

KOBIETY ALKOHOLICZKI W PORADNI ODWYKOWEJ  
I KLUBIE ABSTYNENTA.  
ZWIĄZKI MIĘDZY WYBRANYMI ZMIENNYMI  
PSYCHOLOGICZNYMI I SOCJOMEDYCZNYMI

Wstęp

Przekazy historyczne i dokumenty sugerują, że historia alkoholizmu (a raczej pijaństwa, braku wstrzeźliwości) kobiet jest równie długa jak w odniesieniu do mężczyzn. I tak na przykład w IX wieku jeden z niemieckich kaznodziej pisał, że "niewstrzeźliwość osób obojga płci i w każdym wieku stała się obyczajem" (cyt. za 7). Od 1851 roku w Niemczech zaczęto otwierać szpitale dla alkoholików i pod koniec XIX wieku 7 z nich przeznaczono specjalnie dla kobiet; 12 było koedukacyjnych (Niesmielow, wg 7). W początkach XX wieku zauważono, że alkoholizm postępuje szybko i rozpowszechnia się wśród kobiet (Rikker, wg 7).

Problem alkoholizmu kobiet stał się jednak głośny dopiero w ostatnich trzech - czterech dziesięcioleciach.

Można przypuszczać, że religia i patriarchalny układ rodzinny nie zdołały zahamować szerzenia się alkoholizmu wśród kobiet, ale w znacznym stopniu sprzyjały jego ukryciu. W ciągu kilku dziesiątków lat proces emancypacji kobiet, który doprowadził do "neutralizacji płci", zwiększył liczbę kobiet uzależnionych od alkoholu. Ta nasilająca się tendencja była zaskoczeniem nie tylko dla moralności społecznej, ale i dla alkoholologii, tradycyjnie uważanej za dotyczącą mężczyzn, co stało się jedną z przyczyn wyobrażenia o istotnych różnicach w przebiegu alkoholizmu zależnie od płci i pojawienia się terminu "alkoholizm kobiet". Termin ten, zdaniem niektórych

autorów, jest niezupełnie uprawniony, badania porównawcze ostatnich lat udowodniły bowiem, że w alkoholizmie mężczyzn i kobiet więcej jest podobieństw niż różnic (Gofman i Kuprianow, wg 7). Inni autorzy są zdania, że problemy związane z alkoholem, występujące wśród kobiet, wykazują pewne cechy swoiste, odróżniając się od problemów alkoholowych mężczyzn, i że w związku z tym wymagają one odrębnego podejścia, zarówno teoretycznego, jak praktycznego. Sądzą oni ponadto, że dotychczasowe, równorzędne traktowanie problemów alkoholowych kobiet i mężczyzn jest pozostałością systemu patriarchalnego, istniejącego jeszcze w niektórych społeczeństwach. Autorzy ci zwracają uwagę na konieczność prowadzenia odrębnych badań nad kobietami alkoholikami (5, 20). Zwolennicy obu przedstawionych powyżej poglądów są jednak w większości zgodni co do tego, że terapia i rehabilitacja kobiet "ma swoje cechy specyficzne, uwarunkowane przez szczególne właściwości wewnętrznego obrazu choroby i psychiki kobiet, swoistość ich funkcjonowania rodzinnego i społeczno-psychologicznego" (cyt. za 7).

Trwająca od szeregu lat dyskusja na temat odrębności lub podobieństwa uzależnienia kobiet i mężczyzn owocuje znaczną liczbą doniesień dotyczących porównania pojedynczych cech lub zmiennych, które składają się na obraz uzależnienia jednych i drugich. Wskazuje się w nich na przykład na różnice w wieku rozpoczynania picia - późniejszym u kobiet (4), w czasie uzależniania się - krótszym u kobiet (14), w modelu picia - kobiety częściej w domu, w towarzystwie (15), w rodzaju alkoholu - kobiety częściej słabe alkohole i rzadziej niekonsumpcyjne (4); na silniejszą u kobiet tendencję do usprawiedliwiania picia (1, 15), cięższy przebieg uzależnienia (18). Przykłady tego typu badań można mnożyć.

Oddzielną grupę stanowią badania dotyczące osobowości uzależnionych kobiet i mężczyzn. Wskazuje się w nich, na przykład, w odniesieniu do mężczyzn, na: psychopatyczną strukturę osobowości (3, 11), zaburzenia w sferach osobowości związanych z samooceną i sprawami płci (17), trudności w sferze dążeń i kontaktów międzyludzkich, postawy obronne (3). U kobiet stwierdzono wyższy poziom neurotyzmu, alienacji i niepokoju (4), obniżoną samoocenę (4), a w innych badaniach - rysy psychopatyczne (19).

Badania tego typu koncentrują się na ogół tylko na kobietach lub tylko na mężczyznach, a każdą z tych grup porównuje się oddzielnie

z odpowiednio dobraną grupą kontrolną. Uzyskane w ten sposób wyniki mogą świadczyć wyłącznie o istnieniu lub braku różnic między osobami uzależnionymi i nieuzależnionymi tej samej płci. Z uwagi na różnorodność metod badawczych i różnice w podejściu do samych badań, nie mogą one stanowić źródła rzetelnych informacji o różnicach w osobowości uzależnionych kobiet i mężczyzn.

Niemal w każdym badaniu dotyczącym osobowości uzależnionych kobiet i mężczyzn odżywa i jest dyskutowana na nowo kwestia, czy istnieje osobowość "przedalkoholowa" i alkoholowa. Przed rozpoczęciem rozważań na ten temat warto zatrzymać się na chwilę nad znaczeniem samego terminu "osobowość". Jest ono różne w zależności od koncepcji teoretycznej oraz od metod praktycznego jej badania. W niniejszej pracy przyjmujemy (za Sanockim, Łaskiewiczem i Izdebskim) następującą definicję: "Osobowość jest pojmowana jako struktura funkcjonalna lub system złożony z psychologicznych układów funkcjonalnych. Jest to równoważne z włączeniem do osobowości zarówno biologicznych właściwości jednostki, jak i jej doświadczeń życiowych. Wymienione elementy tworzą osobowość jako swoisty iloczyn a nie jako logiczną sumę" (11). W dalszej części pracy wrócimy do tej definicji, uzasadniając jej przydatność w naszych badaniach. Co się tyczy osobowości alkoholowej, to wcześniejsze doniesienia nie wykazywały, że jakiś układ cech osobowości predysponuje do pojawienia się uzależnienia (18). W późniejszych badaniach natomiast doszukano się znaczących zmiennych (5). Obecnie na ogół akceptuje się twierdzenie, że osoby uzależnione mają specyficzny typ osobowości, odmienny od osobowości osób nie uzależnionych. Wielu autorów uznaje istnienie osobowości alkoholowej za stwierdzone i pewne. Cechy osobowości tego typu nie są jednak dokładnie określone.

W niniejszej pracy przyjmiemy za P. Izdebskim (11), który dokonał obszernego przeglądu literatury na ten temat, że kliniczne objawy osobowości alkoholowej są następujące:

- neurotyczność (podwyższone poziomy histerii, hipochondrii, depresji i lęku),
- słabe Ego (psychopatja, wrogość, niedojrzałość emocjonalna, impulsywność, niska tolerancja frustracji, negatywne pojęcie Ja, słaba identyfikacja seksualna),

- zależność od pola (pasywność, zależność, słabe różnicowanie),
- pomnażanie siły bodźca (zwiększona wrażliwość, hipochondria).

Zdaniem autora, żaden z wymienionych wymiarów osobowości, z wyjątkiem wymiaru siły Ego, nie definiuje dokładnie osobowości alkoholika. Bardziej realistyczne jest traktowanie tych zmiennych jako syndromu, odróżniającego alkoholików od ludzi niezależnych a także od innych grup klinicznych (11).

Wkraczając w obszar zagadnień związanych z osobowością, nie sposób pominąć pytania, dlaczego ludzie piją? Nawet krótki przegląd literatury wskazuje, że powody mogą być związane zarówno ze społecznym kontekstem picia, jak i z jednostkowym, indywidualnym podejściem do alkoholu. Czynniki społeczne i psychologiczne związane z używaniem alkoholu były i są nadal przedmiotem zainteresowania nie tylko naukowców, ale i szerszego społeczeństwa.

Psychologicznym przyczynom i skutkom picia poświęcono wiele uwagi. Wiele jednak z istniejących badań wykazuje brak teoretycznej podbudowy oraz modelu, który można by rozwinąć w badaniach i zweryfikować postawione hipotezy. Rezultatem takiej sytuacji jest duża liczba eksperymentów i wyników, często nieporównywalnych z uwagi na niezgodność metodologiczną.

Jednym z bardziej obiecujących modeli osobowościowych uwarunkowań picia, podejmujących próbę wyjaśnienia, jest, naszym zdaniem, model J. G. Hulla (8, 9). Został on skonstruowany w oparciu o przesłankę, że alkohol służy obniżeniu indywidualnego poziomu samoświadomości.

Pojęcie samoświadomości, jako termin z zakresu psychologii, po raz pierwszy pojawiło się w pracach Duvala i Wicklunda (wg 22). Po pewnych modyfikacjach opublikowali oni teorię samoświadomości (wg 10). Głosi ona, że uwaga jednostki może w danym momencie być skoncentrowana na sobie lub na świecie zewnętrznym. Koncentracja uwagi na sobie łączy się z traktowaniem siebie jako przedmiotu poznania. Stan ten Wicklund określił jako samoświadomość przedmiotową. Koncentracja uwagi na własnej osobie, czyli podniesienie poziomu samoświadomości, uwydatnia, na zasadzie figury na tle, rozbieżność między aktualnym stanem jednostki a jej standardami (postawami, wartościami). Zdaniem Wicklunda, rozbieżność ta zawsze wywołuje negatywne emocje. Spostrzeżenie to nie znalazło jednak potwierdzenia w innych badaniach amerykańskich - Hulla

i Levy'ego w 1979, Carvera w 1979, Bussa w 1980, a także Carvera i Scheiera w 1981 roku (cyt. za 22).

Także polskie badania nad autokoncentracją dowiodły, że emocje z nią związane nie zawsze są negatywne - autokoncentracja nasila dowolne emocje (także pozytywne), przeżywane w danym momencie przez podmiot (Wojciszke, 1983, za 16).

Zgodnie z teorią, Wicklunda podstawowy mechanizm regulujący zachowanie w związku z koncentracją uwagi na sobie, dotyczy redukcji rozbieżności między standardami jednostki a jej stanem aktualnym (co sytuuje teorię Wicklunda w kręgu teorii konsystencji, równowagi poznawczej). Przyjmowano, że wskutek autokoncentracji pojawiają się związane z samooceną i negatywnymi emocjami przeżycia dysonansowe, które mają funkcję motywacyjną. Pod wpływem późniejszych eksperymentów, w których nie pojawiła się redukcja rozbieżności między standardami a stanem aktualnym jednostki (badania Scheiera, cyt. za 22), zmodyfikowano teorię Wicklunda. Między Wicklundem a jego współpracownikami i kontynuatorami zarysowały się także różnice dotyczące samego pojmowania samoświadomości. Wicklund był zdania, że u ludzi istnieje jednolita dyspozycja do koncentracji uwagi na własnej osobie, traktując samoświadomość jako stan. Fenigstein, Scheier i Buss natomiast przeciwstawiali się ujęciu samoświadomości jako procesu globalnego i jednolitego, i byli zdania, że między ludźmi istnieją indywidualne różnice, polegające na tym, że z różną częstością koncentrują się oni na różnych aspektach własnej osoby. Znalazło to potwierdzenie w badaniach empirycznych, na podstawie których wyodrębniono samoświadomość prywatną i publiczną. Rozróżnienie to stało się punktem wyjścia do skonstruowania Skali Samoświadomości (Self-Consciousness-Scale; SCS) Fenigsteina, Scheiera i Bussa (6), badającej samoświadomość jako cechę. Składa się ona z trzech podskal, badających oba rodzaje samoświadomości oraz dodatkowo niepokój społeczny. Szczegółowe objaśnienie tych podskal znajdzie się w dalszej części opracowania, przy okazji omawiania zastosowania tych metod badawczych.

Teoria Wicklunda zainspirowała badania eksperymentalne w dziedzinie samowiedzy, dysonansu poznawczego, atrybucji, konformizmu, funkcjonowania w sytuacjach zadaniowych, działań prospołecznych. Myśl Wicklunda i jego spostrzeżenia znalazły wielu kon-

tynuatorów, spośród których wspomniany już J. G. Hull próbował zastosować model samoświadomości do problemu alkoholizmu, dokonując przy tym kilku interesujących spostrzeżeń. Punktem wyjścia był model konsumpcji alkoholu, zgodnie z którym przewidywano, że alkohol może służyć obniżeniu indywidualnego poziomu samoświadomości.

W celu zbadania efektów spożycia alkoholu na poziom samoświadomości Hull, Levenson i Young przeprowadzili kilka eksperymentów, w których badanym podawano alkohol lub tonik (wszyscy byli przekonani, że piją alkohol), po czym proszono ich o wygłoszenie krótkiego przemówienia na swój temat. Oceniano częstość wypowiedzi ześrodkowanych na sobie oraz poziom samoświadomości.

Uzyskane wyniki potwierdziły oczekiwania:

1/ osoby, którym podano alkohol, znacząco rzadziej w swoich wypowiedziach koncentrowały się na sobie w porównaniu z osobami, które piły tonik;

2/ wypicie alkoholu spowodowało zatarcie różnic w ilości słów odnoszących się do własnej osoby, używanych przez osoby z wysoką i niską samoświadomością. Nastąpiło to na skutek zmniejszenia ilości słów odnoszących się do siebie w wypowiedziach osób z wysoką samoświadomością, które piły alkohol.

Z przytoczonych powyżej eksperymentów wyciągnięto następujący wniosek: spożycie alkoholu w trakcie eksperymentu zmniejsza ześrodkowanie badanych na sobie; alkohol pełni więc taką samą rolę, jak obniżenie samoświadomości. Stwierdzono, że alkohol ingeruje w procesy poznawcze, mające podstawowe znaczenie dla poziomu samoświadomości.

Istnienie samoświadomościowego modelu picia alkoholu potwierdziły wyniki badań alkoholików, którzy zakończyli detoksykację i od 3 tygodni (w momencie badania) byli abstynentami. Zbadano ich SCS oraz testem zdarzeń życiowych. Po wypisaniu ich ze szpitala kontaktowano się z nimi co 3 i 6 miesięcy, w celu określenia, czy i kiedy wrócą do przedabstynencyjnego poziomu picia. 70 % osób z wysoką samoświadomością prywatną, u których przeważały negatywnie oceniane zdarzenia życiowe, informowało o powrocie do picia na poziomie przedabstynencyjnym lub wyższym w ciągu pierwszych 3 miesięcy od zakończenia detoksykacji. Dla porównania, tylko 14

% osób z wysoką samoświadomością, doświadczających pozytywnie przez siebie ocenianych zdarzeń życiowych, wróciło w okresie 3 miesięcy po opuszczeniu szpitala do picia na poziomie przedabstynencyjnym lub wyższym.

Badani z niską samoświadomością osiągnęli następujące wyniki: niska samoświadomość i pozytywne zdarzenia - 40 % osób powróciło w ciągu 3 miesięcy do picia na poprzednim poziomie; niska samoświadomość i negatywne zdarzenia - 38 % osób powróciło do poprzedniego poziomu picia w ciągu 3 miesięcy po detoksykacji. Dane te wykazują, że czynnikiem wpływającym na powtórne rozpoczęcie picia jest niewątpliwie wysoki poziom samoświadomości; jego działanie jest wzmacniane przez doświadczenia życiowe, negatywnie oceniane przez badanych.

Przeprowadzono także eksperyment w celu wyjaśnienia, w jaki sposób bezpośrednia porażka (lub sukces) wpływa na samoświadomość badanych oraz na ilość wypitego alkoholu. Eksperyment ten nosił nazwę "próby wina". Zbadano poziom samoświadomości badanych, a następnie, po wykonaniu przez nich określonego zadania pisemnego, przekazano im informację o tym, jaki wynik osiągnęli. Części osób powiedziano, że wypadły dobrze, pozostałym, że ich praca została oceniona negatywnie. Następnie zachęcono uczestników eksperymentu do oceny kilku rodzajów wina, przez próbowanie go w dowolnej ilości, umożliwiającą dokładną ocenę. Ilość wypitego wina mierzono. W badaniach tych zaobserwowano znaczącą interakcję między samoświadomością prywatną a odniesionym sukcesem lub porażką. Osoby z wysoką samoświadomością, które otrzymały informację o porażce, piły znacząco więcej niż osoby z wysoką samoświadomością, którym powiedziano, że osiągnęły sukces. Spożycie alkoholu przez osoby o niskiej samoświadomości utrzymywało się na poziomie średnim i zmieniało się niezależnie od sukcesu czy porażki. Uzyskane dane potwierdziły oczekiwania co do istnienia zależności między wysokością samoświadomości a ilością alkoholu wypitego bezpośrednio po doznanej porażce.

Wyniki te pokrywają się z omawianymi wcześniej rezultatami badań nad powrotem do picia. Zarówno wcześniejsze, przeżyte w przeszłości negatywne doświadczenia życiowe, jak i bezpośrednie informacje o porażce w eksperymencie, powodują u osób z wysoką samoświadomością przerwanie abstynencji lub sięganie po alkohol.

Na tej podstawie można stwierdzić, że proponowany samoświadomościowy model picia alkoholu wykazuje duży stopień generalizacji.

Teorią samoświadomości i jej związkiem z problemami alkoholizmu zajmował się na gruncie poskim m.in. Z. Zaborowski. Dostarczył on stosunkowo szerokiego opracowania badań nad samoświadomością oraz zobrazował i prześledził rozwój koncepcji samoświadomości od momentu jej powstania do końca lat osiemdziesiątych (22). Wysunął przy tym szereg oryginalnych własnych twierdzeń i teorii (21) i podjął próbę ich weryfikacji. Wraz z M. Zwolińskim był autorem jednej z polskich wersji SCS (adaptacji SCS dokonał także J. Zakrzewski). Wersja ta została wykorzystana w badaniu mężczyzn - alkoholików (23). Z uwagi na małą liczebność badanej próby (kilkanaście osób) wartość empiryczna uzyskanych danych nie jest zbyt duża.

Problem samoświadomości uznano za należący do najbardziej złożonych w psychologii. T. Tomaszewski (cyt. za 16) traktował samoświadomość człowieka jako najwyższy poziom jego świadomości, będący treściowo psychiczną reprezentacją zawartości informacyjnej poziomów niższych (świadomości percepcyjnej i abstrakcyjnej). Według Łukaszewskiego samoświadomość stanowi centralny składnik osobowości i jest rozumiana jako system procesów orientacyjno-adaptacyjnych. W aspekcie treściowym jest ona zbiorem metainformacji oznajmiających i sterujących (16). J. Koziński traktował samoświadomość jako jeden z czynników modyfikujących ludzkie zachowanie (moderator, regulator działania), dzięki któremu człowiek może skierować uwagę na własną osobę (12). Zgodnie z poznawczą koncepcją człowieka, regulacja świadoma odgrywa dużą rolę w życiu jednostki, w dużym stopniu decyduje o jej losach. Może mieć także wpływ na reguły samoprezentacji, na stosunek do informacji pozytywnych i negatywnych oraz na dynamikę samowiedzy. Zdaniem Kozińskiego, poziom samoświadomości różnicuje ludzi na dwie grupy:

I/ osoby o wysokim poziomie samoświadomości. W trakcie interakcji społecznych, podejmowania nowych zadań, umieją one myśleć nie tylko o przedmiocie pracy, ale także o sobie - umieją koncentrować uwagę na swojej osobowości i na swoich działaniach. Często własna osoba staje się dla nich figurą a kontekst społeczny - tłem.



2/ osoby o niskim poziomie samoświadomości. W kontaktach społecznych niezbyt interesują się sobą, całą uwagę koncentrując na przedmiotach zewnętrznych i na innych ludziach.

Już w początkowym okresie badań nad samoświadomością dostrzeżono, że koncentracja na sobie łączy się ściśle z procesem samooceny (12). W wyniku koncentracji na sobie jednostka porównuje swój aktualny stan z własnym standardem (rozumianym jako stan pożądany, który chce się osiągnąć). Pomijając sytuacje, w których wartość stanów aktualnych i pożądanych jest identyczna (człowiek chce utrzymać status quo), rezultatem takiego porównania jest na ogół rozbieżność między stanem jednostki a jej standardem, odczuwana w zależności od jej rozmiaru i poziomu samoświadomości. W wyniku przeżywanej rozbieżności ujemnej, gdy stan aktualny jest gorszy niż standard (zaobserwowano (12), że pożądane stany są bardziej cenione subiektywnie niż aktualne, będące treścią samooceny), pojawiają się przeżycia emocjonalne w formie napięcia, niezadowolenia, obniżenia samooceny. Stan taki ma konsekwencje motywacyjne w postaci dążenia do redukcji zagrożenia. Sposoby redukcji mogą być następujące: unikanie bodźców wywołujących koncentrację na sobie, zachowanie zgodne ze standardem, a także zmiana standardu, obronne reinterpretacje. Celem tych zabiegów jest utrzymanie, obrona własnej samooceny.

Samoocena, będąc jednym z centralnych składników samowiedzy, składa się z sądów wartościujących dotyczących swoistych cech człowieka - właściwości fizycznych, cech osobowości, stosunków z innymi (12). Samooceny mogą mieć (zgodnie z terminologią Kępińskiego) koloryt ciemny lub jasny (13). Mimo wielu badań prowadzonych na ten temat, nie udało się jednoznacznie ustalić, od czego ten koloryt zależy. Przypuszcza się, że pewną rolę odgrywają tu: status społeczno-ekonomiczny, sytuacja rodzinna (dane nie są tu jednoznaczne), wyniki własnych działań porównywane z planowanymi oraz osiąganymi przez innych, a także opinie i oceny pochodzące od innych.

Formułowanie samoocen zależy od wielu emocji, dążenia do obrony siebie, chęci zdobycia aprobaty społecznej - nie jest to więc proces całkowicie racjonalny. Samoocena, dostarczając zabarwionych emocjonalnie, wartościujących informacji na swój temat, stanowi dla jednostki punkt oparcia w sytuacjach społecznych,

prowadzących do konfrontacji i porównań z otoczeniem. Relacja ta jest symetryczna - porównania społeczne także stanowią źródło samowiedzy i samooceny.

W odniesieniu do alkoholików samoocena łączy się z problemem ustosunkowania się do etykiety, nałożonej na nich z chwilą podjęcia leczenia odwykowego. W procesie tym dużą rolę odgrywa rodzaj uogólnionego obrazu, czyli stereotypu alkoholika, jaki ma jednostka. W zależności od przyjętego stereotypu w różnym stopniu będzie się ona identyfikowała z alkoholikiem.

W naszych badaniach przyjmujemy, za Czapińskim (autorem stosowanej w badaniach Skali Porównań Społecznych), istnienie trzech podstawowych stereotypów alkoholika:

1/ medycznego (alkoholizm to choroba, alkoholik to człowiek chory, wymagający interwencji medycznej),

2/ moralnego (alkoholizm to łamanie norm moralnych, alkoholik to człowiek amoralny, łamiący te normy),

3/ wolicjonalnego (alkoholizm to skutek słabej woli, nieodporności na pokusę, braku umiejętności odraczania wzmocnień, alkoholik to człowiek słaby, uległy, pozbawiony samokontroli).

Stereotypy te mogą nie być rozłączne, inaczej mówiąc, opierają się one na różnej interpretacji tych samych faktów i zachowań. Możliwa jest taka sytuacja, w której chorobę postrzega się jako słabość woli, prowadzącą do łamania zasad moralnych.

Relacja między tymi stereotypami, pod względem wagi negatywnego naznaczenia przez nie, także nie jest w pełni jednoznaczna. Stereotyp alkoholizmu jako choroby (medyczny) pełni tutaj funkcję wyjątkową, osłabiając działanie pozostałych (moralnego i wolicjonalnego), uzasadniając kompetencje służby zdrowia w rozwiązywaniu problemu alkoholowego. Wyznawanie stereotypu medycznego wydaje się zgodne z programem leczenia w poradni odwykowej. Ideologia klubów abstynenta może rewaloryzować także pozostałe stereotypy dotyczące alkoholizmu.

#### Cel badań

Celem badań jest psychologiczna charakterystyka kobiet - alkoholiczek na tle mężczyzn - alkoholików z uwagi na samoocenę, przyjmowany stereotyp alkoholika, poziom samoświadomości, liczn-

bę pozytywnie i negatywnie ocenianych zdarzeń życiowych w okresie poprzedzającym badania. Interesuje nas, czy któreś z tych zmiennych różnicują kobiety i mężczyzn.

W badaniach zostaną także uwzględnione czynniki socjomedyczne, takie jak rodzaj terapii (poradnia, klub abstynenta) oraz długość aktualnej abstynencji.

Spróbujemy ustalić, czy istnieje związek między nimi a wymienionymi zmiennymi psychologicznymi.

#### Materiał i metoda

W badaniach wzięło udział 100 osób - 49 kobiet i 51 mężczyzn mieszkających w Warszawie - pacjentów poradni odwykowych lub członków klubów abstynenta. W zależności od rodzaju placówki, z którą byli związani, badani tworzyli 4 grupy o następującej liczebności: kobiety z poradni (KP) - 23 osoby; kobiety z klubu (KK) - 26 osób; mężczyźni z poradni (MP) - 24 osoby; mężczyźni z klubu (MK) - 27 osób.

W przypadku kobiet należących do klubu badaniami objęto wszystkie, zrzeszone w klubach warszawskich.

Uczestnictwo w badaniach było całkowicie dobrowolne, chociaż osoby związane z poradnią wypełniały kwestionariusze testowe jako część wstępnego lub uzupełniającego badania psychologicznego związanego z leczeniem, a członkowie klubu byli typowani do udziału w badaniach przez prezesa. W każdym jednak przypadku decyzja o uczestnictwie w badaniach należała do zainteresowanego.

Kwestionariusze były przez badanych wypełniane w samotności, bez jakiegokolwiek ingerencji prowadzącego badania, jak i innych osób. Do każdego testu dołączono instrukcję dotyczącą sposobu wypełniania kwestionariusza. W trakcie badań prowadzący nie otrzymali żadnej informacji, aby ktokolwiek miał kłopoty z prawidłowym wypełnieniem testów. Brak danych, który wystąpił w pojedynczych przypadkach nie miał więc związku z niezrozumieniem zasad wypełniania kwestionariuszy, łączył się raczej z treścią pytań.

#### Zastosowane techniki badawcze:

1. Skala Samoświadomości (Fenigsteina, Scheiera i Bussa, w adaptacji Z. Zaborowskiego i M. Zwolińskiego - SCS)

2. Skala Samooceny (M. Lewickiej i J. Czapińskiego - SS)
3. Skala Porównań Społecznych (J. Czapińskiego - SPS)
4. Lista Doświadczeń Życiowych (P. Levinsohna w adaptacji M. Lewickiej - LDŻ)

**Ad 1. Skala Samoświadomości (SCS) (Załącznik nr 1)**

Bada ona samoświadomość jako cechę i składa się z 23 twierdzeń tworzących 3 podskale:

a/ samoświadomości prywatnej (10 twierdzeń) - określa skłonność badanego do koncentracji na własnych przeżyciach (np.: "Często zastanawiam się nad sobą", "Zawsze próbuję zrozumieć siebie");

b/ samoświadomości publicznej (7 twierdzeń) - dotyczy koncentracji na sobie jako na przedmiocie społecznego zainteresowania, obserwacji (np.: "Zwykle martwię się o to, czy zrobię dobre wrażenie", "Niepokoję się o to, jak prezentuję się innym");

c/ niepokoju społecznego (6 twierdzeń) - dotyczy dyskomfortu odczuwanego w obecności innych (np.: "Czuję się niespokojnie, kiedy występuję w dużej grupie", "Mam trudności w pracy, gdy ktoś mnie obserwuje").

Twierdzenia należące do poszczególnych podskal są przemieszane ze sobą. Zadaniem uczestników badań jest ocena trafności podanych twierdzeń na pięciostopniowych skalach. Wskaźniki uzyskane dla poszczególnych podskal mogą przybierać wartości: samoświadomość prywatna - 40 maksymalnie, 0 minimalnie; samoświadomość publiczna - 28 maksymalnie, 8 minimalnie; niepokój społeczny - 24 maksymalnie, 0 minimalnie. Można też obliczyć globalny wskaźnik samoświadomości przez zsumowanie wartości wskaźników uzyskanych w podskalach.

**Ad 2. Skala Samooceny (SS)** została skonstruowana do badania samooceny w kategoriach "jaźni odzwierciedlonej". Badanemu przedstawia się 19 przymiotników: 10 negatywnych i 9 pozytywnych. Zadaniem badanego jest ocena na skali pięciopunktowej, w jakim stopniu odnoszą się one do niego. (Załącznik nr 2).

Skala dostarcza trzech wskaźników:

a/ liczbowy wskaźnik samooceny - stanowi różnicę między sumą punktów skalowych dla przymiotników o zabarwieniu pozytywnym i sumą punktów dla przymiotników negatywnych. Wskaźnik może wahać się w granicach od -38 (samoocena zdecydowanie niska) do

+ 38 (samocena zdecydowanie wysoka);

b/ wskaźnik niepewności samooceny - ilość odpowiedzi "Nie wiem"; może przybierać wartości od 0 (maksymalnie pewna samoocena) do 19 (maksymalnie niepewna samoocena);

c/ wskaźnik artykulacji samooceny - stanowi w pewnym sensie przeciwieństwo niepewności samooceny i mierzony jest odległością odpowiedzi od kategorii "nie wiem", bez względu na kierunek. Wskaźnik ten osiąga wartość od 0 (minimalna artykulacja) do 38 (maksymalna artykulacja samooceny).

### **Ad 3. Skala Porównań Społecznych (SPS) (Załącznik nr 3)**

Skonstruowano ją do pomiaru oceny alkoholika oraz poznawczego stereotypu alkoholika. Zadaniem badanego jest zaznaczenie na pięciopunktowej skali, w jakim stopniu, jego zdaniem, alkoholik różni się od innych ludzi. Podstawę porównań stanowi 20 przymiotników wyrażających cechy osobowe, silnie obciążonych wartościowaniem (9 z nich ma zabarwienie pozytywne, 11 - negatywne). Odpowiedź, że jakaś cecha jest wśród alkoholików "znacznie rzadsza" niż wśród niealkoholików, ma wartość liczbową 1, a odpowiedź, że jakaś cecha jest wśród alkoholików "znacznie częstsza" niż wśród niealkoholików, ma wartość 5.

Skala ta dostarcza następujących wskaźników:

a/ ocena alkoholika - może przyjmować wartość od -40 (maksymalnie negatywna) do +40 (maksymalnie pozytywna);

b/ stereotyp medyczny - liczbowa wartość wskaźnika w przedziale od -4 (maksymalny stereotyp medyczny alkoholika) do +4 (minimalny stereotyp medyczny);

c/ stereotyp moralny - wskaźnik w granicach od -8 (maksimum) do +8 (minimum);

d/ stereotyp wolicjonalny - przybiera wartości od -8 do +8;

e/ stereotypowość obrazu alkoholika, czyli ogólny stopień spozreganego niepodobieństwa alkoholika do osób niepijących (sumowano odległość wartości skalowych od środkowego punktu skali, bez względu na kierunek); wartość wskaźnika od 0 (obraz alkoholika nie różni się od obrazu ludzi niepijących) do 40 (obraz alkoholika maksymalnie różni się od obrazu niepijących, czyli wykazuje największą stereotypowość);

f/ rozbieżność między samooceną a oceną alkoholika (od wartości liczbowej samooceny ze Skali Samooceny (Samoopisu), wyliczonej

na podstawie tylko tych pozycji, które występują także w Skali Porównań Społecznych, odejmowano wartość liczbowa oceny alkoholika wyliczoną na podstawie tych samych pozycji); wskaźnik mógł się wahać od -52 (ocena alkoholika maksymalnie wyższa od samooceny) do +52 (ocena alkoholika maksymalnie niższa od samooceny);

g/ rozbieżność między obrazem "ja" i obrazem alkoholika (dla wszystkich pozycji wspólnych dla Skali Samooceny (Samooceny) i Skali Porównań Społecznych obliczono różnice między dwiema skalami i ich wartości absolutne dodano do siebie); liczbowa wartość wskaźnika może wynosić od 0 (pełna tożsamość obrazu "ja" i obrazu alkoholika) do 52 (maksymalna rozbieżność między obrazem "ja" a obrazem alkoholika).

#### Ad 4. Lista Doświadczeń Życiowych (LDŻ) (Załącznik nr 4)

Powstała w wyniku adaptacji podobnego narzędzia, skonstruowanego przez P. Levinschna. Składa się ze 160 twierdzeń, spośród których 80 opisuje zdarzenia pozytywne, a 80 - negatywne. Zdarzenia te, uporządkowane w kolejności losowej, są przez badanych oceniane na pięciostopniowej skali z uwagi na wartość emocjonalną, jaką dla nich mają (bardzo pozytywne, pozytywne, obojętne, negatywne, bardzo negatywne).

Pośród wskaźników, jakie można uzyskać za pomocą tego narzędzia, dla celów omawianych badań wykorzystano następujące:

a/ ogólna liczba zdarzeń - suma wszystkich podkreślonych przez badanego zdarzeń, które miały miejsce w jego życiu w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badania (wartość tego wskaźnika mieści się w granicach 0 - 160);

b/ liczba zdarzeń pozytywnych - suma zdarzeń ocenianych jako bardzo pozytywne i pozytywne;

c/ liczba zdarzeń obojętnych, które nie wywołały u badanego wyraźnych emocji, uzyskując ocenę "0";

d/ liczba zdarzeń negatywnych - suma zdarzeń ocenianych jako bardzo negatywne i negatywne.

#### Wyniki

##### 1. Wybrane cechy społeczno-demograficzne badanej próby

Próba obejmowała ogółem 100 osób: 49 kobiet i 51 mężczyzn. Spośród kobiet 23 były pacjentkami poradni odwykowej, a 26

należało do klubu abstynenta. W grupie mężczyzn 24 było związanych z poradnią, a 27 było członkami klubu.

### 1.1 Wiek

Tabela 1

Grupa	Średnia wieku
kobiety - ogółem	37.01
kobiety - poradnia	36.1
kobiety - klub	37.9
mężczyźni - ogółem	32.7

Zwraca uwagę fakt, że, na przekór dynamicznej teorii leczenia alkoholizmu, grupa bardziej zaawansowana w leczeniu (klub) nie różni się wiekiem od grupy mniej zaawansowanej (poradnianej). Może to dowodzić, że przechodzenie do klubu nie jest automatyczną konsekwencją zaawansowania w leczeniu w poradni, i że grupy poradniana i klubowa nie uzupełniają się, lecz funkcjonują jakby "równolegle".

### 1.2 Wykształcenie

Tabela 2

Wykształcenie	Liczba osób
średnie lub wyższe	59
średnie zawodowe lub niepełne średnie	32
podstawowe	9

### 1.3 Stan cywilny

Tabela 3

Stan cywilny	liczba osób
w związku formalnym lub nieformalnym	61
wolni lub rozwiedzeni	37
owdowiali	2

## 1.4 Otoczenie domowe

Tabela 4

Mieszka z:	Liczba osób
rodziną	72
innymi osobami	15
samotnie	13

## 1.5 Źródło utrzymania

Tabela 5

Źródło utrzymania	Liczba osób
pełny etat	57
część etatu	7
praca dorywcza	8
renta inwalidzka	6
emerytura	3
zasiłek	3
inne źródła	16

2. Wyniki dotyczące zmiennych związanych z leczeniem odwykowym

Przedstawimy je w postaci średnich wyliczonych osobno dla kobiet i mężczyzn oraz dla kobiet z poradni i kobiet z klubu.

### 2.1 Długość aktualnej abstynencji

Tabela 6

Grupa	Średnia długość abstynencji w tygodniach
kobiety - ogółem	85
kobiety - poradnia	48
kobiety - klub	110
mężczyźni - ogółem	87



Nie zaobserwowano istotnych różnic w długości abstynencji między mężczyznami a kobietami, natomiast w obrębie grupy kobiet, podgrupy poradniana i klubowa różnią się w sposób istotny pod względem średniej długości aktualnej abstynencji ( $F = 4,422$  ist. 0,039).

## 2.2 Czas trwania najdłuższej abstynencji w okresie ostatnich 5 lat

### Tabela 7

Grupa	Średnia długość abstynencji w tygodniach
kobiety - ogółem	113
kobiety - poradnia	61
kobiety - klub	159
mężczyźni	85

Zmienna ta nie różnicuje w sposób istotny grupy kobiet i grupy mężczyzn. Istotna różnica występuje w obrębie grupy kobiet przy porównaniu osób związanych z poradnią z osobami zrzeszonymi w klubie. ( $F = 6,348$ , ist. 0,014).

## 3. Średnie wyniki dotyczące zmiennych psychologicznych

### Tabela 8 (patrz strona 70)

4. Korelacje między zmiennymi psychologicznymi - analiza korelacji kowariancyjnym współczynnikiem korelacji  $r$  - Pearsona (istotność:  $x - 0,01$ ;  $xx - 0,001$ )

4.1 Wysokość samooceny koreluje dodatnio z: artykulacją samooceny (0,4152xx) i ze zmienną "samoocena a ocena alkoholika" (0,6780xx).

4.2 Artykulacja samooceny koreluje dodatnio: ze stereotypem medycznym (0,3392x) i ze zmienną "samoocena a ocena alkoholika" (0,4312x).

4.3 Ocena alkoholika koreluje dodatnio ze stereotypem medycznym (0,4665xx), ze stereotypem moralnym (0,5984xx), ze stereotypem wolicjonalnym (0,6062xx), ze stereotypowością obrazu alkoholika (0,5346xx), ze zmienną "samoocena a ocena alkoholika" (0,5535xx) oraz ujemnie ze zmienną "obraz ja a obraz alkoholika" (-0,3894xx).

Tabela 8

Zmienne		Grupa			
		kobiety - klub	mężczyźni ogółem	kobiety ogółem	kobiety - poradnia
3.1	Wysokość samooceny	14.18	15.55	14.22	16.73
3.2	Niepewność samooceny	3.67	3.53	4.3	2.85
3.3	Antykulacja samooceny	21.06	22.88	21.39	24.19
3.4	Ocena alkoholika	- 10.59	- 15.08	- 13.43	- 16.54
3.5	Stereotyp medyczny alko- holika	- 1.65	- 2.10	- 2.04	- 2.15
3.6	Stereotyp moralny alko- holika	-3.51	-3.86	- 3.09	- 4.54
3.7	Stereotyp wolicejonalny al- koholika	-2.94	- 4.73	- 4.48	- 4.96
3.8	Stereotypowość obrazu al- koholika	21.82	21.81	19.48	22.92
3.9	Samoocena a ocena alko- holika	1.76	1.04	1.52	0.62
3.10	Obraz ja a obraz alkoholika	21.9	24	22.39	25.42
3.11	Samoświadomość prywatna	23.84	24.98	25.38	24.65
3.12	Samoświadomość publicz- na	17.06	18.04	17.77	18.29
3.13	Niepokój społeczny	12.56	11.72	11.23	12.16
3.14	Ogólna liczba zdarzeń ży- ciowych	57.6	54.8	50	59.4
3.15	Liczba zdarzeń obojętnych	26.45	26.45	23.65	29.96
3.16	Liczba zdarzeń obojętnych	10.18	6.87	6.52	7.21
3.17	Liczba zdarzeń	20.9	21.06	19.82	22.25

4.4 Stereotyp medyczny koreluje dodatnio: ze stereotypem wolicjonalnym (0,3632x), ze zmienną "samoocena a ocena alkoholika" (0,3746x); ujemnie: ze stereotypowością obrazu alkoholika (-0,3302x), z samoświadomością prywatną (-0,3478x).

4.5 Stereotyp moralny jest skorelowany dodatnio: ze stereotypem wolicjonalnym (0,3342x), ze zmienną "samoocena a ocena alkoholika" (0,5324xx); ujemnie: ze stereotypowością obrazu alkoholika (-0,5652xx), ze wskaźnikiem "obraz ja a obraz alkoholika" (-0,4148).

4.6 Stereotyp wolicjonalny koreluje ujemnie: ze stereotypowością obrazu alkoholika (-0,5035xx), ze zmienną "obraz ja a obraz alkoholika" (-3496x) oraz dodatnio ze zmienną "samoocena a ocena alkoholika" (0,3178x).

4.7 Stereotypowość obrazu alkoholika koreluje ujemnie ze zmienną "samoocena a ocena alkoholika" (-0,3758x), dodatnio ze zmienną "obraz ja a obraz alkoholika" (0,6278xx).

4.8 Samoświadomość prywatna koreluje dodatnio: z samoświadomością publiczną (0,4320xx), z ogólną liczbą zdarzeń życiowych (0,3205x).

4.9 Samoświadomość publiczna koreluje dodatnio: z niepokojem społecznym (0,4279xx), z ogólną liczbą zdarzeń życiowych (0,2892x), a także z liczbą zdarzeń negatywnych (0,3866xx).

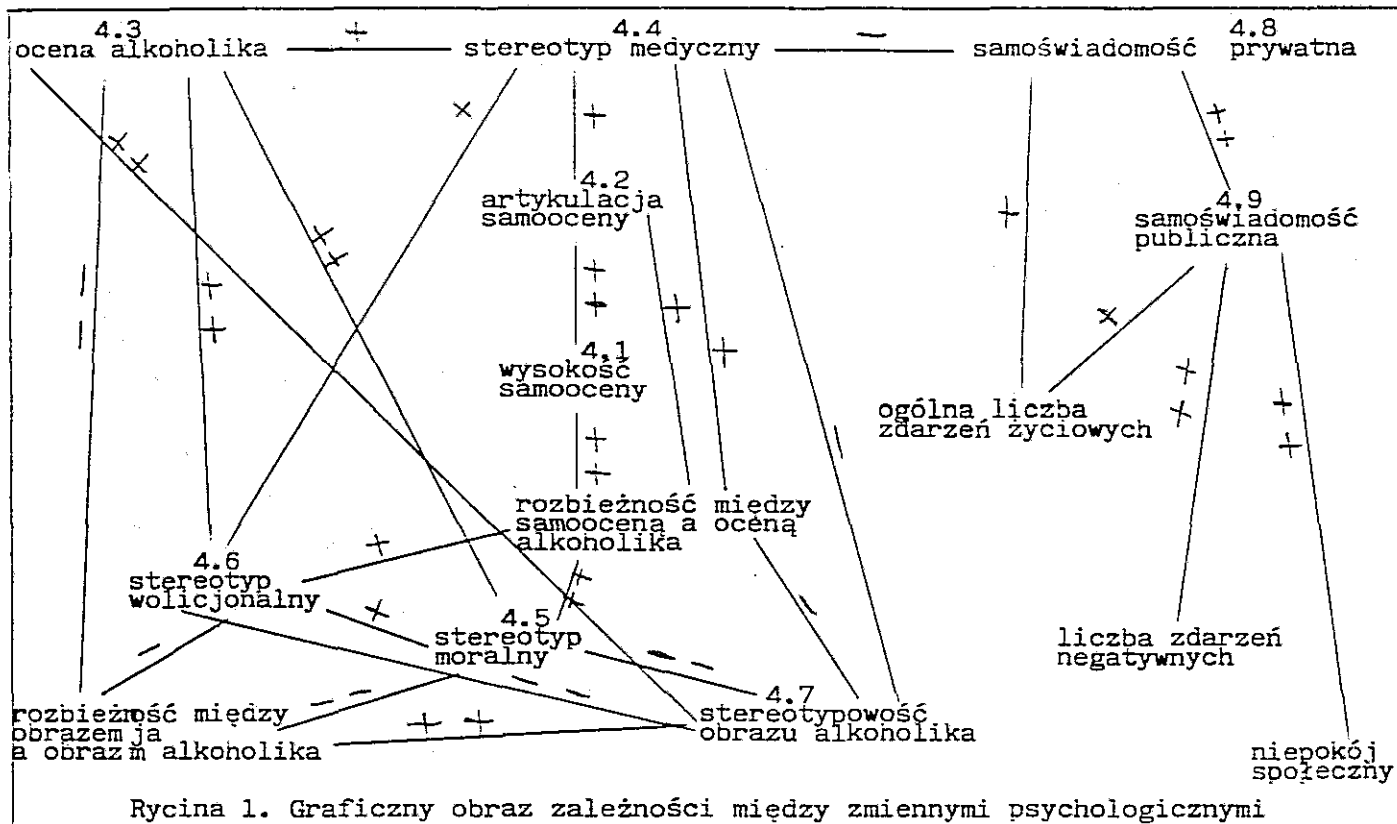
W dalszej części przedstawimy zależności między zmiennymi psychologicznymi w postaci graficznej. (Rycina 1).

Połączono zmienne, między którymi zachodzi istotna zależność i oznaczono następująco:

- ++ korelacja dodatnia, istotna na poziomie 0,001
- + korelacja dodatnia, istotna na poziomie 0,01
- korelacja ujemna, istotna na poziomie 0,001
- korelacja ujemna, istotna na poziomie 0,01

## 5. Analiza korelacyjna

"Gdy zdamy sobie sprawę, że w naukach społecznych większość współczynników korelacji jest znacznie mniejsza niż 0,7, widzimy, że nie może być mowy o dokładnej prognozie. W większości problemów społecznych słusznie zwraca się uwagę przede wszystkim na znalezie-



	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	
V2	1		xx						xx										wysokość samooceny
V3		1	xx																niepewność samoocen
V4			1		x	x			xx										artykulacja samooceny
V5				1	xx	xx	xx	xx	xx										ocena alkohlika
V6					1		x	x	x		x								stereotyp medyczny
V7						1	x	xx	xx	xx									stereotyp moralny
V8							1	xx	x	x									stereotyp wolicjonalny
V9								1	x	xx									stereotypowość obrazu alkoholika
V10									1										samoocena a ocena alkoholika
V11										1									obraz ja a obraz alkoholika
V12											1	xx		xx	x				samoświadomość prywatna SPU
V13												1	xx	xx	x			xx	samoświadomość publiczna
V14													1	xx					niepokój społeczny NS
V15														1	x			xx	suma SCS
V16															1	xx	xx	xx	ogólna liczba zdarzeń
V17																1	xx	xx	liczba zdarzeń pozytywnych
V18																	1		liczba zdarzeń obojętnych
V19																		1	liczba zdarzeń negatywnych

Tablica korelacyjna zmiennych psychologicznych

x - istotność na poziomie 0,01  
 xx - istotność na poziomie 0,001

nie istotnych zmiennych. W pracy badawczej tego typu analiza korelacyjna staje się ważniejsza od analizy regresji” (2).

Badane zmienne psychologiczne poddano analizie wariancji, jako zmienne wyjaśniające przyjmując płeć i rodzaj placówki, z którą związani byli respondenci. Poniżej przedstawiamy te przypadki, w których zależność mierzona testem F osiągnęła poziom istotny.

#### 5.1 Artykulacja samooceny

Zmienne: rodzaj placówki i płeć łącznie wyjaśniają około 10% całej zmienności próby (współczynnik korelacji  $r^2 = 0,106$ ,  $F = 5,682$ , istotność 0,005). Główną rolę odgrywa rodzaj placówki, z której pochodzi badany ( $r^2 = 0,079$ ,  $F = 8,535$ , istotność 0,004). Czynniki płci odgrywa w tej korelacji mniejszą rolę ( $F = 2,829$ , istotność 0,096).

#### 5.2 Ocena alkoholika

Zmienne: rodzaj placówki i płeć wyjaśniają łącznie około 12% całej zmienności próby ( $r^2 = 0,119$ ,  $F = 5,839$ , istotność 0,004). Rodzaj placówki odgrywa większą rolę ( $r^2 = 0,065$ ,  $F = 7,049$ , istotność 0,009). Mniejszą, lecz również istotną rolę odgrywa czynnik płci ( $r^2 = 0,042$ ,  $F = 4,63$ , istotność 0,034).

#### 5.3 Stereotyp moralny

Zmienne: rodzaj placówki i płeć wyjaśniają łącznie blisko 12% całej zmienności próby ( $r^2 = 0,117$ ,  $F = 6,043$ , istotność 0,003). Decydującą rolę odgrywa tu rodzaj placówki, z którą związany jest respondent ( $r^2 = 0,107$ ,  $F = 11,709$ , istotność 0,001).

#### 5.4 Stereotyp wolicjonalny

Zmienne: rodzaj placówki i płeć wyjaśniają łącznie około 16% całej zmienności próby ( $r^2 = 0,164$ ,  $F = 8,543$ , istotność 0,0001). Główną rolę odgrywa tu płeć respondenta ( $r^2 = 0,104$ ,  $F = 11,895$ , istotność 0,001), ale istotny jest także rodzaj placówki ( $F = 5,192$ , istotność 0,025).

#### 5.5 Stereotypowość obrazu alkoholika

Zmienne: rodzaj placówki i płeć wyjaśniają łącznie około 6,5% całej zmienności próby ( $r^2 = 0,065$ ,  $F = 3,25$ , istotność 0,043). Główną rolę odgrywa tu rodzaj placówki ( $r^2 = 0,062$ ,  $F = 6,394$ , istotność 0,013).

#### 5.6 Rozbieżność między obrazem ja a obrazem alkoholika

Zmienne: rodzaj placówki i płeć wyjaśniają łącznie około 7 % całej zmienności próby ( $r^2 = 0,068$ ,  $F = 3,448$ , istotność 0,036). Główną

rolę odgrywa rodzaj placówki ( $r^2 = 0,041$ ,  $F = 4,224$ , istotność 0,043).

#### 5.7 Liczba zdarzeń pozytywnych

Zmienne: rodzaj placówki i płeć wyjaśniają łącznie około 7 % całej zmienności próby ( $r^2 = 0,075$ ,  $F = 3,692$ , istotność 0,029). Główną rolę odgrywa rodzaj placówki ( $r^2 = 0,072$ ,  $F = 7,343$ , istotność 0,008).

#### 5.8 Staż leczenia odwykowego

Zmienne: rodzaj placówki i płeć wyjaśniają łącznie około 11% całej zmienności próby ( $r^2 = 0,113$ ,  $F = 4,288$ , istotność 0,018). Zależy to głównie od rodzaju placówki ( $r^2 = 0,087$ ,  $F = 6,582$ , istotność 0,013).

#### 5.9 Długość aktualnej abstynencji

Koreluje wyłącznie z rodzajem placówki, który wyjaśnia około 6 % całej zmienności próby ( $r^2 = 0,061$ ,  $F = 4,422$ , istotność 0,039).

#### 5.10 Czas trwania najdłuższej abstynencji w ciągu ostatnich 5 lat

Zmienne: rodzaj placówki i płeć wyjaśniają łącznie około 11 % całej zmienności próby ( $r^2 = 0,114$ ,  $F = 3,906$ , istotność 0,025). Główną rolę odgrywa rodzaj placówki ( $r^2 = 0,084$ ,  $F = 6,348$ , istotność 0,014).

6. Średnia długość aktualnej abstynencji w zależności od płci i poziomu samoświadomości (poniżej lub powyżej średniej) przedstawia się następująco:

**Tabela 9**

Samoświadomość prywatna	Długość aktualnej abstynencji w tygodniach (średnia)	
	poniżej średniej	kobiety
	mężczyźni	51.36
powyżej średniej	kobiety	73.92
	mężczyźni	123.27

7. Średnia długość aktualnej abstynencji w zależności od płci i liczby zdarzeń negatywnych (poniżej lub powyżej mediany) przedstawia się następująco:

**Tabela 10**

Liczba zdarzeń negatywnych	Średnia długość aktualnej abstynencji w tygodniach	
	poniżej mediany	kobiety
mężczyźni		73.9
powyżej mediany	kobiety	98.4
	mężczyźni	103.7

### Omówienie wyników

#### 1. Zmienne psychologiczne różnicujące kobiety i mężczyzn

W badaniach została ujawniona tylko jedna różnica między kobietami a mężczyznami w zakresie zmiennych psychologicznych - różnica ta dotyczyła stereotypu wolicjonalnego alkoholika, który był silniej wyrażany przez kobiety, niezależnie od rodzaju placówki, z którą były związane.

#### 2. Związek między zmiennymi psychologicznymi a socjomedycznymi

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni należący do klubu wymieniali istotnie więcej pozytywnych zdarzeń życiowych w porównaniu z osobami należącymi do poradni. Zjawisko to może być efektem trzeźwienia i związanego z nim bardziej pozytywnego spostrzegania zdarzeń, może także wiązać się ono z większym oparciem społecznym, jakie daje przynależność do klubu.

Kobiety należące do klubu silniej wyrażały stereotyp moralny alkoholika w porównaniu z pacjentkami poradni. W podobny sposób nasilenie tego stereotypu różnicowało mężczyzn w poradni i w klubie. Różnice te wiążą się z dłuższym w odniesieniu do członków klubu stażem leczenia oraz dłuższą abstynencją. Pozwala to przypuszczać, że są one także wyrazem towarzyszącego procesowi trzeźwienia lepszemu wglądowi w siebie oraz głębszej refleksji nad mechanizmami uzależnienia.

W podobny sposób można interpretować różnicę między kobietami z klubu a pacjentkami poradni pod względem wartości zmiennej "stereotypowość obrazu alkoholika", czyli spostrzegana odrębność alkoholika od osób niepijących. Zmienna ta osiąga istotnie wyższą wartość u kobiet z klubu.



Spośród wszystkich zmiennych najistotniejszy okazał się rodzaj placówki, z którą związani byli badani. Wchodził on najczęściej w interakcje z pozostałymi zmiennymi.

### 3. Wzajemne zależności między zmiennymi psychologicznymi

Z analizy graficznego obrazu zależności między zmiennymi psychologicznymi wynika, że istnieją dwa, względnie niezależne systemy związków między nimi.

Jednym z nich jest system korelacji między samoświadomością a liczbą zdarzeń życiowych i niepokojem społecznym.

Drugim, o wiele bardziej złożonym, jest system zależności między stereotypami alkoholika a ocenami siebie, alkoholika, artykulacją samooceny oraz rozbieżnościami: między obrazem ja a obrazem alkoholika oraz między samooceną a oceną alkoholika.

Oba te podsystemy są powiązane ze sobą jedynie przez ujemną korelację między stereotypem medycznym i samoświadomością prywatną.

W drugim podsystemie stereotyp medyczny wyróżnia się przez korelację z artykulacją samooceny, która z kolei jest skorelowana z wysokością samooceny.

Poszczególne elementy tego podsystemu korelują z płcią i rodzajem placówki, jednakże korelacje takie nie występują w przypadku tak istotnej zmiennej, jaką jest stereotyp medyczny. Jednorodność badanej populacji ze względu na tę zmienną związana jest przypuszczalnie z faktem podjęcia leczenia, które stanowi "wspólny mianownik" badanej grupy jako całości. Konsekwencją tego jest osłabienie związku zmiennych socjomedycznych także z innymi, skorelowanymi ze stereotypem medycznym, zmiennymi psychologicznymi.

## **Female alcoholics in alcoholism treatment centers and in abstainer clubs. Relationships between some psychological and socio-medical variables.**

### Summary

Subjects in the study were 19 female and 51 male alcoholics attending alcoholism treatment facilities and abstainer clubs in

Warsaw. The following psychological tests were used: Self-Awareness Scale, Self-Esteem Inventory, Social Comparisons Scale and a Scale of Life Events.

The study was aimed at a psychological characterisation of female as compared to male alcoholics in terms of self-evaluation, the perceived stereotype of the alcoholic, self-awareness level, and the number of positive and negative life events in the period preceding the study. Two socio-medical factors were also taken under consideration: type of treatment (alcoholism treatment center vs. abstainer club) and duration of sober live (recovery).

The question posed was firstly, whether the psychological variables differentiate men from women alcoholics, and secondly, whether they are related to the socio-medical factors.

The subjects' gender was found to be less differentiating than socio-medical variables.

The volitional stereotype of the alcoholic was more markedly expressed by women, irrespectively of their treatment facility.

Membership in an abstainer club, irrespectively of Ss' gender, was positively correlated with the number of positive life events, stereotype moral beliefs about alcoholics, duration of both treatment and of abstinence, as well as with perceived dissimilarity of the alcoholic to non-drinkers.

Interrelations between psychological variables for the whole sample under study have revealed the role of the medical stereotype, in terms of the number of correlations with other variables.

tłumaczyła: Barbara Mroziak

## Bibliografia

1. Alapin B.: *Alkoholizm u kobiet*. Problemy Alkoholizmu 1963, 9/10: 7-10.
- 2. Błażock H. M.: *Statystyka dla socjologów*. PWN, Warszawa 1977, s. 334.
- 3. Ciupak A., Kornacki L.: *Samoakceptacja w zespole uzależnienia alkoholowego*, w: *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień*, PWN, Warszawa 1989, t. 2, s. 43-48.
- 4. Duckert F., Johnsen J.: *Sex differences in a control training program for alcohol abusers*, in: *The Second Malmö Symposium on Alcohol*, Nov. 8-9. 1984, Department of Alcohol Diseases, Malmö 1985, s. 75-87.
- 5. Duckert F.: *The treatment of female problem*

- drinkers, in: *Women, alcohol and drugs in the Nordic countries*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki 1989, s. 172-191. - 6. Fenigstein A., Scheier M. F., Buss A. H.: *Public and private Self-Consciousness: Assessment and theory*, J of Consulting and Clinical Psychology 1975, 43, 4: 522-527. - 7. Guzikow B. M.: *Osobennosti leczeniya alkoholizma u ženszczin w swiazi s zadaczami rehabilitacji*. W: *Sowremennyje formy i metody organizacii psicho-gigieniczeskoi i psicho-profilaktoczeskoi raboty*. Leningrad 1985, s. 93-98. - 8. Hull J. G.: *Self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption*, J of Abnormal Psychology, 1981, 90, 6: 586-600. - 9. Hull J. G., Levenson R. W., Young R. D., Sher K. J.: *Self-awareness-reducing effects of alcohol consumption*. J of Personality and Social Psychology 1983, 44, 3: 461-473. - 10. Hull J. G., Young R. D.: *Self-consciousness, Self-esteem and success-failure determinants of alcohol consumption in male social drinkers*. J of Personality and Social Psychology 1983, 33, 6: 1097-1109.
11. Izdebski P.: *Dynamika zmian osobowości pacjentów uzależnionych od alkoholu w trakcie oddziaływań leczniczych*. Psychiatr. Pol. 1985, 9, 3: 212-218. - 12. Koziński J.: *Psychologiczna teoria samowiedzy*. PWN, Warszawa 1986, s. 220-222. - 13. Kępiński A.: *Psychopatologia nerwic*. PZWL, Warszawa 1972, s. 84. - 14. Kulisiewicz T.: *Uzależnienie alkoholowe*. PZWL, Warszawa 1982, s. 86-102. - 15. Łęczycka Ł.: *Klinika alkoholizmu u kobiet*. PZWL, Warszawa 1972. - 16. Łukaszewski W.: *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*. PWN, Warszawa 1974. - 17. Michałczyk Cz.: *Wykorzystanie Testu Uzupelnniania Zdań J. M. Sacksa i S. Levy'ego w badaniach osób uzależnionych od alkoholu*. W: *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień*. PWN, Warszawa 1989, t. 1, s. 171-176. - 18. Portnow A. A., Piatnickaja I. N.: *Klinika alkoholizmu*. PZWL, Warszawa 1977, s. 243-252. - 19. Roman P. M.: *Psychological correlates of women's alcohol problems*. National Institute on alcohol abuse and alcoholism, Rockville, Maryland 1988. - 20. Salmose K.: *Women's use of alcohol in a historical perspective*, in: *Women, alcohol and drugs in the Nordic countries*. Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki 1989, s. 21-46.
21. Zaborowski Z.: *Koncepcja samoświadomości wewnętrznej i zewnętrznej i jej implikacje*. Kwartalnik Pedagogiczny 3/121, Warszawa 1986, s. 57-76. - 22. Zaborowski Z.: *Psychospoleczne problemy samoświadomości*. PWN, Warszawa 1989. - 23. Zaborowski Z., Kwapisz K.: *Samoświadomość alkoholików*. Problemy Alkoholizmu. 1988, 9: 16.