można – zdaniem autora – wyróżnić alkoholizm łagodny, umiarkowany czy poważny.

Śledząc wyniki badań światowych ostatniego 30-lecia (m.in. własnych), Zucker (1987, 1997) – uwzględniając kryteria nie tylko „objawowe”, ale także różnice w strukturze i przyczynach powstawania różnych odmian alkoholizmu – wyróżnia cztery podstawowe typy, oczywiście nie sugerując kompletności tej listy:

I. Alkoholizm antyspołeczny (*antisocial alcoholism*) – charakteryzuje go współwystępowanie wśród dorosłych zachowań antyspołecznych, związanych z zaburzeniami osobowości, znaczne obciążenie dziedziczne, nasilenie i wczesny początek problemów związanych z piciem (często wynikających z tła rodzinnego). Zucker twierdzi, że wstępnym warunkiem rozwoju tego typu alkoholizmu jest antyspołeczne nastawienie w dzieciństwie, manifestujące się problemami wychowawczymi (np. bójkę, kradzieże, kłopoty w szkole itd.), oraz agresywnością w latach przedszkolnych i w pierwszych latach szkolnych.

II. Alkoholizm uwarunkowany rozwojowo (*developmentally limited alcoholism*) – charakteryzuje go nasilenie objawów uzależnienia i występowanie innych

zachowań dewiacyjnych, na określonym etapie rozwoju jednostki, a następnie, po przejściu do kolejnej fazy rozwoju, zaniechanie tychże zachowań i objawów. W odróżnieniu od poprzedniego typu, alkoholizm uwarunkowany rozwojowo jest „dewiacją towarzyszącą fazie tworzenia się norm w toku procesu dojrzewania społecznego. (...) Wtedy właśnie następuje silna ekspozycja na oddziaływania grupy rówieśniczej, której wartości (i zachowania) odbiegają od uznanych w społeczeństwie dorosłych” (Zucker, 1997, s. 148). Najczęściej chodzi tu oczywiście o okres, w którym następuje uniezależnienie się od rodziców i uczenie się funkcjonowania w dużej grupie rówieśniczej. Po przejściu do kolejnej fazy rozwoju (wczesnej dorosłości) powyższe wpływy mogą osłabnąć lub zmienić kierunek działania na odchodzący od alkoholu, lub też pojawiają się inne źródła wpływu (małżeństwo, praca), a wtedy następuje zanik objawów alkoholizmu i zachowań dewiacyjnych. Występowanie tego typu alkoholizmu jest powiązane z mniejszą – niż w przypadku alkoholizmu antyspołecznego – liczbą czynników ryzyka przed okresem dojrzewania, takich jak alkoholizm w rodzinie, wczesne problemy wychowawcze, postawy antyspołeczne w dzieciństwie, gorsze wyniki w nauce, niższy poziom akceptacji przez rodziców czy wczesne (np. w późnym dzieciństwie) własne doświadczenia z alkoholem. Gdy owe ryzyko przed okresem dojrzewania jest niższe, można sądzić, że w okresie późniejszym nie dojdzie do alkoholizmu antyspołecznego.

III. Alkoholizm związany z zaburzeniami afektu (*negative affect alcoholism*) – jest to alkoholizm współwystępujący lub poprzedzany objawami depresji lub zaburzeniami lękowymi. Na przykład alkoholizm u 66% uzależnionych kobiet amerykańskich jest poprzedzany depresją; polskich badań na ten temat nie ma. Wiadomo, że objawy depresyjne (nie ma doniesień na temat już zdiagnozowanej depresji), lub objawy lęku w dzieciństwie czy młodości, znacznie zwiększają ryzyko alkoholizmu u osoby dorosłej. Autor typologii stwierdza również, że prawdopodobnie typ ten należy rozgraniczyć na podtypy związane z depresją i lękami społecznymi (które to objawy poprzedzają alkoholizm i mogą być jego prawdopodobną przyczyną), oraz z lękiem napadowym i zespołami obsesyjno-kompulsywnymi (które prawdopodobnie są objawem i następstwem picia). Aktualnie jednak przeprowadzono jeszcze zbyt mało badań, aby wystarczająco rozgraniczyć omawiane podtypy alkoholizmu; „istniejące dowody o wiele silniej wiążą alkoholizm związany z zaburzeniami afektywnymi z objawami depresji niż z objawami lęku” (Zucker, 1997, s. 151).

IV. Alkoholizmy pierwotne (*primary alcoholisms*) – charakteryzują się brakiem jakichkolwiek innych zaburzeń współwystępujących, oprócz tych, które są następstwem samego alkoholizmu. W przeciwieństwie do poprzednich trzech rodzajów, powodowanych zaburzeniami antyspołecznymi, rozwojowo-środowiskowymi lub depresyjnymi czy lękowymi ten typ jest spowodowany wyłącznie samym przewlekłym pićem alkoholu i pojawia się później niż poprzednio omawiane typy. Wszystkie ewentualne współwystępujące choroby i zaburzenia są w tym przypadku jedynie następstwem uzależnienia. Ryzyko uzależnienia tego typu jest niższe niż w przypadku alkoholizmu antyspołecznego czy uwarunkowanego rozwojowo. Ten typ jest związany głównie z czynnikami specyficznymi dla alkoholizmu, takimi jak różnica oczekiwań i tolerancji w stosunku do alkoholu, róż-

nicami w społecznym i kulturowym przyzwoleniu na upijanie się jako uwolnienie od stresu. Czynniki niespecyficzne, jeśli występują jako źródło, są bardzo ogólnej postaci, np. stres, lub nie są związane z symptomami psychiatrycznymi. Zucker wyróżnia trzy podtypy alkoholizmów pierwotnych, w zależności od stopnia większego ryzyka uzależnienia:

1. Izolowane nadużycie alkoholu – ma miejsce wtedy, gdy wymienione powyżej czynniki działają przez dość długi okres życia, ale punkt progowy zostaje przekroczony tylko raz, i występuje pojedynczy incydent nadużywania alkoholu. Jako przykład autor podaje pojawienie się problemów alkoholowych w trakcie i zaraz po rozwodzie, a następnie ich zanik po upływie pewnego czasu.

2. Alkoholizm epizodyczny – występujący, gdy oprócz czynników specyficznych dla alkoholu, pojawiają się również wystarczająco silne czynniki sytuacyjne i środowiskowe by wytworzyć okresowo objawy uzależnienia od alkoholu. Jest to niejako wariant „środkowy”, jeśli chodzi o ryzyko poważnego uzależnienia.

3. Alkoholizm kumulowany rozwojowo – będący „rozwinięciem w czasie” poprzednich dwóch. Jeśli objawy „incydentalne” czy „epizodyczne” zaczną utrzymywać się przez dłuższy czas, następuje ich kumulacja i może dojść do ujawnienia się objawów współwystępujących, które mogą wtórnie wzmacniać pierwotne czynniki, prowadzące do nadużywania alkoholu. Ten rodzaj alkoholizmu pierwotnego jest obciążony największym ryzykiem trwałego uzależnienia.

Mimo iż wydaje się, że alkoholizmy pierwotne są mniej „poważnymi” odmianami alkoholizmu, warto wspomnieć, że u 55% osób uzależnionych w Stanach Zjednoczonych nie stwierdza się współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, ani nadużywania czy uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych, a więc najprawdopodobniej reprezentują one właśnie ten typ alkoholizmu. Jest to równocześnie grupa o stosunkowo mniejszym nasileniu uzależnienia, a w związku z tym rzadziej poddawana leczeniu i, jak zauważa autor typologii, przez to również rzadziej opisywana i mniej poznana przez badaczy.

W latach 90. XX w. Gold (1995) przedstawił koncepcję kontroli nad czynnikami poznawczo-afektywno-farmakologicznymi (PAF) jako punkt wyjścia do zrozumienia mechanizmu nadużywania alkoholu. Ujęcie to mieści się w szerokiej, dynamicznej mapie przesłanek biopsychospołecznych zaproponowanej przez Zuckera; stanowi specyficzny nurt tej mapy. Sam pomysł wywodzi się z podejścia behawioralno-poznawczego. Koncepcja poznawczej terapii behawioralnej opiera się na założeniu, że na zachowanie człowieka wpływają pewne nieobserwowalne zmienne, takie jak przekonania, strategie, atrybucje, nastawienia i oczekiwania, które pośredniczą między bodźcem i reakcją na ten bodziec. Według tego podejścia, ocena lub etykieta, przypisana danej sytuacji przez osobę, wpływa na jej reakcję emocjonalną i zachowanie w tej sytuacji.

Według Golda (1995), ludzie mający trudności ze spełnieniem żądań i oczekiwań własnych lub społeczeństwa, popadają w konflikt, który następnie doprowadza do stresu, a w końcowym efekcie do podwyższonego poziomu lęku. Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych nie tylko odczuwają lęk, ale są również przekonane, że nie potrafią kontrolować lub zmienić swojej sytuacji, że są bezsilne i nie mogą wyeliminować źródła odczuwanego stresu i lęku. Konsekwencją takiego poczucia bezsilności jest obniżenie samooceny. Połączone do-

znania lęku, bezsilności i niskiej samooceny stanowią komponent afektywny omawianej teorii.

Drugim jej komponentem jest element farmakologiczny, czyli sama substancja psychoaktywna (alkohol, narkotyki) oraz jej działanie na jednostkę. Narkotyki, a w znacznym stopniu również alkohol, powodują redukcję odczuwanego lęku, a równocześnie wywołują tymczasowe wrażenie własnej siły, kontroli i ogólnie lepszego samopoczucia. Innymi słowy substancje psychoaktywne powodują, że dana osoba uwalnia się od tych uczuć, z którymi wcześniej nie mogła sobie poradzić – redukują lęk, poprawiają samopoczucie i wywołują sztuczne uczucie kontroli nad sytuacją i wpływu na środowisko. Niestety, w momencie ustania działania substancji, stres powraca i ponownie wywołuje poczucia lęku i braku kontroli, najczęściej dużo silniejsze niż wcześniej. Ten właśnie wzrost negatywnych wrażeń sprawia, że dana osoba będzie coraz bardziej zagłębiać się w nałogu, ponieważ każde kolejne sięgnięcie po substancje redukujące napięcie i poprawiające samopoczucie, równocześnie będzie obniżać zdolność jednostki do samodzielnego radzenia sobie z problemami, i w efekcie prowadzić do błędnego koła.

Wykorzystywanie alkoholu lub narkotyków do redukcji odczuwanego stresu czy poprawy samooceny powoduje zaprzestanie przez jednostkę prób poszukiwania innych mechanizmów radzenia sobie z tymi problemami. Pojawia się tu trzeci element teorii, element poznawczy – dana jednostka już wie, że nie musi cierpieć z powodu stresu, bo może sięgnąć po alkohol, który pomógł jej już wcześniej. Dlatego przy coraz większej liczbie i różnorodności stresujących sytuacji życiowych dana osoba będzie coraz częściej sięgać po substancje psychoaktywne. Im częściej będą one stosowane, tym większe będzie przekonanie, że są one niezbędne, ponieważ jednostka będzie coraz bardziej uważać, że nie potrafi samodzielnie radzić sobie z problemami.

Gold przytacza również wiele badań mających potwierdzać słuszność i przydatność koncepcji kontroli PAF, np. dwukrotne badanie testami umiejscowienia kontroli oraz samokontroli przeprowadzone wśród nastolatków leczonych z uzależnienia w ośrodkach terapeutycznych, 30 dni po przyjęciu do ośrodka oraz 6 miesięcy później, wykazało wzrost poczucia wewnętrznej kontroli u dziewcząt, oraz wzrost samooceny u nastolatków obojga płci po okresie półrocznej terapii wg programu wykorzystującego wnioski teorii kontroli PAF (Gold, Coghlan, 1976).

Generalnym zaleceniem terapeutycznym byłoby zwrócenie uwagi na każdy z trzech elementów prowadzących do uzależniania: samego zażywania substancji, emocji odczuwanych przez jednostkę i prowadzących do dalszego zażywania oraz poznawczego postrzegania efektów zażywania i jego „skuteczności” w sprawie samopoczucia.

Niestety, koncepcja kontroli PAF w żaden sposób nie wyjaśnia, dlaczego nie wszyscy ludzie mający problemy i odczuwający stres sięgają po substancje psychoaktywne. Wprawdzie dosyć trafny wydaje się opis procesu wiodącego od „używania” do „nadużywania”, jednak brak jest jakiegokolwiek wytłumaczenia, dlaczego ludzie w ogóle sięgają po substancje psychoaktywne, i dlaczego część z nich, mimo iż sięgnęła po alkohol i ma problemy życiowe, nie wpada w nałóg. Koncepcja kontroli PAF nie wyjaśnia również sytuacji, w której osoby nie mające opisywanych powyżej problemów, radzące sobie dobrze w życiu (przynajmniej

do pewnego czasu, kiedy ich nałóg nie wpływa jeszcze na ich funkcjonowanie), również wpadają w uzależnienie.

Wydaje się sensowne uznanie, że omawiane ujęcie obejmuje jako szczególnie przypadek klasyczną już, jednoczynnikową, koncepcję redukcji napięcia J. J. Congera (1956) oraz w zasadzie podobne jest do rozszerzonej do trzech czynników (biologiczny, psychologiczny, społeczny) koncepcji polskiego badacza J. Melibrudy (1997, 1999). Zgodnie z koncepcją redukcji napięcia Congera, alkohol zmniejsza nieprzyjemne uczucie napięcia, przez co skutki jego spożywania postrzegane są jako pozytywne. Stres powoduje picie, które z kolei obniża poziom stresu. Frederick (1995) opisuje tę koncepcję w terminach behawioryzmu i teorii uczenia się – sytuacja działania silnego bodźca, niezmiennego przez dłuższy czas, powoduje występowanie niepokoju, który z kolei wymaga zredukowania. Jeśli w poprzednim doświadczeniu przyjęcie substancji psychoaktywnej (narkotyki, alkohol) dokonało takiej redukcji, to automatycznie zostało to skojarzone z przywracaniem zachwianej przez ten bodziec równowagi, a więc jest traktowane jako wzmocnienie pozytywne. W efekcie jednostka zaczyna aktywnie poszukiwać takiego wzmocnienia i cały proces ulega powtórzeniu, zaś z biegiem czasu sekwencja ta zaczyna powtarzać się coraz szybciej i częściej.

Według Melibrudy, mechanizmy psychologiczne (różnie rozwinięte u różnych osób uzależnionych), kierujące uzależnieniem, są aktywowane przez dwa rodzaje czynników: wewnętrzne – choroby somatyczne i psychiczne, destrukcyjna orientacja życiowa, uszkodzenia organizmu, niedobór praktycznych umiejętności życiowych; oraz zewnętrzne – stres i podwyższenie ryzyka, upośledzenia relacji społecznych, oraz negatywne konsekwencje społeczne picia. Wspomniane mechanizmy uzależnienia z kolei dzielą się na trzy rodzaje:

– Mechanizm nałogowego regulowania emocji – alkohol zastępuje inne sposoby przeżywania emocji i staje się głównym źródłem przyjemności oraz usunięcia przykrości. Jest to mechanizm najbardziej zbliżony do pierwotnej koncepcji redukcji napięcia.

– Mechanizm iluzji i zaprzeczeń – nie dopuszcza do świadomości uzależnionego treści mogących uwidocznic fakt uzależnienia, oraz wynikające z tego faktu straty.

– Mechanizm rozpraszania „ja” – po spożyciu alkoholik odczuwa wolność i siłę, zaś po wytrzeźwieniu – winę, bezsilność i załamanie. Wynikiem takiej „dwoistości” jest zachwianie poczucia tożsamości i uszkodzenie struktur „ja”.

Wymienione mechanizmy, działając wspólnie w ramach systemu kontrolującego działania osoby uzależnionej, powodują, że osoba ta odczuwa silne pragnienie alkoholu i nie potrafi sprawować kontroli nad piciem.

Koncepcja Golda – w pewnym sensie wyrastająca z hipotezy redukcji napięcia – z czynnikami emocjonalnymi łączy raczej aspekty poznawcze i farmakologiczne, a nie jak koncepcja Melibrudy, aspekty biologiczno-społeczne. Obydwie koncepcje dość szeroko opisują mechanizm uzależniania się od alkoholu osób używających i nadużywających go, nie wyjaśniają natomiast – w przeciwieństwie do ujęcia Zuckera – przyczyn całego procesu

Odmiennym wobec modelu Zuckera (tworzonym w latach 90. ubiegłego wieku) rozwojowym modelem etiologii alkoholizmu jest koncepcja teoretyczna

przedstawiona przez R. E. Tartera i M. M. Vanyukova (1997). Obydwaj badacze zakładają, że wobec mnogości domniemanych przyczyn i różnorodności wzorców picia, dodatkowo w ogromnie heterogenicznej populacji bardzo mało prawdopodobne staje się znalezienie jakiegoś zbioru czynników specyficznych wspólnych dla wszystkich używających alkoholu (oczywiście poza spożywaniem samego alkoholu). Toteż zamiast poszukiwać konkretnych czynników należy – tu Tarter i Vanyukov są całkowicie zgodni z Zuckerem – zająć się całościowymi charakterystykami osób dotkniętych alkoholizmem. Charakterystyki takie składają się z dwóch ogólnych elementów:

- uwarunkowanej genetycznie ekspresji cech psychologicznych (zwanej też fenotypem psychologicznym);

- charakterystyki otoczenia danej osoby, czyli z czynników związanych z jej rodziną, rówieśnikami, szkołą itp., a także z czynników kulturowych i socjoekonomicznych.

W trakcie rozwoju jednostki najpierw pojawiają się najbardziej pierwotne, a równocześnie trwałe, procesy neurobiologiczne, które uzewnętrzniają się w postaci najwcześniej dostrzegalnych i najbardziej niezmiennych w życiu jednostki cech charakteru. W późniejszym okresie, niejako dookoła tych pierwotnych cech, narastają coraz bardziej dojrzałe, złożone i skryzalizowane procesy psychiczne, co z kolei powoduje zwiększenie „repertuaru” psychologicznego danej osoby. Jednocześnie pod wpływem tych zmian zmieniają się również interakcje jednostki z otoczeniem, a to prowadzi do dalszych zmian w psychice. W efekcie takich ciągów zmian wyłania się fenotyp psychologiczny, który jest indywidualny dla każdego człowieka. Jednak rozwój fenotypu i wszystkich jego elementów nie musi być równomierny. W zależności od interakcji z otoczeniem możliwe jest zahamowanie czy opóźnienie którejs z sfer psychiki (poznawczej, behawioralnej, afektywnej), bez naruszania prawidłowego rozwoju pozostałych. Takie właśnie zaburzenie jednego lub więcej z aspektów funkcjonowania psychicznego może, zdaniem autorów teorii, prowadzić do powstania fenotypu podatnego na rozwój alkoholizmu.

Rozwojowy model etiologii alkoholizmu przyjmuje, że w populacji występuje normalne rozpowszechnienie pewnych cech, które mogą prowadzić do zwiększonej podatności na wystąpienie zaburzeń, w tym również alkoholizmu. Każdą osobę można (przynajmniej teoretycznie) umieścić na krzywej rozkładu danej cechy w populacji, i w ten sposób zaklasyfikować ją do pewnej umownej grupy (osoby z daną cechą w normie, z cechą podwyższoną, z cechą obniżoną itd.). Według autorów teorii, każde odchylenie od normy, bądź wrodzone, bądź narastające w trakcie rozwoju, ale w obu przypadkach nie ulegające normalizacji, zwiększa ryzyko wystąpienia alkoholizmu, prowadząc do powstania fenotypu podatnego na uzależnienie.

Każda ze wspomnianych cech, mogących wpływać na rozwój alkoholizmu, może być wyobrażona i opisana jako wektor czy siła sterująca życiem danego dziecka w stronę alkoholizmu, lub w stronę przeciwną. Takimi siłami będą więc cechy temperamentu, ale również warunki kulturowe, oddziaływanie rodziców, dostępność alkoholu, możliwości rozwoju intelektualnego itp. Suma tych sił może sterować w stronę alkoholizmu lub nie. Z wiekiem ten sumaryczny wektor

ulega zmianie, ponieważ zmieniają się jego składowe (np. w pewnym czasie maleje wpływ rodziców, a rośnie wpływ rówieśników, albo w pewnym wieku alkohol staje się łatwiej dostępny itp.). W ślad za tymi siłami podąża oczywiście całość zachowań jednostki i w pewnym momencie nasilenie zaburzeń przekracza pewien punkt progowy, w którym możemy już mówić o alkoholizmie. Tak więc, jakość interakcji jednostki ze środowiskiem decyduje o wystąpieniu pierwszego kontaktu z alkoholem i ewentualnym uzależnieniu. Alkoholizm rozwija się etapami, polegającymi na wystąpieniu pewnych interakcji cech jednostki z jej otoczeniem, „korzystnych” dla tego rozwoju, a równocześnie każdy z tych etapów jest podstawą do następnego.

Tarter i Vanyukov niejednokrotnie podkreślają, że lista cech temperamentalnych, czynników środowiskowych oraz możliwych interakcji między nimi, prowadzących do rozwoju alkoholizmu, jest niepełna i niekoniecznie zgodna u wszystkich badaczy zajmujących się tym zagadnieniem. Podają jednak listę kilku cech temperamentu, co do których można mieć pewność, że są powiązane z rozwojem alkoholizmu. Autorzy modelu wymieniają:

– Poziom aktywności behawioralnej – wysoki wiąże się z większym ryzykiem rozwoju alkoholizmu. Wyniki badań pokazują m.in., że ryzyko nadużywania alkoholu w okresie dojrzewania jest większe u osób, które w dzieciństwie charakteryzował wysoki poziom aktywności behawioralnej; ryzyko występowania alkoholizmu w średnim wieku jest większe u młodych dorosłych mających podwyższony poziom aktywności, mierzony skalą hipomanii w MMPI; wreszcie stopień aktywności behawioralnej synów alkoholików jest większy niż u synów rodziców nie nadużywających alkoholu.

– Napięcie (trwałość) uwagi – trudności w koncentracji mogą sprzyjać alkoholizmowi. Na poparcie tego wniosku autorzy teorii przytaczają badania, które wykazały, że u 40% alkoholików występują zaburzenia uwagi, zaś u dzieci z grupy wysokiego ryzyka, obciążonych wywiadem rodzinnym (alkoholizm występował wcześniej w ich rodzinie), również można zaobserwować tego typu zaburzenia.

– Emocjonalność – rozumiana tu jako reaktywność na bodźce afektywne. Badania nad osobami z grup wysokiego ryzyka wykazały występowanie u nich zaburzeń w zakresie fizjologicznego podłoża emocjonalności. Z takimi zaburzeniami często skorelowany jest neurotyzm, który z kolei wiąże się z takimi cechami jak impulsywność, antyspołeczność czy zaburzenia lękowe. Istnieje hipoteza mówiąca o wysokim poziomie emocjonalności jako o przyczynie stanów lękowych, fobii i natręctw często występujących u alkoholików.

– Zdolność do nawiązywania kontaktów społecznych – pewne dane wskazują, że alkoholików częściej charakteryzuje ekstrawersja, jednak z uwagi na wpływ przewlekłego alkoholizmu na wynik, wniosek ten może być przedwczesny. Z drugiej strony, wynik ten może być rezultatem braku zahamowań u alkoholików. Inne dane przytaczane przez Tartera i Vanyukova pokazują, że z powstaniem uzależnienia mogą mieć związek takie cechy jak agresywność, poszukiwanie stymulacji, impulsywność, trudności z dostosowaniem do norm społecznych oraz odhamowanie behawioralne. Tak więc ostatecznie autorzy tego modelu stwierdzają, że ryzyko alkoholizmu łączy się z niskim poziomem zdolności nawiązywania kontaktów społecznych.

– Umiejętność uspokajania się – w pewnym sensie odwrotność emocjonalności. Odchylenia od normy w przypadku tej cechy są związane z antyspołecznością (zbyt krótki czas uspokajania) lub z zaburzeniami lękowymi (zbyt długi czas uspokajania), a oba te rodzaje zaburzeń są powiązane z występowaniem alkoholizmu.

Zdaniem autorów rozwojowego modelu etiologii alkoholizmu, powyższe cechy są nie tylko powiązane z ryzykiem wystąpienia alkoholizmu, ale równocześnie stanowią elementarne lub pierwotne atrybuty psychicznego funkcjonowania niemowląt, a więc już od pierwszych dni życia ich zaburzenia mogą „sterować” dzieckiem w stronę późniejszego alkoholizmu.

Jak już wspomniano, drugim elementem, mogącym kierować człowiekiem w stronę alkoholizmu, obok cech temperamentalnych, jest zestaw czynników środowiskowych. Autorzy teorii podają jedynie ogólny zarys kategorii takich czynników, zastrzegając wstępnie, że brak jest konkretnych wyników badań, pokazujących możliwe interakcje tych czynników z cechami temperamentu oraz skutki takich interakcji. Kategorie te przedstawione są następująco:

– Rodzina – to pierwsze środowisko, z którym człowiek styka się w swoim życiu, a do momentu rozpoczęcia nauki szkolnej praktycznie jedynie, z jakim ma do czynienia, a więc mające ogromny wpływ na rozwój danej osoby. Na rozwój ten wpływa struktura rodziny, sposoby komunikowania się jej członków oraz nasilenie problemów rodzinnych. Również kolejność urodzin oraz styl wychowawczy rodziców może mieć duże znaczenie. Znaczna liczba rozmaitych zmiennych związanych z rodziną powoduje, że niełatwo jest określić, które z nich i w jaki sposób mogą spowodować lub zahamować rozwój alkoholizmu. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że z wraz z wiekiem danej osoby zmienia się zarówno rola rodziny i jej wpływ na jednostkę, jak też zmienia się sama rodzina, jej struktura, komunikacja i ewentualne problemy.

– Szkoła – zachowania wyuczone przed pójściem do szkoły (a więc wyniesione z rodziny) mogą ułatwiać lub utrudniać adaptację w tym nowym dla dziecka środowisku. Jeżeli do takiej adaptacji nie dojdzie w pełnym lub przynajmniej wystarczającym stopniu, dziecko może stać się osobą odrzuconą przez rówieśników i członkiem grupy o zachowaniach niezgodnych z normą. Przynależność do takiej grupy znacznie zwiększa ryzyko alkoholizmu (np. w okresie dojrzewania). Z drugiej strony, szkoła, jako instytucja stawiająca wymagania poznawcze, może prowadzić do dalszego braku adaptacji i obniżenia samooceny w przypadku niespełniania tych wymagań. To z kolei może prowadzić do rozmaitych zachowań dewiacyjnych, w tym również picia alkoholu.

– Praca – środowisko mające znaczny wpływ na jednostkę przez większą część dorosłego życia. Takie czynniki jak wymagania stawiane pracownikowi, stosunek współpracowników do spożywania alkoholu czy też dostępność alkoholu mają istotny związek z ryzykiem jego nadużywania. Alkoholizm może być reakcją na stres w przypadku złego dopasowania jednostki do jej pracy, lub może wystąpić w przypadku dobrego dopasowania, gdy w środowisku pracy alkohol jest dostępny, a jego spożywanie tolerowane.

– Kultura – pewne ogólnie przyjęte wzorce kulturowe, wartości lub sankcje z nich wynikające mogą również mieć wpływ na wystąpienie alkoholizmu, szcze-

gólnie gdy dana osoba wykazuje silną afiliację kulturową. Niestety, brak jest badań konkretyzujących wpływ czynników kulturowych na występowanie alkoholizmu.

– Status demograficzny – w różnych warstwach społecznych występują różne wzorce picia i ilości wypijanego alkoholu. Niestety, ponownie brak jest szczegółowych badań na ten temat, choć wiadomo, że podobnie jak w przypadku norm kulturowych, status demograficzny i socjoekonomiczny silniej wpływa na jednostki o wyższej afiliacji. Podobnie jak w przypadku pracy, zła adaptacja (powodująca stres) oraz dobra adaptacja (w środowisku akceptującym picie) mogą zwiększać ryzyko alkoholizmu.

Generalnie, koncepcja Tartera i Vanyukova jest zgodna ze wszelkimi wcześniejszymi teoriami rozwoju uzależnień, czy to genetycznymi, czy społecznymi, czy też wieloczynnikowymi (teoria kontroli PAF). Model ten – podobnie jak model Zuckera – łączy w sobie wszystkie dotychczasowe podejścia do problemu alkoholizmu. Jego dominujące założenie – istnienie fenotypu psychologicznego jednostki nadużywającej alkoholu – wyznacza perspektywę dla nowych hipotez i badań psychologicznych.

W obydwu koncepcjach, zarówno Zuckera jak i Tartera i Vanyukova, przyjmuje się, że czynniki specyficzne dla alkoholu zaczynają działać już we wczesnym dzieciństwie, mimo że do pierwszego fizycznego kontaktu z alkoholem dochodzi w późniejszym okresie życia. Aby alkohol „sam z siebie” powodował nadużywanie i uzależnienie, powinien być przyjmowany dostatecznie długo, by te zaburzenia mogły wystąpić, to zaś nie ma miejsca w kulturach, w których alkohol nie jest (przynajmniej teoretycznie) dostępny dla nieletnich. W związku z tym, pierwszy kontakt z alkoholem jest poprzedzany wykształcaniem się całej gamy oczekiwań i przekonań dotyczących alkoholu. Istnieją badania pokazujące, że dzieci potrafią rozpoznać różne rodzaje alkoholu, znają zwyczaje kulturowe związane z pićciem i wiedzą, jaki jest wpływ alkoholu na zachowanie i sposób myślenia, mimo iż same nigdy nie piły. Wszystkie te wczesne wiadomości i poglądy na temat picia są wynikiem oddziaływania wzorców rodzinnych oraz środków masowego przekazu. Tworzą one pewną strukturę nastawienia do alkoholu, pozytywnie lub negatywnie, i dopiero w późniejszym okresie, już po bezpośrednim kontakcie z pićciem, może ona współdziałać (lub przeciwdziałać) z czysto biologicznymi efektami spożywania alkoholu.

Jednak dużo poważniejsze zagrożenie niż w przypadku braku odpowiednich norm rodzinnych, kulturowych czy nawet stosunkowo wczesnych własnych doświadczeń z alkoholem, stanowią zaburzenia i choroby współwystępujące. Jak podaje Zucker, w amerykańskiej populacji osób nadużywających bądź uzależnionych od alkoholu w sposób na tyle poważny, że poddały się leczeniu, 55% stanowią osoby, u których zdiagnozowano równocześnie inne zaburzenia psychiczne, takie jak zespoły lękowe, antyspołeczną osobowość (jako formę osobowości dysocjalnej wg ICD – 10, por. Jakubik, 2002), zaburzenia afektywne czy schizofrenię. Nie ustalono jak dotąd, które z tych zaburzeń są czynnikiem rozwijającym alkoholizm, a które są jego efektem, ale występują one czterokrotnie częściej wśród alkoholików niż wśród osób z generalnej populacji.

Ważny jest wniosek Zuckera, dotyczący związku osobowości antyspołecznej z alkoholizmem. Stwierdza on mianowicie, że wprawdzie najczęściej współwystę-

pującym zaburzeniem są rozmaite zespoły lękowe, to jednak są one najczęściej efektem wtórnym do alkoholizmu. Z kolei zaburzenia antyspołeczne, które niejako z definicji muszą wykształcić się przed 15. rokiem życia, nie tylko pojawiają się przed objawami alkoholizmu, ale też wiążą się z ich częstszym i wcześniejszym wystąpieniem. W dalszym toku rozwoju prowadzą do opisywanego wcześniej alkoholizmu antyspołecznego, który jest, wg Zuckera, „najcięższą” formą uzależnienia.

2. OPIS BADANIA

2.1. METODA

Przekrojowe (nie longitudinalne) badania nad zagadnieniem istnienia „typu psychicznego” w rozumieniu Eysencka czy Guilforda – zbliżonego do pojęcia fenotypu psychologicznego (w sensie Tartera, Vanyukova) – zwiększającego podatność na uzależnianie się od alkoholu od kilkunastu lat realizowały w Polsce E. Aranowska i J. Sławińska (1993, 1994, 1996, 1997), skupiając się głównie na populacji studenckiej. Zmienną zależną, „ryzyko uzależnienia”, autorki określiły operacyjnie, wprowadzając wskaźnik ryzyka na podstawie własnego kryterium intensywności używania alkoholu (KKIA), identyfikującego na podstawie częstości i ilości wypijanego alkoholu dziewięć grup ryzyka, poczynając od abstynentów, a na osobach z zespołem uzależnienia kończąc (Aranowska, 1996; Aranowska, Sławińska, 1993, 1996). Wskaźnik stanowił złożenie dwu innych wskaźników, z których każdy maksymalizował tzw. moc odrzucenia, jeden – dla grupy osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych (osób ogromnie często, „ustawicznie” i bardzo dużo pijących), drugi dla grupy o niskiej intensywności picia (pijących rzadko i w małych dawkach). Istotne różnice międzygrupowe, które na poziomie wielu cech psychicznych (osobowości) odnotowano w tamtych badaniach, skłaniają do wstępnego uznania trafności opisywanego kryterium, jak również samego, dziewięciostopniowego wskaźnika ryzyka.

W przedstawionym niżej badaniu A. Brustmana (2003) interesowano się młodszą populacją, młodzieżą szkolną, próbując zweryfikować hipotezę o osobowościowych uwarunkowaniach inicjacji i kontynuacji procesu nadużywania alkoholu przez polską młodzież.

Pierwszą, z czterech badanych cech była psychopatia. Jest to cecha, która przy odpowiednio podwyższonym nasileniu staje się podstawą osobowości antyspołecznej, a więc takiej, która, wg Zuckera (1997), leży u podstaw alkoholizmu antyspołecznego. Jak podaje Kucharski (1998) w podręczniku do testu MMPI-A (dla młodzieży): „U badanej młodzieży zgłaszającej się do poradni szkolnych lub klinicznych i uzyskującej podwyższone wyniki psychopatii, występuje wiele problemów, które są związane z zaburzeniami w zachowaniu: przede wszystkim konflikty rodzinne, złe przystosowanie do szkoły, brak postępów wychowawczych, ucieczki ze szkoły, powtarzanie klas oraz inne niepowodzenia z tym związane. Nadużywanie alkoholu lub narkotyków jest związane z podwyższonymi wynikami w tej skali. Występują trudności związane z nie przestrzeganiem prawa, jak też młodzieńczym odrzucaniem autorytetów u młodzieży leczonej klinicznie. Rodzice młodzieży leczonej klinicznie zauważają u swoich dzieci wiele zaburzeń w zachowaniu, takich jak: kłamstwa, oszukiwanie, nieposłuszeństwo, impulsyw-

ność, kradzieże, przeklinanie, przebywanie w złym towarzystwie i grupach rówieśniczych, słabe wyniki w nauce, używanie alkoholu i narkotyków, brak wyrzutów sumienia, ukrywający wszystko w tajemnicy, czasami są groźni i okrutni, sprzeciwiają się innym, zmienni i zależni od nastroju, występują u nich ataki wybuchów złości i poczucia tego; że są prześladowani”.

Jest to opis zgodny z charakterystyką osób zagrożonych alkoholizmem antyspołecznym wg Zuckera, jak i z koncepcją rozwojową Tartera i Vanyukova, zakładającą, że problemy szkolne i rodzinne, a także nieodpowiednie środowisko są czynnikami potęgującymi rozwój choroby alkoholowej.

W badaniach Aranowskiej, Wattson i Wroteckiego (2002), (por. tabela 1) ujawniono, że między dorosłymi alkoholikami a osobami nieuzależnionymi występuje istotna różnica w poziomie tej cechy, ponadto różnicuje ona również istotnie alkoholików o długim i krótkim stażu niepicia. Pierwsza część tego wniosku donosząca, że u alkoholików z krótkim stażem niepicia (w trakcie leczenia) poziom psychopatii jest znacznie wyższy od jej poziomu w populacji, może być wynikiem z jednej strony samego uzależnienia, lub – z drugiej – potwierdzać wyniki innych badań światowych i koncepcję Zuckera o antyspołecznej typologii alkoholizmu, nadto sugestie Tartera i Vanyukova o istnieniu fenotypu w postaci nasilonego poziomu tej cechy.

Za tą drugą interpretacją przemawia dalsza część wniosku, o zmniejszaniu się u alkoholików z długim stażem abstynencji poziomu psychopatii (co sugerowałoby częściowe cofnięcie się tego zaburzenia), ale utrzymanie na wyższym poziomie od populacyjnego. Tak więc można sądzić, że nawet przy założeniu pewnej dynamiki owej cechy osobowości, jej podwyższony poziom był przyczyną nadużywania alkoholu, a nie odwrotnie.

Drugą badaną cechą osobowości była psychastenia. Według Kucharskiego, wyniki uzyskiwane w skali psychastenii w MMPI-A, korelują dodatnio z poziomem lęku, stopniem koncentracji na sobie i skłonnością do przeżywania nadmiernych wątpliwości, wiążących się z własną osobą. Wysokie wyniki w tej skali uzyskują osoby znajdujące się w stanie wewnętrznego napięcia, chaosu i dużego dyskomfortu psychicznego. Ten opis, wg Zuckera, jest charakterystyczny dla osób zagrożonych alkoholizmem związanym z zaburzeniami afektywnymi, choć ewentualną chorobę alkoholową u takich osób można by również tłumaczyć w terminach redukcji napięcia czy założeniach koncepcji PAF. Według badań Aranowskiej, Wattson i Wroteckiego poziom psychastenii u alkoholików z krótkim stażem niepicia był istotnie wyższy zarówno od poziomu u osób nieuzależnionych, jak i od poziomu u alkoholików z długim stażem niepicia, przy czym różnice między tymi ostatnimi dwiema grupami nie były istotne (por. tabela 1). Wypływa z tego wniosek, że psychastenia jest zaburzeniem wycofującym się wraz z zaprzestaniem picia, oraz najprawdopodobniej jest odpowiedzialna za rozpoczęcie picia. Związek ten jest również potwierdzony kilkoma innymi badaniami (Aranowska, Sławińska, 1997; Półtorak, 2001).

Trzecia badana cecha – to schizofrenia. Jak podaje Kucharski, młodzież z podwyższonymi wynikami w skali schizofrenii ma kłopoty z nauką i zachowaniem w szkole, jest wyobcowana i nie interesuje się światem zewnętrznym, ma trudności z koncentracją, duże poczucie winy i małe poczucie własnej wartości, a także jest lękliwa lub agresywna. W niektórych, bardziej skrajnych przypadkach, odnotowuje się występowanie zaburzeń jaźni, omamów i urojeń, a także objawów somatycz-

nych, jak bóle głowy i żołądka, wymioty itp. Choć nie mówi się tu wprost o spożywaniu alkoholu, to każdy z wymienionych objawów może mieć związek z piciem, czy to jako jego ewentualna przyczyna (lęk, niskie poczucie wartości, kłopoty szkolne), czy też jako skutek (brak zainteresowania obszarami zewnętrznymi, kłopoty z koncentracją, agresja, urojenia, objawy somatyczne). Być może objawy „schizofreniczne”, a także wyższe wyniki na tej skali, nie są rezultatem schizofrenii, ale efektem picia alkoholu. W badaniu Aranowskiej, Wattson i Wroteckiego osoby uzależnione miały istotnie wyższy poziom schizofrenii niż osoby nieuzależnione, z kolei alkoholicy z krótkim stażem niepicia mieli również wyższy poziom schizofrenii niż alkoholicy z dłuższą abstynencją (por. tabela 1). Różnica poziomów tej cechy między osobami nieuzależnionymi a alkoholikami z dłuższym stażem niepicia znajdowała się na granicy istotności.

Tabela 1. Średnie, odchylenia standardowe, oraz wyniki testu t-Studenta dla trzech grup osób dorosłych

Zmienne	Grupa 1 kontrolna (n = 53)		Grupa 2 uzależnieni z długim stażem niepicia (n = 33)		Grupa 3 uzależnieni z krótkim stażem niepicia (n = 35)		Różnice (Test jednostronny)					
							Grupa 1-2		Grupa 1-3		Grupa 2-3	
	x	S	x	S	x	S	T	p	t	P	T	P
X1	35,151	8,33	34,909	9,02	39,429	13,73	0,13		-1,65	0,052	-1,59	0,051
X2	40,075	8,56	42,469	8,20	49,800	9,37	-1,27		-5,02	0,000	-3,40	0,000
AK	9,528	5,04	9,121	3,82	9,200	5,02	0,42		0,30		-0,07	
PE	13,604	4,29	12,667	4,32	14,657	3,62	0,98		-1,20		-2,06	0,022
WS	15,208	3,74	14,636	3,40	15,200	3,07	0,71		0,01		-0,72	
WT	8,189	4,51	6,818	4,69	7,886	5,50	1,35		0,28		-0,86	
ZW	13,943	3,69	15,091	3,57	14,486	3,66	-1,42	0,079	-0,68		0,69	
RE	11,075	4,96	12,121	4,60	13,800	4,57	-0,98		-2,60	0,005	-1,51	0,068
L	2,509	1,69	2,515	1,68	2,171	1,54	0,02		-0,95		-0,88	
F	9,981	4,46	13,364	5,22	17,314	7,12	-3,20	0,001	5,43	0,000	-2,60	0,006
K	12,717	4,63	10,758	4,72	9,000	3,31	1,90	0,031	4,39	0,000	1,77	0,041
HD	14,887	5,47	16,621	6,25	17,042	6,24	-1,35		-0,28		-1,71	0,052
D	22,604	5,30	21,909	5,39	27,743	6,44	0,58		-4,08	0,000	-4,04	0,000
HY	22,811	5,97	23,909	6,02	24,600	5,91	-0,83		-1,38		-0,48	
PP	24,012	5,79	27,121	6,15	30,600	5,50	-2,36	0,021	-2,46	0,009	-5,32	0,000
PA	11,000	4,09	13,061	4,25	15,457	4,81	-2,24	0,014	-4,67	0,000	-2,17	0,012
PT	28,849	8,15	30,637	8,72	35,857	9,62	-0,96		-2,34	0,016	-3,67	0,000
S. C.	31,868	8,93	34,970	10,07	40,686	12,58	-1,49	0,071	-2,06	0,022	-3,59	0,000
MA	21,524	4,54	23,485	4,87	24,400	4,62	-1,89	0,031	-0,79		-2,89	0,003
SI	29,623	8,09	32,182	7,76	36,429	8,90	-1,45	0,075	-3,71	0,000	-2,09	0,020
MAS	19,358	8,51	21,970	8,75	28,714	7,99	-1,37		-5,17	0,000	-3,32	0,001
PK	138,93	22,3	136,00	22,65	123,89	26,35	0,59		2,88	0,003	2,03	0,024
PS	42,528	8,56	43,636	6,83	40,686	9,51	-0,63		0,95		1,46	0,075
PZ	50,415	9,01	49,697	8,56	43,486	9,33	0,37		3,48	0,000	2,86	0,003
PZR	45,981	9,40	42,667	9,83	39,714	10,28	1,56	0,061	2,95	0,002	1,21	

Źródło: Aranowska, Wattson, Wrotecki (2002) – za zgodą autorów.

Dodatkowo badaną cechą było poczucie (umiejscowienie) kontroli, mierzone Kwestionariuszem Delta w opracowaniu Drwala (1989). Zewnętrzne umiejscowienie kontroli prowadzi do postrzegania otoczenia i rezultatów własnych działań jako zupełnie niezależnych od danej jednostki oraz jej oczekiwań i dążeń. W efekcie, prowadzić to może do znacznego dyskomfortu psychicznego, wyuczonyj bezradności i automatycznego pogłębiania się rozmaitych problemów życiowych osoby z zewnętrznym poczuciem kontroli. Osoba z takimi problemami, sięgając po alkohol, doświadczać będzie krótkotrwałego poczucia własnego sprawstwa i kontroli nad sytuacją, co zgodnie z opisywanymi wcześniej modelami, stanowić może wystarczającą gratyfikację do ponownego picia. Z drugiej strony, u osób już pijących, w bardziej zaawansowanym stadium alkoholizmu (który trudno zakładać u młodzieży), nawet jeśli był on wywołany innymi czynnikami niż poczucie kontroli, cecha ta powinna być umiejscowiona zewnątrz. U takich osób zewnętrzne poczucie kontroli jest rezultatem picia, gdyż jako osoby uzależnione zaczynają dostrzegać, bardziej lub mniej świadomie, że to alkohol i dążenie do jego spożywania kierują ich działaniem, tłumiąc wszelkie inne motywacje i aktywności niezwiązane z piciem. Tak więc zewnętrzne umiejscowienie kontroli może być zarówno przyczyną jak i skutkiem uzależnienia od alkoholu.

Ponieważ jednak badaną populację stanowi młodzież szkół średnich, spodziewane zewnętrzne poczucie kontroli, jako wynik badania, może być naturalnym skutkiem etapu rozwoju, na którym właśnie znajduje się jednostka, etapu całkowitej zależności od rodziny. Ostatnią badaną cechą osobowości był poziom „kłamstwa” uczniów, mierzony skalą Kłamstwa z Kwestionariusza Delta.

Dodatkowo kontrolowano cechy o charakterze demograficznym. Pierwszą z tych cech jest wiek, co do którego jest niemal oczywiste, że wraz z jego wzrostem, zwiększa się spożycie alkoholu, szczególnie w momencie osiągnięcia lat 18 i uzyskania swobodnego dostępu do alkoholu. Kolejna cecha to płeć.

Jak podają Morawski i Grudziak-Sobczyk (1989) „większa intensywność używania alkoholu występuje w szkołach zasadniczych oraz w technikach, mniejsza w liceach”. W opisywanym badaniu – starając się kontrolować środowisko jednostki i ewentualny jego wpływ na nią – wprowadzono ważną, dychotomiczną cechę tzw. Poziom szkoły. Szkoły sklasyfikowano na szkoły o tzw. wysokim i niskim poziomie, zaliczając do szkół o niskim poziomie szkoły zasadnicze, jak również te licea, z których niewielki odsetek uczniów dostaje się na studia. Niski poziom danej szkoły oznacza, po pierwsze niezbyt wysokie aspiracje uczniów, po drugie – również niezbyt wysokie chęci bądź umiejętności wychowawcze nauczycieli. Wynika z tego założenie, że uczniowie ze szkół o niższym poziomie będą się charakteryzowali większym spożywaniem alkoholu (wpływ środowiska, gorsze perspektywy na przyszłość, mniejsza kontrola nauczycieli). Oczywiście, sam poziom spożycia alkoholu, traktowany tu jako główna zmienna zależna, określany był na podstawie kryterium KKIA i stanowił cechę dziesięciokategoryjną (abstynenci oraz dziewięć grup spożywających alkohol), nazwaną Intensywnością używania alkoholu.

Do pomiaru psychopatii, psychastenii i schizofrenii użyto odpowiednich skal polskiej wersji Minnesockiego Wielowymiarowego Inwentarza Osobowości w wersji dla Młodzieży (MMPI-A). Narzędzie to jest tłumaczeniem i adaptacją wersji amerykańskiej (Kucharski, 1998, 2003). Do pomiaru umiejscowienia poczucia kontroli

oraz kłamstwa użyto Kwestionariusza DELTA, autorstwa Drwala (1978, 1995), będącego polską adaptacją kwestionariusza umiejscowienia kontroli Rottera.

Hipotezy przewidywały wzrost wartości przeciętnych wszystkich cech osobowości w miarę zwiększania się intensywności używania alkoholu

2.2 WYNIKI

W badaniu wzięło udział łącznie 148 osób (61 kobiet i 87 mężczyzn) w wieku od 15 do 20 lat. Byli to uczniowie warszawskich liceów ogólnokształcących, technikum budowlanego oraz szkoły fryzjerskiej. Nieco więcej niż połowa tej grupy, 77 osób (52%) było uczniami szkół o tzw. wyższym poziomie (licea z większym odsetkiem uczniów dostających się na studia), zaś 71 osób (48%) uczyło się w szkołach o niższym poziomie (licea z mniejszym odsetkiem studiujących absolwentów, technika i szkoły zawodowe). Średnia wieku wynosiła ok. 17 lat. Wśród mężczyzn najlichnieszą grupę (40%) stanowili siedemnastolatki, zaś wśród kobiet szesnastolatki lub młodsze (36%). W szkołach o wysokim poziomie najlichnieszą grupę stanowiły osoby w wieku 17 lat (36%), zaś w szkołach o niższym poziomie – 18 lat i starsze (40%). Ogółem, najwięcej osób badanych (37%) było w wieku lat 17. W tabeli 2 przedstawiono rozkład płci w różnych typach szkół.

Tabela 2. Rozkład płci i poziomu szkoły osób badanych

	Kobiety		Mężczyźni		RAZEM	
	N	%	N	%	N	%
Wysoki poziom	39	64%	38	44%	77	52%
Niski poziom	22	36%	49	56%	71	48%
RAZEM	61	100%	87	100%	148	100%

Źródło: Brustman, A., (2003).

Analizując częstość i ilość spożywanego alkoholu przez młodzież, okazało się, że największe ilości alkoholu jednorazowo (ponad 6 miar) spożywa w przypadku piwa 8% badanych, w przypadku wina 10%, zaś w przypadku wódki aż 28% badanych uczniów, co stanowi największą grupę spośród badanych pijących ten rodzaj alkoholu.

Najczęściej spożywaną jednorazowo ilością piwa jest jedna do dwóch miar. Tyle piwa wypija jednorazowo 29% badanych. W przypadku wina również najczęściej wypijane są 1-2 miary – taką ilość wypija jednorazowo 28% uczniów.

Próba badana nie zakwalifikowała się do wszystkich możliwych, formalnie wyróżnianych dziewięciu grup osób charakteryzujących się coraz wyższym ryzykiem uzależnienia (por. tabela 3). Nie ma w niej osób pijących bardzo duże ilości alkoholu za jednym posiedzeniem, i równocześnie rzadko, a także osób pijących bardzo często, ale w małych ilościach; takie osoby (ze względu na chemiczny aspekt działania alkoholu na organizm ludzki) zdarzają się w populacji dość rzadko.

Abstynenci, czyli osoby w ogóle niepijące alkoholu, stanowią zaledwie 5,4% badanej młodzieży. Największe grupy stanowią osoby pijące systematycznie (65%) lub osoby pijące jednorazowo duże ilości alkoholu (60%). Mniej niż 1%

to osoby pijące bardzo często, w zasadzie codziennie. Około 4% uczniów to osoby pijące bardzo duże ilości alkoholu jednorazowo.

Ogólnie najczęściej spotykane trzy kategorie, charakteryzujące intensywność picia (złożenie częstości i ilości picia), to osoby pijące systematycznie i w dużych ilościach (49% badanej próby), osoby pijące rzadko i w małych ilościach (19%), oraz osoby pijące systematycznie, ale w małych ilościach (12%) (por. tabela 3).

Powstałe grupy są zbyt małej liczebności, aby można było stosować bardziej zaawansowane analizy statystyczne, dlatego też połączono kilka z nich. Rozkład nowo utworzonych grup w badanej próbie przedstawia tabela 4. Jak widać, najbardziej liczną grupę stanowią osoby o dużej intensywności picia – do tej grupy zalicza się 49% badanych.

Tabela 3. Rozkład ilości i częstości spożywania alkoholu przez osoby badane

Ilość										
Częstość	Abstynenci		Mało konsumujący jednorazowo		Dużo konsumujący jednorazowo		Bardzo dużo konsumujący jednorazowo		RAZEM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abstynenci	8	5,4%							8	5,4%
Rzadko używający			28	18,9%	15	10,1%			43	29,1%
Systematycznie używający			18	12,2%	73	49,3%	5	3,4%	96	64,9%
Zagrożeni uzależnieniem							1	0,7%	1	0,7%
RAZEM	8	5,4%	46	31,1%	88	59,5%	6	4,1%	148	100,0

Źródło: Brustman, A., (2003).

Tabela 4. Rozkład intensywności spożywania alkoholu wśród osób badanych dla płci i poziomu szkoły

	N	%	Kob.	Męż.	W	i N
Abstynencja	8	5,4%	4	4	6	2
Picie rzadko i mało – niska intensywność picia	28	18,9%	18	10	21	7
Picie rzadko i dużo, lub często i mało – średnia intensywność	33	22,3%	15	18	17	16
Picie często i dużo – duża intensywność picia	73	49,3%	23	50	32	41
Picie bardzo dużo i często lub bardzo często – zagrożeni uzależnieniem.	6	4,1%	1	5	1	5
RAZEM	148	100,0	61	87	77	71

Źródło: Brustman, A., (2003).

Rozkłady intensywności picia alkoholu wśród badanej młodzieży, w zależności od rodzaju szkoły i płci osób badanych pokazują (por. tabela 4), że wprawdzie w obu rodzajach szkół najlichniesza grupa osób to uczniowie charakteryzujący się dużą intensywnością picia, to jednak w szkołach o wyższym poziomie stanowią oni 42% badanych, zaś w szkołach o niższym poziomie aż 58%.

Równocześnie w szkołach o wyższym poziomie jest znacznie większy odsetek abstynentów (8%) i mniejszy odsetek zagrożonych uzależnieniem (1%) niż w szkołach o niższym poziomie (odpowiednio 3% abstynentów i 7% zagrożonych uzależnieniem).

Wyraźne różnice pod względem intensywności picia alkoholu występują między płciami. Wprawdzie tu również w obu grupach najlichniesze są osoby charakteryzujące się dużą intensywnością picia, to jednak wśród kobiet stanowią one nieco ponad jedną trzecią osób badanych (38%), zaś wśród mężczyzn – ponad połowę (57%). Ta różnica częściowo może być uzasadniona wiekiem badanych; średnia wieku u dziewcząt jest o rok niższa (16 lat) od średniej chłopców (17). Równocześnie odsetek osób zagrożonych uzależnieniem jest zdecydowanie większy wśród mężczyzn (6%) niż wśród kobiet (2%). Odsetek abstynentów nie jest już aż tak odmienny dla obydwu płci, chociaż jest wyższy u kobiet (7%) niż u mężczyzn (5%). Podsumowując – intensywność spożywania alkoholu jest wyższa u mężczyzn i w szkołach o niższym poziomie.

2.3. RÓŻNICE MIĘDZYGRUPOWE WARTOŚCI OCZEKIWANYCH CECH OSOBOWOŚCI

Analizując wartości średnie skal MMPI-A i Delta, zarówno dla całej badanej próby, jak i dla poszczególnych podgrup wyróżnionych ze względu na wiek, płeć lub poziom szkoły, ujawniono malejącą (o pół jednostki) wraz ze wzrostem wieku tendencję do fałszowania odpowiedzi. Istnieje pewna tendencja do zmniejszania się średniego wyniku tej skali wraz ze wzrostem wieku. Efektem tej tendencji jest istotnie niższy średni wynik osób w wieku lat 18 i starszych niż średni wynik osób w wieku lat 16 i młodszych. Choć jest to wynik istotny statystycznie, zapewne nie powoduje różnic na poziomie zachowania, toteż wyniku tego nie traktuje się go jako ujawnionego tu, znaczącego efektu wieku.

Mężczyzn od kobiet istotnie różniło tylko umiejscowienie poczucia kontroli; średnia u mężczyzn okazała się większa o jednostkę (6,92 u kobiet i odpowiednio 7,87 u mężczyzn – $p < 0,0005$).

Ważnym wynikiem jest istotna statystycznie, jedyna różnica między szkołami o wysokim i niskim poziomie – w skali psychopatii. Dla szkół o niższym poziomie średnia tej cechy wynosi 53,18, podczas gdy dla szkół o wysokim poziomie równa jest 49,94 ($p < 0,00005$).

Nie stwierdzono (podobnie jak wyżej, testem t Studenta) istotnych różnic między grupami wiekowymi na skali psychopatii, psychastenii, schizofrenii, ani na skali umiejscowienia poczucia kontroli w kwestionariuszu Delta. Ponieważ nie było podstaw, aby uznać, że wiek (od ok. 16 do 18 lat) różnicuje cechy osobowości, nadto mężczyzn od kobiet nieznacznie różniło jedynie umiejscowienie poczucia kontroli, toteż dalsze analizy zdecydowano się prowadzić na grupach różniących się zaledwie intensywnością używania alkoholu, poziomem zmiennej zależnej.

2.4. ZWIĄZEK INTENSYWNOŚCI UŻYWANIA ALKOHOŁU Z CECHAMI OSOBOWOŚCI

Niżej, w tabeli 5, przedstawiono średnie poziomy analizowanych cech, osobno dla każdej z badanych grup, różniących się intensywnością spożywania alkoholu (od abstynentów po osoby zagrożone uzależnieniem).

Tabela 5. Średnie i odchylenia standardowe wyników skal MMPI-A i Delta u uczniów w zależności od intensywności spożywania alkoholu

		Abstynencja	Niska intensywność picia	Średnia intensywność picia	Duża intensywność picia	Zagrożenie uzależnieniem	RAZEM
Psychopatia	Średnia	45,13	47,54	50,82	53,49	57,83	51,49
	Odchylenie standardowe	5,00	6,98	6,41	10,14	8,11	8,98
Psychastenia	Średnia	44,63	47,21	52,00	52,95	49,50	51,06
	Odchylenie standardowe	6,46	6,41	7,80	9,42	9,44	8,74
Schizofrenia	Średnia	49,50	49,68	54,94	58,41	59,17	55,53
	Odchylenie standardowe	9,12	6,96	10,00	11,01	12,64	10,61
Poczucie kontroli	Średnia	7,13	7,18	7,55	7,60	7,50	7,48
	Odchylenie standardowe	1,89	1,49	1,50	1,46	1,38	1,49
Skala kłamstwa	Średnia	8,00	8,29	7,88	7,99	8,00	8,02
	Odchylenie standardowe	1,07	1,24	1,49	1,36	1,10	1,34

Źródło: Brustman, A., (2003).

Jak widać, wyniki takich skal jak psychopatia i schizofrenia są coraz większe w każdej kolejnej grupie charakteryzującej się większą intensywnością spożywania alkoholu. Jest to zgodne z przedstawionymi wyżej oczekiwaniami.

Podobną tendencję można zaobserwować w przypadku skal psychastenii oraz poczucia kontroli. Wraz ze wzrostem intensywności picia w kolejnych 4 grupach (od abstynentów do osób pijących dużo) rośnie poziom psychastenii u osób badanych, nadto zmienia się lokalizacja poczucia kontroli w kierunku zewnątrzsterowności. Wyjątkiem od tej tendencji, na obu skalach, jest grupa osób zagrożonych uzależnieniem, u których wyniki zmniejszają się mniej więcej do poziomu osób o średniej intensywności picia. Brak jakiegokolwiek wyraźnej tendencji w wynikach skali kłamstwa. Można założyć, że osoby badane bez względu na intensywność picia wykazywały zbliżoną skłonność do fałszowania odpowiedzi i przedstawiania siebie w korzystniejszym świetle, co jest wnioskiem o tyle istotnym, że wyklucza możliwość wypaczenia pozostałych wyników wskutek większej lub mniejszej prawdomówności którejs z badanych grup.

W tabeli 6 przedstawiono wyniki testu t Studenta dla wszystkich par grup dla skali psychopatia. (Ze względu na nierównoliczność prób nie można było użyć

jednoczynnikowej analizy wariancji.) Większość z zaobserwowanych różnic okazała się istotna. Wyniki te wyraźnie świadczą o słuszności hipotezy łączącej wzrost intensywności spożywania alkoholu z większym poziomem psychopatii.

Tabela 6. Różnice w wynikach skali psychopatii (MMPI-A) w zależności od intensywności spożywania alkoholu przez uczniów

	Abstynencja	Niska intensywność picia	Średnia intensywność picia	Duża intensywność picia	Zagrożenie uzależnieniem
N	8	28	33	73	6
Średnia	45,13	47,54	50,82	53,49	57,83
Odchylenie standardowe	5,00	6,98	6,41	10,14	8,11
Abstynencja	–	-0,908	-2,337	-3,931	-3,632
Niska intensywność picia	n. ist.	–	-1,913	-3,356	-3,192
Średnia intensywność picia	0,012	0,030	–	-1,642	-2,371
Duża intensywność picia	0,001	0,001	n. ist.	–	-1,020
Zagrożenie uzależnieniem	0,002	0,002	0,012	n. ist.	–

(nad przekątną wynik testu tStudenta, pod przekątną istotność p. Wyniki uznano za nieistotne przy $p > 0,05$)

Źródło: Brustman, A., (2003).

Dla skali psychastenii część z zaobserwowanych różnic okazała się nieistotna (por. tabela 7). Ponieważ, z jednej strony, grupa abstynentów nie różni się istotnie od osób charakteryzujących się niską intensywnością picia w zakresie omawianej cechy, z drugiej zaś poziom psychastenii obniża się nieznacznie w grupie zagrożonej uzależnieniem – ta ostatnia grupa przestała się różnić od pozostałych. Powstaje pytanie, czy jest to wynik losowy, związany wyłącznie z tą próbą, czy też jest to efekt stały. Generalnie widać, że psychastenia do pewnego momentu rośnie wraz ze wzrostem intensywności spożywania alkoholu, toteż, tak jak w przypadku psychopatii, wynik ten może świadczyć o słuszności hipotezy łączącej wzrost intensywności spożywania alkoholu z natężeniem psychastenii, choć niezbędne są dalsze badania wyjaśniające charakter tego związku.

Dla skali schizofrenii większość z zaobserwowanych różnic okazała się nieistotna (por. tabela 8), podobnie jak w przypadku psychastenii. Prawdopodobnie również w przypadku tej skali wyjaśnień może być wiele, np. przypadkowy efekt próby czy zbyt mała liczebność grup abstynentów i zagrożonych uzależnieniem, co może powodować zmniejszanie się liczby istotnych różnic między tymi grupami a pozostałymi, chociaż ogólna tendencja zwiększania się średniego poziomu schizofrenii wraz ze wzrostem intensywności spożywania alkoholu została zachowana. Z wyjątkiem wyników dotyczących obu skrajnych grup (abstynentów i zagrożonych uza-

leżnieniem), istotnie wyższy poziom tej cechy występuje u osób pijących więcej, co jest ogólnie zgodne z zakładaną hipotezą o wzroście intensywności spożywania alkoholu wraz z większym poziomem schizofrenii. Oczywiście, podobnie jak w skali psychastenii, niezbędne jest dokładniejsze zbadanie zarówno osób pijących bardzo dużo (zagrożonych uzależnieniem), jak i abstynentów. Zbyt małe liczebności tych grup w niniejszym badaniu wprawdzie nie zakłócają ogólnej tendencji wzrostowej średnich wartości skal klinicznych, tendencji – zgodnej z postawioną hipotezą, ale muszą zostać dodatkowo potwierdzone w innych badaniach.

Tabela 7. Różnice w wynikach skali psychastenii (MMPI-A) w zależności od intensywności spożywania alkoholu przez uczniów

	Abstynencja	Niska intensywność picia	Średnia intensywność picia	Duża intensywność picia	Zagrożenie uzależnieniem
N	8	28	33	73	6
Średnia	44,63	47,21	52,00	52,95	49,50
Odchylenie standardowe	6,46	6,41	7,80	9,42	9,44
Abstynencja	–	-1,006	-2,471	-2,430	-1,152
Niska intensywność picia	n. ist.	–	-2,588	-3,498	-0,729
Średnia intensywność picia	0,009	0,006	–	-0,503	0,701
Duża intensywność picia	0,009	0,000	n. ist.	–	0,861
Zagrożenie uzależnieniem	n. ist.	n. ist.	n. ist.	n. ist.	–

(nad przekątną wynik testu t Studenta, pod przekątną istotność p. Wyniki uznano za nie istotne przy $p > 0,05$)

Źródło: Brustman, A., (2003).

Jedyną hipotezą, która się tu nie potwierdziła, była hipoteza o bardziej zewnętrznie umiejscowionym poczuciu kontroli u osób charakteryzujących się większą intensywnością spożywania alkoholu. Na skali umiejscowienia kontroli nie odnotowano żadnych istotnych różnic między którąkolwiek z grup. Podobnie – nie odnotowano żadnych istotnych różnic między grupami dla skali kłamstwa. Świadczyć to może o mniej więcej wyrównanej tendencji do fałszowania obrazu siebie, niezależnie od intensywności spożywania alkoholu.

3. WNIOSKI I PODSUMOWANIE

Opisywane badanie pozwala na sformułowanie kilku szczegółowych wniosków.

1. Zagadnieniem dużej wagi jest występująca w opisywanym badaniu różnica przeciętnych wartości cech osobowości ośmiu abstynentów i 28 osób stanowiących grupę o niskiej intensywności używania alkoholu. Jak wspomniano wcześniej kryterium KKIA selekcjonujące badanych do grup o różnej intensywności

używania alkoholu było „konserwatywne” dla grup charakteryzowanych niską, przeciętną i bardzo wysoką intensywnością, tzn. klasyfikowane były tam osoby z ogromnym prawdopodobieństwem mające taki właśnie poziom cechy.

Tabela 8. Różnice w wynikach skali schizofrenii (MMPI-A) w zależności od intensywności spożywania alkoholu przez uczniów

	Abstynencja	Niska intensywność picia	Średnia intensywność picia	Duża intensywność picia	Zagrożenie uzależnieniem
N	8	28	33	73	6
Średnia	49,50	49,68	54,94	58,41	59,17
Odchylenie standardowe	9,12	6,96	10,00	11,01	12,64
Abstynencja	–	-0,060	-1,402	-2,205	-1,669
Niska intensywność picia	n. ist.	–	-2,412	-4,745	-1,782
Średnia intensywność picia	n. ist.	0,010	–	-1,546	-0,916
Duża intensywność picia	0,015	0,000	n. ist.	–	-0,160
Zagrożenie uzależnieniem	n. ist.	n. ist.	n. ist.	n. ist.	–

(nad przekątną wynik testu tStudenta, pod przekątną istotność p. Wyniki uznano za nie istotne przy $p > 0,05$)

Źródło: Brustman, A., (2003).

W szczególności do grupy niskiej intensywności przydzielone zostały osoby, które (zgodnie z deklaracją) rzeczywiście sporadycznie używają alkoholu innego niż wódka nie częściej niż raz w miesiącu i co najwyżej do dwu miar (dwu puszek piwa, dwu kieliszków wina) jednorazowo. Okazało się jednak, że wartości średnie dwu cech, psychopatii i psychastenii w tej grupie były odpowiednio większe o dwie jednostki skali i trzy jednostki skali względem średnich tych cech w grupie abstynentów (średnie wartości schizofrenii występowały na tym samym poziomie). Przy tak niewielkim spożyciu alkoholu trudno nie przypuszczać, że to właśnie poziom tych cech – obok innych znaczących przesłanek – jest przyczyną używania alkoholu, choćby jako cecha pośrednicząca, a nie odwrotnie.

Ponieważ skład tej grupy stanowiły prawie w 75% dziewczęta i dokładnie w 75% były to osoby ze szkół o wysokim poziomie nauczania, dlatego niezbędne jest powtórzenie tych badań na populacjach znacznie młodszych, aby zidentyfikować taką grupę u chłopców, zwłaszcza chodzących do szkół (gimnazjalnych czy podstawowych) o niższym poziomie nauczania.

Wprawdzie międzygrupowe różnice średnich tych dwu cech były nieistotne statystycznie, lecz – po pierwsze, wynik ten jest zbyt ważny, by go nie podkreślić, po drugie – brak istotności jest tu oczywisty i wynika z trzykrotnie mniejszej próby abstynentów od grupy o niskiej intensywności używania alkoholu i generalnie bardzo małej liczebności tych prób (8 i 23 osoby).

2. W grupie o średniej intensywności używania alkoholu wystąpił „drastyczny” wzrost, już istotny statystycznie (większe próby) średnich trzech cech: psychopatii o trzy jednostki skali, psychastenii i schizofrenii aż o 5 jednostek skali w porównaniu z grupą o niskiej intensywności używania alkoholu. W omawianej grupie jest prawie tyle samo kobiet (15 osób) i mężczyzn (18 osób), nadto w połowie ze szkół o wyższym poziomie (17 osób) i w połowie ze szkół o niższym (16 osób) poziomie. Naturalnie tezy o przyczynowej relacji między osobowością a intensywnością tego typu nie da się sformułować przy takim planie obserwacji, jakim posłużono się w tym badaniu. Wpływy stają się wzajemne: wyższa intensywność destrukcyjnie oddziałuje na osobowość, a podwyższony poziom cech, wtórnie może przyczyniać się do zwiększenia spożycia alkoholu.

3. „Przejsie” do grupy o dużej intensywności picia powoduje dalsze zwiększenie się, prawie o trzy jednostki psychopatii i o ok. 3,5 jednostki skali schizofrenii (psychastenia – na podstawie tego badania nie ulega zmianom poczynając od średniego poziomu intensywności używania alkoholu). Grupa o dużej intensywności picia stanowi prawie 50% wszystkich badanych, co stanowi kolejne alarmujące doniesienie o nadużywaniu alkoholu przez polską młodzież. W skład grupy wchodzi ponad dwa razy więcej chłopców (69%) niż dziewcząt, w większości ze szkół o niskim poziomie (56%).

Wprawdzie dla obydwu wspomnianych wyżej cech (psychopatii i schizofrenii) różnice międzygrupowe okazały się nieistotne, ale stało się to z powodów czysto formalnych; dwukrotna różnica w liczebności prób i zauważalna duża heterogeniczność wariancji obydwu grup w każdej ze zmiennych znacząco – obniżyły stopnie swobody statystyki t Studenta, tym samym zwiększyła się wartość krytyczna testu i obniżyła jego moc (w uznaniu istnienia rzeczywistego efektu różnic międzygrupowych).

Ostatecznie – w sensie treściowym – występujące zmiany poziomów wartości obydwu cech są znaczące i nie wolno ich nie zauważać.

4. Generalnie, ujawniono istnienie związku między intensywnością picia alkoholu a nasileniem psychopatii. Każda grupa pijąca więcej i częściej miała równocześnie wyższy przeciętny poziom tej skali, a znaczna większość różnic między nimi była istotna statystycznie. Ponieważ rozbieżność między przeciętnymi poziomami tej cechy wynosi aż 13 tenów, dochodzących do górnej granicy normy (58 tenów), wynik ten jest bardzo ważny. Zgodnie z różnymi koncepcjami rozwoju alkoholizmu, psychopatia jest jego prawdopodobną przyczyną (Zucker, 1997), lub też sprzyja powstawaniu problemów rodzinnych, szkolnych i środowiskowych, które z kolei prowadzą do alkoholizmu (Tarter, Vanyukov, 1997), a młodzież o dużym nasileniu tej cechy chętniej sięga po alkohol (Kucharski, 1998). Równocześnie, ponieważ badana populacja to osoby młode, a więc najprawdopodobniej pijące alkohol nie dłużej niż kilka lat, można założyć, że ani nie piją one alkoholu wystarczająco długo i przez cały czas z jednakową wysoką intensywnością, aby mógł on spowodować trwałe podwyższenie poziomu psychopatii. Dlatego – co podkreśla się powtórnie, po wniosku 1. – sensowne jest uznanie, że wyższy poziom psychopatii u młodych osób używających alkoholu jest z wysokim prawdopodobieństwem przyczyną tego picia, a nie jego skutkiem.

5. Uzyskane wyniki są mniej jednoznaczne w przypadku psychastenii. Dość wyraźny związek pomiędzy rosnącym poziomem tej cechy w granicy 8 tenów, a zwiększoną intensywnością używania alkoholu daje się zauważyć, o czym wspomniano wyżej, jedynie do pewnego momentu. Po jego przekroczeniu psychastenia – w sensie stochastycznym – pozostaje na stałym poziomie, niezależnie od rosnącego spożycia alkoholu. Jest to tendencja zgodna m.in. z koncepcją redukcji napięcia (PAF) czy z koncepcją Zuckera (1997), dotyczącą alkoholizmu związanego z zaburzeniami afektywnymi. Podwyższona psychastenia oznacza m.in. zwiększony poziom lęku, zaś po alkohol sięga się w celu obniżenia go. Najprawdopodobniej jest to mechanizm samonapędzający się: większy lęk – intensywniejsze używanie alkoholu – jeszcze większy lęk – dalsze nadużywanie. Być może przy intensywnym, nałogowym picu, przy którym dochodzi do degeneracji uczuć wyższych i wglądu w siebie oraz do zmian w systemie wartości danej jednostki (najważniejszy staje się alkohol), osoby uzależnione przestają obawiać się rzeczy, które pierwotnie „wpędziły” je w alkoholizm. Taka hipoteza wymaga oczywiście dalszych badań. Generalnie jednak wydaje się, że psychastenia jest przyczyną rozwoju alkoholizmu (por wniosek 1), przynajmniej w początkowym okresie tego rozwoju.

6. Osoby niepijące lub osoby mało pijące charakteryzują się znacznie niższym poziomem schizofrenii niż osoby pijące ze średnią lub dużą intensywnością. Jest to wniosek zgodny z wynikami badania Aranowskiej, Wattson i Wroteckiego (2002), w którym dorośli alkoholicy mieli wyższy poziom schizofrenii niż osoby niezależnione. Według Kucharskiego (1998), młodzież szkolna o podwyższonym poziomie schizofrenii ma kłopoty w nauce i z zachowaniem w szkole, jest wyobcowana i nie interesuje się światem zewnętrznym, ma trudności z koncentracją, duże poczucie winy i małe poczucie własnej wartości, a także jest lękliwa lub agresywna. Zważywszy na fakt, że taki właśnie podwyższony poziom w całej próbie badanych charakteryzuje aż 79 osób spośród 148 (z grupy o dużej intensywności używania alkoholu i zagrożonych uzależnieniem), czyli ponad 53% uczniów, koniecznością jest objęcie prewencją całej polskiej młodzieży.

Ostatecznie należy uznać, że rosnący poziom schizofrenii jest związany ze zwiększoną intensywnością spożywania alkoholu, ale raczej jest jego nieporządanym skutkiem, a nie przyczyną.

7. Ważnym wnioskiem jest fakt, iż przy tak prostym kryterium identyfikującym zmienną „Poziom szkoły” – rozumianym jako procent liczby osób dostających się na studia dzienne – istnieją tak znaczne różnice między grupami zagrożonymi uzależnieniem; 1% uczniów w szkołach o wyższym poziomie i aż 7% w szkołach o poziomie niższym, przy odwrotnych procentach abstynentów – 8% w szkołach o wyższym poziomie i tylko 3% w szkołach o poziomie niższym.

Uogólniając wyniki opisywanego badania, można zaryzykować tezę, że istnieją przesłanki do dalszych dociekań nad liczbą i „siłą” różnych fenotypów psychologicznych, stanowiących o podatności na ryzyko uzależniania się od alkoholu. Wydaje się, że uzyskane wyniki potwierdzają trafność koncepcji zarówno Zuckera, jak i Tartera i Vanyukowa mówiącej o pewnego rodzaju osobowości antyspołecznej jako o przyczynie nadużywania alkoholu we wczesnych latach. Wydaje się, że taki związek w populacji młodzieży polskiej ujawniono. Naturalnie, nie badano ani całej struktury osobowości młodzieży, ani całego spektrum oddziały-

wań różnych środowisk. Zatem nie ma możliwości wskazania innych ważnych przyczyn sterujących zachowaniami przy sięganiu po alkohol, ani też prognozowania o przerwaniu czy kontynuowaniu procesu spożywania alkoholu.

Dodatkowo warto zauważyć, że skoro potwierdzone zostały pewne tezy wynikające z ogólnej koncepcji Zuckera czy Tartera i Vanyukova oznacza to również, że stosowane kryterium identyfikacji grup o coraz wyższej intensywności używania alkoholu też jest trafne (w sensie metodologicznej „dobroci” wskaźnika, a nie kryterium diagnostycznego służącego do diagnozy klinicznej) i może być używane w dalszych badaniach, dopóki nie powstaną właściwe kryteria, różne dla różnych typów procesu uzależniania się.

BIBLIOGRAFIA

- Aranowska, E. (1996). *Metodologiczne problemy zastosowań modeli statystycznych w psychologii. Teoria i praktyka*. Warszawa: Studio I.
- Aranowska, E., Sławińska, J. (1993). Alcohol problems of youth leaving secondary school. 07 – 11 czerwiec, Kraków, 19-th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. The Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. Instytut Psychiatrii i Neurologii, WHO – Colaborating Centre for Research and Training in Mental Health.
- Aranowska, E., Sławińska, J. (1994). The prevalence of alcohol use among university students. 03-10 czerwiec, Ruschlikon, Switzerland. 20-th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. The Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. The International Council of Alcohol and Addictions and the Swiss Institute for the Prevention of Alcohol and Drug Problems.
- Aranowska, E., Sławińska, J. (1996). Rozpowszechnianie używania alkoholu wśród młodzieży. *Problemy Alkoholizmu*, 479, 2, IV-VII.
- Aranowska, E., Sławińska, J. (1997). „Intensity of alcohol use and neurotism of the university students”. 2-6 czerwiec, Reykjavik, Iceland. 23rd Annual Alcohol Epidemiology Symposium Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, the International Council of Alcohol and Addictions, and the Department of Psychiatry, Landspítalinn, University Hospital.
- Aranowska, E., Wattson, M., Wrotecki, P. (2002). Kliniczna charakterystyka zmian osobowości osób uzależnionych od alkoholu. W: A. Grochowska (red.), *Wokół psychologii osobowości: księga pamiątkowa poświęcona prof. Stanisławowi Siekowi*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Brustman, A. (2003). Uwarunkowania osobowościowe alkoholizmu wśród młodzieży. Praca magisterska napisana pod kierunkiem E. Aranowskiej. Wydział Psychologii UW (na prawach rękopisu).
- Conger, J. J. (1956). Alcoholism; theory, problem, and challenge: II Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 296-305.
- Drwal, R. Ł. (1978). Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań. W: E. Paszkiewicz (red.), *Materiały do Nauczania Psychologii*. S-III. T. 3. Warszawa: PWN.
- Drwal, R. Ł. (1989). *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej: wybrane zagadnienia*. Lublin: UMCS.

- Drwal, R. Ł. (1995). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości: wybrane zagadnienia i techniki*. Warszawa: Wydawnictwa Naukowe PWN.
- Frederick, C. J. (1995). Nadużywanie substancji psychoaktywnych jako zachowanie wyuczone. *Nowiny Psychologiczne*, 2.
- Gold, S. R. (1995). Teoria wyjaśniająca zjawisko nadużywania substancji psychoaktywnych w terminach kontroli nad czynnikami poznawczo-afektywno-farmakologicznymi (PAF). *Nowiny Psychologiczne*, 2.
- Gold, S. R., Coghlan, A., J. (1976). Locus of control and self-esteem among adolescent drug abuser: effects of residential treatment. *Drug Forum*, 5 (2).
- Jakubik, A. (2002). Zaburzenia osobowości. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*. T. 2. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 583-616.
- Kucharski, T. (1998). *Wprowadzenie do kwestionariusza MMPI-A dla młodzieży*. Toruń: Pracownia Psychologii Klinicznej i Rozwoju Osobowości.
- Kucharski, T. (2003). *Materiały źródłowe do Kwestionariusza MMPI-A*. Toruń: Centrum Psychologii Klinicznej i Rozwoju Osobowości Zawodowej.
- Leksykon terminów alkohol i narkotyki*. Światowa Organizacja Zdrowia, (1997). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Melibruda, J. (1997). Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu. *Alkohol i narkomania*, 3, 28.
- Melibruda, J. (1999). Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia. *Terapia uzależnienia i współ-uzależnienia*, 1.
- Morawski, J., Grudziak-Sobczyk, E. (1989). *Problemy alkoholowe w rodzinach młodzieży robotniczej badane skryningowym testem dla dzieci osób nadużywających alkoholu*. T. 3, Materiały 36. Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Łódź.
- Półtorak, M. (2001). *Związek wybranych czynników psychologicznych z intensywnością używania alkoholu przez studentów*. Praca roczna pod kierunkiem prof. UW E. Aranowskiej, Wydział Psychologii UW.
- Tarter, R. E., Vanyukov, M. M. (1997). Rozwojowy model etiologii alkoholizmu. W: R. Zucker, G. Boyd, J. Howard (red.), *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix of Risk*. Research Monograph, No. 26 U. S. Department of Health and Human Services.
- Zucker, R. A. (1987). The four alcoholisms: A developmental account of the etiologic process. W: P. C. Rivers (red.), *Nebraska Symposium on Motivation. Alcohol and Addictive Behaviors*, 34,27-83. Nebraska: University of Nebraska Press.
- Zucker, R., A. (1997). Drogi wiodące do rozwoju problemów alkoholowych i uzależnienia od alkoholu: omówienie w kontekście teorii rozwojowej przesłanek świadczących o istnieniu różnych typów alkoholizmu oraz wpływie uwarunkowań zewnętrznych na ryzyko zachorowania. W: R. Zucker, G. Boyd, J. Howard (red.), *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix of Risk*. Research Monograph. (26). U. S. Department of Health and Human Services.