

Jan Chodkiewicz

Analiza wybranych zmiennych psychologicznych u mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu : wstępne wyniki

Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 9, 55-64

2005

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 UE

**ANALIZA WYBRANYCH ZMIENNYCH PSYCHOLOGICZNYCH
U MĘŻCZYŹN I KOBIEŹN UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU
WSTĘPNE WYNIKI**

WSTĘP

Płeć jest istotnym wyznacznikiem zachowań związanych z pićm alkoholu. Alkohol – zarówno regularnie, jak i sporadycznie – pije znacznie więcej męzczyzn niż kobiet, męzczyźni doświadczają także większej ilości niepomysłnych następstw picia, głównie w sferze psychologicznej i społecznej (*VIII Raport...*, 1995; *Wilson i in.*, 1997). Również w populacji osób uzależnionych od alkoholu występuje znacząca przewaga męzczyzn w stosunku do kobiet, szacowana na 3–4 do 1 (*Kaplan, Saddock*, 1995). Z tych powodów, przez wiele lat, w mniejszym stopniu interesowano się uzależnionymi od alkoholu kobietami. Wyniki badań nad męzczyźnami były często uogólniane na całą populację uzależnionych, a więc i na kobiety.

Okazuje się jednak, że picie alkoholu przez kobiety różni się od picia męzczyzn. Dane z badań wskazują, że u kobiet występują inne czynniki prognostyczne nadużywania alkoholu niż u męzczyzn (*VIII Raport...*, 1995). Intoksykacja występuje u kobiet po wypiciu mniejszej ilości alkoholu, a przewlekłe jego nadużywanie powoduje więcej ofiar śmiertelnych. Alkohol wywiera na zdrowie kobiet bardziej szkodliwy wpływ niż ma to miejsce u męzczyzn, a jednym z przejawów tego jest większa podatność kobiet na występowanie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (*Wojnar i in.*, 1997; *Buzun*, 2000; *Grobel*, 2004). Różnice występują również w funkcjonowaniu psychologicznym – uzależnione kobiety zgłaszają innego rodzaju problemy niż męzczyźni, mają odmienną motywację do leczenia (np. lęk

o utratę dzieci) oraz bardziej zaniżoną samoocenę (Robins i in., 1988; Buzun, 2000). Nie bez znaczenia jest także społeczny odbiór używania alkoholu – mężczyźni nadal mają znacznie większe przyzwolenie na picie, zwłaszcza nadmierne. Sytuacja taka prowadzi do stygmatyzacji pijących kobiet, a co za tym idzie do większych trudności jakie mają one w znalezieniu zrozumienia dla swoich problemów. Stąd częściej występujące u alkoholiczek picie w samotności, większa ilość różnorodnych barier przed podjęciem leczenia, wyższy poziom lęku przed napiętnowaniem oraz wyższe niż u mężczyzn poczucie wstydu i winy (Beckham, 1981). Powyższe dane doprowadziły do pytań o odmienną przebiegu uzależnienia od alkoholu u mężczyzn i kobiet, a co za tym idzie do kwestii dostosowanej do tych różnic terapii (Beckham, 1981; Grobel, 2004).

Konieczność zwrócenia uwagi na różnice pomiędzy płciami w populacji osób uzależnionych od alkoholu wynika także z odnotowanego wzrostu spożycia alkoholu przez kobiety oraz wzrostu ilości kobiet uzależnionych (Kaplan, Sadock, 1995; Cierpiałkowska, 2001; Romaniuk, 2004). Biorąc pod uwagę stale zacierające się wśród młodzieży różnice w sposobie picia dziewcząt i chłopców (dziewczęta piją z coraz większą intensywnością) należy spodziewać się dalszego wzrostu uzależnionych od alkoholu kobiet (Chodkiewicz, Juczyński 2002).

Wielu badaczy zajmujących się uzależnieniem od alkoholu od lat poszukuje czynników, które mogą odgrywać istotną rolę w genezie uzależnienia oraz w przebiegu leczenia. Ostatnio wśród zmiennych tych coraz większe znaczenie przypisuje się takim czynnikom, jak: poziom odczuwanego stresu i sposoby radzenia sobie z nim (szczególnie preferowanie aktywnych lub unikowych strategii), przekonania i oczekiwania (między innymi optymizm, poczucie własnej skuteczności i akceptacja choroby), a także zmienne związane z przeżywanymi emocjami (m. in. Di Clemente, 1986; Hull i in., 1986; Moos i in., 1990; Murphy, Hoffman, 1993; *VIII Raport...*, 1995; Makowska, Poprawa, 1996; Allsop, Saunders, 1997; Kulka i in., 1998; Lindenmeyer, 1999; Chodkiewicz, 2001). Jak już wspomniano większość badań – w tym dotyczących wymienionych wyżej zmiennych – prowadzona była dotąd na uzależnionych mężczyznach.

Celem przeprowadzonych badań była próba opisanego funkcjonowania psychologicznego mężczyzn i kobiet rozpoczynających leczenie odwykowe. Chodziło o uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy w procesie niesienia pomocy osobom uzależnionym należy zwracać większą niż dotychczas uwagę na płeć pacjenta, czy też pozostać przy ujednoliconej formie terapii. Wyróżniono zmienne związane z natężeniem odczuwanego stresu i sposobami radzenia sobie ze stresem, przekonania i oczekiwania (poczucie własnej skuteczności, wartości, dyspozycyjny optymizm, akceptacja uzależnienia jako choroby, poczucie satysfakcji życiowej, poczucie wartości przypisywanej własnemu zdro-

wiu) oraz zmienne związane z przeżywanymi emocjami (kontrola emocji lęku, gniewu, depresji, poziom lęku jako stanu i cechy).

MATERIAŁ I METODA

Osoby badane

Prezentowane wyniki są częścią badań zmierzających do określenia predyktorów ukończenia terapii przez uzależnionych od alkoholu mężczyzn i kobiety. Badania wykonano w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi. Wszyscy badani spełniali kryterium uzależnienia według ICD-10. Z badań wykluczono osoby ze zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym oraz osoby podejmujące leczenie ze względu na wyrok sądowy.

Procedura badawcza

Pacjentów ($N=109$) zbadano bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia. Zebrano również informacje dotyczące podstawowych danych socjodemograficznych. Wśród badanych znalazło się 62 mężczyzn (grupa 1) i 47 kobiet (grupa 2).

Narzędzia badawcze

W badaniach zastosowano dziesięć standaryzowanych metod pomiaru:

1. Skalę Spostrzeganego Stresu (S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein), służącą do oceny stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca.

2. Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie (COPE) (Ch. S. Carver, M. Scheier, J. K. Weintraub), służący do badania intensywności stosowania strategii radzenia sobie ze stresem.

3. Test Orientacji Życiowej – LOT (R. M. Scheier, Ch. S. Carver, M. W. Bridges), służący do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu.

4. Skalę Poczucia Własnej Wartości (M. Rosenberg), dotyczącą przekonań związanych z własną wartością.

5. Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (wersja polska R. Schwarzer, M. Jeruzalem, Z. Juczyński), oceniającą siłę indywidualnych przekonań co do własnej skuteczności.

6. Skalę Satysfakcji Życiowej (E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson, S. Griffin), określającą ogólny wskaźnik zadowolenia z życia.

7. Skalę Wartości Zdrowia (R. R. Lau, K. A. Hartman, J. E. Ware), określającą znaczenie własnego zdrowia.

8. Skalę Akceptacji Choroby (B. J. Felton, T. A. Revenson, G. A. Hinrichsen), określającą stopień przystosowania do choroby.

9. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – STAI (wersja polska C. D. Spielberger, K. Wrześniewski, T. Sosnowski), przeznaczony do oceny stanu lęku, czyli poziomu lęku uświadamianego sobie w chwili badania oraz cechy lęku, tj. względnie stałej predyspozycji do reagowania lękiem w różnych sytuacjach życia codziennego.

10. Skalę Kontroli Emocji (M. Watson, M. Green), skonstruowaną do pomiaru kontroli i ekspresji trzech podstawowych emocji: gniewu, lęku i depresji.

Wszystkie narzędzia posiadają zadowalające właściwości psychometryczne (Wrześniewski, Sosnowski, 1987; Juczyński, 2001). W analizach statystycznych wykorzystano testy F i t -Studenta. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS/PC.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka próby

Wśród badanych mężczyzn większość stanowią osoby w wieku 31–50 lat, żonaci, z wykształceniem średnim, pracujący. Również wśród kobiet dominują osoby w przedziale wiekowym 31–50 lat, z wykształceniem średnim. Różnice zanotowano w odniesieniu stanu cywilnego (u kobiet większy odsetek rozwiedzionych) oraz zatrudnienia (znacząco większy odsetek nie pracuje). Pełną charakterystykę badanej grupy przedstawia tab. 1.

Tabela 1

Charakterystyka badanej grupy

	Mężczyźni <i>N</i> = 62	%	Kobiety <i>N</i> = 47	%	Ogółem	%
Wiek (lata)						
< 30	12	19,4	4	8,5	16	14,7
31–50	45	72,5	35	74,4	80	73,4
50 <	5	8,1	8	17,1	13	11,9
Stan cywilny						
– kawaler/panna	10	16,1	2	4,3	12	11,0
– żonaty/zamężna	39	63,0	25	53,2	64	58,7
– rozwiedziony/a	13	20,9	20	42,5	33	30,3
– wdowiec/a	0	0	0	0	0	

Tabela 1 (cd.)

	Mężczyźni N = 62	%	Kobiety N = 47	%	Ogółem	%
Wykształcenie						
– podstawowe/ zasadnicze	21	33,8	10	21,4	31	28,4
– średnie	30	48,3	25	53,1	55	50,5
– wyższe	11	17,7	12	25,5	23	21,1
Zatrudnienie						
bezrobotny/a	19	30,6	33	70,2	52	47,7
– nie pracuje	34	54,9	8	17,0	42	38,5
– renta/emerytura	9	14,5	6	12,8	15	13,8

Natężenie odczuwanego stresu i radzenie sobie ze stresem

Natężenie odczuwanego stresu oraz preferowane przez obydwie grupy strategie radzenia sobie przedstawiono w tab. 2.

Tabela 2

Skala Spostrzeganego Stresu (SOS) i Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie (COPE)
– porównanie średnich wyników mężczyzn (grupa 1) i kobiet (grupa 2)

	Grupa 1 (N=62)		Grupa 2 (N=47)		P
	M	SD	M	SD	
Skala spostrzeganego stresu					
Natężenie spostrzeganego stresu	18,73	6,78	21,53	7,14	0,03
Wielowymiarowy inwentarz radzenia sobie					
1. Aktywne radzenie sobie	11,36	1,81	10,12	1,63	0,05
2. Planowanie	12,55	2,33	11,80	2,21	0,05
3. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	9,80	2,61	10,10	3,03	ni
4. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	9,02	2,47	9,00	2,72	ni
5. Unikanie konkurencyjnych działań	10,41	2,18	8,26	2,69	0,001
6. Zwrot ku religii	6,61	3,66	7,74	3,25	ni

Tabela 2 (cd.)

	Grupa 1 (N=62)		Grupa 2 (N=47)		p
	M	SD	M	SD	
Wielowymiarowy inwentarz radzenia sobie					
7. Pozytywne przewartościowanie	10,01	2,10	9,44	2,83	ni
8. Powstrzymanie się od działania	10,36	1,76	9,82	2,64	ni
9. Akceptacja	10,90	2,66	9,57	2,63	0,009
10. Koncentracja na emocjach	11,01	1,48	11,19	2,31	ni
11. Zaprzeczanie	6,98	2,29	7,70	2,58	ni
12. Odwracanie uwagi	8,47	2,06	8,44	1,44	ni
13. Zaprzestanie działania	8,01	2,35	8,23	2,37	ni
14. Używanie alkoholu i narkotyków	9,01	4,13	10,89	4,30	0,02
15. Poczucie humoru	6,10	2,28	4,59	1,33	0,000

Objaśnienia: *M* – średnia, *Sd* – odchylenie standardowe, *p* – poziom istotności.

Przed rozpoczęciem leczenia odwykowego natężenie subiektywnie odczuwanego w ciągu ostatniego miesiąca stresu jest istotnie wyższe w grupie kobiet. Różnice występują również w zakresie niektórych strategii radzenia sobie ze stresem. Kobiety rzadziej stosują strategie polegające na podjęciu aktywnych działań służących eliminacji stresora (aktywne radzenie sobie), rzadziej podejmują próby skoordynowanego postępowania zmierzającego do podjęcia konkretnych działań zaradczych (planowanie), jest im trudniej uznać fakt pojawienia się wydarzenia stresowego (akceptacja), istotnie rzadziej stosują również strategię polegającą na poczuciu humoru. Niepokojące jest większe w porównaniu z mężczyznami natężenie stosowania strategii polegającej na używaniu alkoholu i/lub narkotyków.

Przekonania i oczekiwania

Porównanie badanych grup w zakresie posiadanych przekonań i oczekiwań przedstawia tab. 3.

Rozpoczynając terapię odwykową mężczyźni uzależnieni od alkoholu charakteryzują się istotnie wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności i wartości oraz bardziej akceptują własne uzależnienie jako chorobę. Ak-

ceptacja uzależnienia jako choroby oznacza uznanie faktu jej wystąpienia i ograniczeń, które ze sobą niesie. Zaakceptowanie choroby pociąga również za sobą zgodę na przyjęcie niezbędnych ograniczeń i zmian w dotychczasowym życiu.

Tabela 3

Przekonania i oczekiwania – porównanie średnich wyników mężczyzn (grupa 1) i kobiet (grupa 2)

Przekonania i oczekiwania	Grupa 1 (N=62)		Grupa 2 (N=47)		p
	M	SD	M	SD	
Poczucie własnej skuteczności	26,79	5,16	24,38	6,95	0,04
Poczucie własnej wartości	25,25	4,81	22,31	4,29	0,001
Dyspozycyjny optymizm	13,87	4,18	12,45	5,23	ni
Poczucie satysfakcji życiowej	15,04	5,24	14,00	6,21	ni
Poczucie wartości własnego zdrowia	18,73	4,55	19,80	4,05	ni
Akceptacja choroby	24,11	6,58	20,63	8,17	0,01

Emocje i ich kontrola

Otrzymany dla każdej emocji wynik w Skali Kontroli Emocji M. Watson i M. Green wskazuje na zdolność do ich negatywnej kontroli (tłumienia).

Tabela 4

Kontrola emocji gniewu, depresji i lęku oraz poziom lęku jako stanu i cechy – porównanie średnich wyników mężczyzn (grupa 1) i kobiet (grupa 2)

	Grupa 1 (N=62)		Grupa 2 (N=47)		p
	M	SD	M	SD	
Kontrola emocji gniewu	17,30	3,54	17,80	4,38	ni
Kontrola emocji depresji	17,56	3,95	19,48	4,15	0,01
Kontrola emocji lęku	20,02	3,76	19,12	3,78	ni
Lęk-stan	39,59	10,38	42,25	12,93	ni
Lęk-cecha	48,40	7,55	53,91	9,84	0,002

Jak pokazuje tabela 4, kontrola emocji gniewu i lęku nie różnicuje badanych grup. Kobiety natomiast w większym stopniu tłumią występujące u nich emocje związane z depresją. Istotnie wyższy jest u nich również poziom lęku, rozumianego jako względnie stała cecha osobowa, predysponująca do reagowania lękowego na sytuacje codziennego życia.

Wnioski i dyskusja

1. Kobiety uzależnione od alkoholu rozpoczynając terapię odwykową charakteryzują się w porównaniu z mężczyznami większym nasileniem subiektywnie odczuwanego stresu, mniejszą intensywnością stosowania strategii aktywnego radzenia sobie, niższym poczuciem własnej wartości i skuteczności, niższą akceptacją uzależnienia jako choroby, silniejszym tłumieniem depresji oraz wyższym poziomem lęku jako cechy. Możliwe wydaje się więc postawienie wniosku, że kobiety rozpoczynając leczenie znajdują się w trudniejszej sytuacji psychologicznej w porównaniu z mężczyznami.

2. Terapia uzależnionych od alkoholu kobiet powinna być, od początku pobytu w placówce leczenia uzależnień, rozszerzona o elementy radzenia sobie ze stresem i lękiem. Należy również zwrócić uwagę na te aspekty dotychczasowego funkcjonowania alkoholiczek, które wiążą się z obniżeniem poczucia własnej wartości (np. przekonanie o byciu złą matką, żoną) i skuteczności. Kobietom uzależnionym może być również trudniej zaakceptować fakt własnego uzależnienia (nadal powszechne jest przekonanie, że alkoholicy to głównie mężczyźni), a przecież na „uznaniu się za alkoholika” polega znaczna część terapii. Trudności, jakie przeżywają pacjenci z akceptacją własnej choroby prowadzą niejednokrotnie do pojawienia się oporu w terapii i jej przerwania (Chodkiewicz, 2002). Wydaje się więc, że przydatne byłoby zastosowanie w odniesieniu do uzależnionych kobiet (w większym niż dotychczas rozmiarze) elementów terapii poznawczo-behawioralnej, która może pomóc w rozpoznaniu specyficznego sposobu myślenia oraz systemu przekonań osoby uzależnionej. Ujęcie takie mogłoby zastąpić tradycyjne, konfrontacyjne podejście lecznicze. W literaturze pojawiają się sporadyczne doniesienia odnośnie konieczności modyfikacji – właśnie w stosunku do uzależnionych kobiet dotychczasowego podejścia terapeutycznego (Romaniuk, 2004).

3. Dalsze badania nad funkcjonowaniem uzależnionych od alkoholu kobiet powinny być rozszerzone o analizę ich aktualnej sytuacji życiowej oraz specyficznych problemów związanych z ich funkcjonowaniem społecznym i psychologicznym, takich jak bezrobocie, osamotnienie, funkcjonowanie w bliskich związkach, problem wykorzystywania seksualnego oraz zaburzeń towarzyszących uzależnieniu.

BIBLIOGRAFIA

- Allsop S., Saunders B. (1997), *Nawroty i problemy związane z nadużywaniem alkoholu*, [w:] M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależnieniach*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa, 15–39
- Beckham L. J. (1981), *Effects of social interaction and children's relative impact on older women psychological well-being*, „*Journal of Personality and Social Psychology*”, **41**, 6, 1075–1086
- Buzun E. (2000), *Alkohol i kobiety*, „*Alkohol i Nauka*” **6**, 1–12
- Chodkiewicz J. (2001), *Predyktory efektywności terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, Łódź, niepublikowana praca doktorska
- Chodkiewicz J. (2002), *Zaakceptować uzależnienie*, „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*” **24**, 3, 15–17
- Chodkiewicz J., Juczyński Z. (2002), *Problem używania środków psychoaktywnych przez młodzież*, „*Alkoholizm i Narkomania*”, **15**, 4, 409–420
- Cierpialkowska L. (2001), *Alkoholizm. Przyczyny – leczenie – profilaktyka*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań
- Di Clemente C. C. (1986), *Self efficacy and the addictive behaviors*, „*Journal of Social and Clinical Psychology*”, **4**, 302–315
- Gossop M. (1997), *Nawroty w uzależnieniach*, PARPA, Warszawa
- Grobel I. (2004), *Kobiety i alkoholizm*, <http://www.kbn.gov.pl/pub/kbn/eureka/0107/52b.html>, 20.04.2004
- Hull J. G., Young R. D., Jouriles E. (1986), *Applications of the self-awareness model of alcohol consumption: Predicting patterns of use and abuse*, „*Journal of Personality and Social Psychology*”, **51**, 790–796
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, PTP, Warszawa
- Kaplan H. I., Sadock B. J. (1995), *Psychiatria kliniczna*, Urban&Partner, Wrocław
- Kulka Z., Świątkiewicz G., Zieliński A. (1998), *Interpersonalne i intrapersonalne predyktory nawrotów picia alkoholu*, „*Alkoholizm i Narkomania*”, **3**, 2, 229–242
- Lindenmeyer I. (1999), *Alkoholabhängigkeit*, Hogrefe Verlag, Göttingen
- Makowska H., Poprawa R. (1996), *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo UW, Wrocław, 69–105
- Moos R. H., Finney J. W., Cronkite R. C. (1990), *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*, Oxford University Press, New York
- Murphy S., Hoffman A. (1993), *An empirical description of phases of maintenance following treatment for alcohol dependence*, „*Journal of Substance Abuse*”, **5**, 131–143
- VIII Raport specjalny dla Kongresu USA, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (1995), Warszawa
- Robins L. N., Helzer J. E., Przybeck T. R., Regier D. A. (1988), *Alcohol disorders in the community: A report from the ECA*, [w:] R. M. Rose, J. E. Barrett (ed.), *Alcoholism: Origins and Outcome*, Raven, New York, 15–30
- Romaniuk R. (2004), *Amerykański System Terapii*, „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*” **34**, 1, 9–12
- Wilsnack S. C., Wilsnack R. W., Hiller-Sturmhofel S. (1997), *Jak piją kobiety? Epidemiologia picia alkoholu oraz picia problemowego wśród kobiet*, [w:] *Alkohol a zdrowie. Kobiety i alkohol*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa, 7–30

Wojnar M., Wasilewski D., Matsumoto H., Cedro A. (1997), *Różnice w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych u kobiet i mężczyzn*, „Alkoholizm i Narkomania”, 21, 8, 1351–1355

Wrześniewski K., Sosnowski T. (1987), *Inwentarz stanu i cechy lęku*, PTP, Warszawa

JAN CHODKIEWICZ

THE ANALYSIS OF CHOSEN PSYCHOLOGICAL VARIABLES AMONG ALCOHOL DEPENDENT MALES AND FEMALES. PRELIMINARY REPORT

The aim of the study is to compare the level of psychological variables among male and female alcoholics beginning therapy. The following psychological variables was examined: stress intensity, coping with stress strategies, expectations and convictions (a sense of self-worth and efficacy, acceptance of illness, life satisfaction, optimism, health value), emotions variables (control of anger, anxiety and depression and the level of anxiety as a state and trait). 109 alcohol dependent people participated in the study – 47 women and 62 men. There were a lot of statistical differences between those two groups. These differences are associated with stress intensity, strategies of coping with stress, a sense of self-worth and efficacy, illness acceptance, depression and the level of anxiety as a trait. The observed differences can guide the treatment of alcohol dependent woman.

Key words: alcohol addiction, men, women psychological variable.