

Marzenna Kucińska, Jerzy Mellibruda, Bogusław Włodawiec

WYNIKI BADAŃ PILOTAŻOWYCH PROGRAMU APETOW – CHARAKTERYSTYKA PACJENTEK WSPÓLUZALEŻNIONYCH

Charakterystyka demograficzna badanej grupy

Badania pilotażowe objęły 122 osoby w pierwszym etapie pilotażu oraz 78 osób w drugim etapie. Badane kobiety były w wieku od 21 do 63 lat. Średnia wieku badanych kobiet wyniosła ok. 40 lat. Aż 20% z nich było rozwiedzionych lub w separacji. Należy przypuszczać, że alkoholizm ich mężów jest przyczyną tak wysokiego odsetka rozwodów w tej grupie. Liczba dzieci badanych kobiet nie odbiegała znacznie od przeciętnej liczby dzieci w typowej polskiej rodzinie. Prawie połowa badanych kobiet ma dwoje dzieci, co piąta badana kobieta ma ich troje i również co piąta – jedno.

Badane współuzależnione kobiety były bardzo dobrze wykształcone – aż 22% z nich posiadało wyższe lub niepełne wyższe wykształcenie, a ponad 80% – wykształcenie co najmniej niepełne średnie.

Prawie 70% kobiet pracowało na etacie lub prowadziło działalność gospodarczą. 11% ogółu badanych kobiet było bezrobotnych. Pozostałe kobiety były na rencie, emeryturze lub na urlopie wychowawczym. Uwzględniając jedynie kobiety czynne zawodowo (po wyłączeniu uczennic, rencistek i emerytek), wskaźnik bezrobocia wśród badanych współuzależnionych kobiet wyniósł 14,9%.

Zdecydowana większość badanych kobiet mieszkała w miastach, a ponad połowa w dużych miastach.

Zdecydowana większość badanych kobiet mieszka we własnym mieszkaniu. Prawie wszystkie mieszkają razem z mężem (partnerem) i (lub) z dziećmi.

Samoocena stanu zdrowia badanych współuzależnionych kobiet nie odbiega istotnie, jak się wydaje, od samooceny stanu zdrowia ogółu populacji polskich

kobiet. Większość współuzależnionych kobiet ocenia swoje zdrowie jako dobre lub takie sobie (ani dobre, ani złe) (130).

Porównując uzyskane dane z danymi GUS (101), można zauważyć, że badane współuzależnione kobiety odbiegają od ogółu populacji Polek pod następującymi względami:

- częściej są rozwiedzione lub w separacji;
- częściej są dobrze wykształcone;
- częściej mieszkają w miastach.

Na podstawie obserwacji klinicznych i wiedzy potocznej można przypuszczać, że badane kobiety nie stanowią reprezentatywnej próby dla ogółu współuzależnionych kobiet w Polsce. Nie wydaje się, żeby współuzależnienie było bardziej rozpowszechnione wśród kobiet mieszkających w mieście niż na wsi i wśród kobiet wykształconych niż niewykształconych. Wydaje się raczej, że do placówek odwykowych na terapię współuzależnienia stosunkowo częściej trafiają bardziej aktywne lub bardziej zdesperowane kobiety, zdecydowane poszukiwać pomocy. Zapewne oferta wiodących placówek odwykowych (w większości zlokalizowanych w dużych miastach), łatwiej trafia do mieszkanek miast, zaś lepiej wykształcone kobiety mają większą gotowość korzystania z niej.

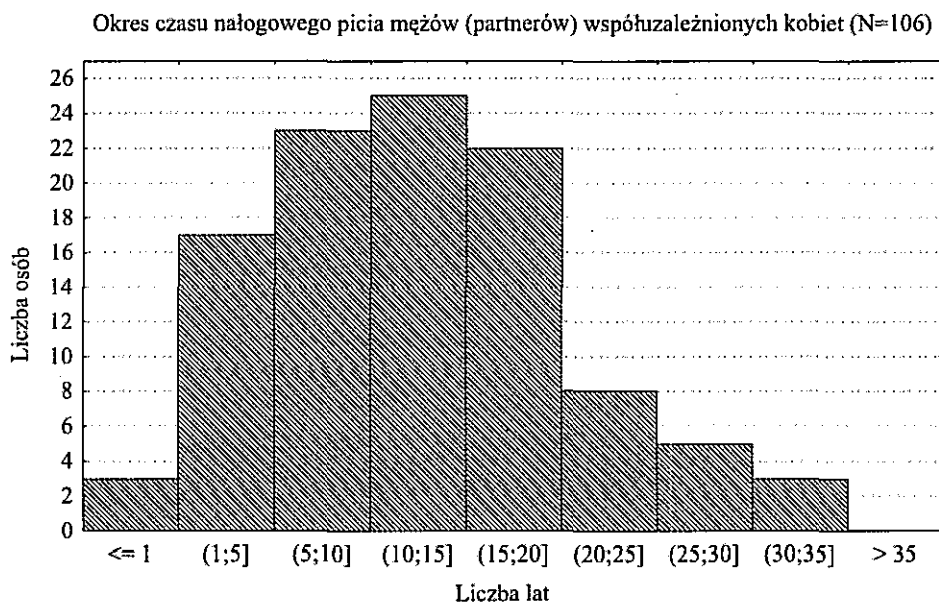
Zażywanie substancji psychoaktywnych

Badane współuzależnione kobiety były pytane o kontakt z substancjami psychoaktywnymi w ciągu ostatniego miesiąca. Okazało się, że stosunkowo najczęściej sięgają po takie używki jak kawa i papierosy. Aż 40% badanych kobiet pali papierosy, a co piąta pije kawę 3 razy dziennie lub częściej. Co piąta osoba zażywa leki uspokajające, a co dziesiąta nadużywa, jak się wydaje, środków przeciwbólowych. Nieco mniej, bo 8% kobiet zażywa niekiedy środki nasenne, lecz tylko jedna z nich codziennie i jedna co drugi dzień. Zdecydowana większość badanych kobiet w ogóle nie piła alkoholu w ostatnim miesiącu. Nie zanotowano także w ogóle osób palących marihuanę, ani zażywających narkotyki w ciągu ostatniego miesiąca. Fakt ten wydaje się zrozumiały, gdyż badano przecież osoby będące w trakcie terapii współuzależnienia w placówce odwykowej, gdyby zaś osoby te przyjmowały narkotyki, to zostałyby zapewne objęte programem terapii uzależnień i nie włączono by ich do niniejszych badań.

Bliskie osoby nadużywające alkoholu lub uzależnione od alkoholu

Prawie wszystkie badane kobiety (93%) podjęły terapię współuzależnienia z powodu męża, 4% z powodu syna lub córki, a 3% z powodu matki lub ojca. Połowa badanych twierdziła, że wśród ich bliskich są jeszcze inne osoby uzależnione.

Spośród kobiet, które były żonami bądź partnerkami osoby uzależnionej, 5% badanych było po raz drugi w stałym związku z uzależnionym mężczyzną. W aktualnym związku osoby badane były od kilku miesięcy do 44 lat, średnio 16 lat. Ich mąż (partner) pił w sposób nałogowy od kilku miesięcy do 35 lat, średnio 14 lat.



Rycina 1

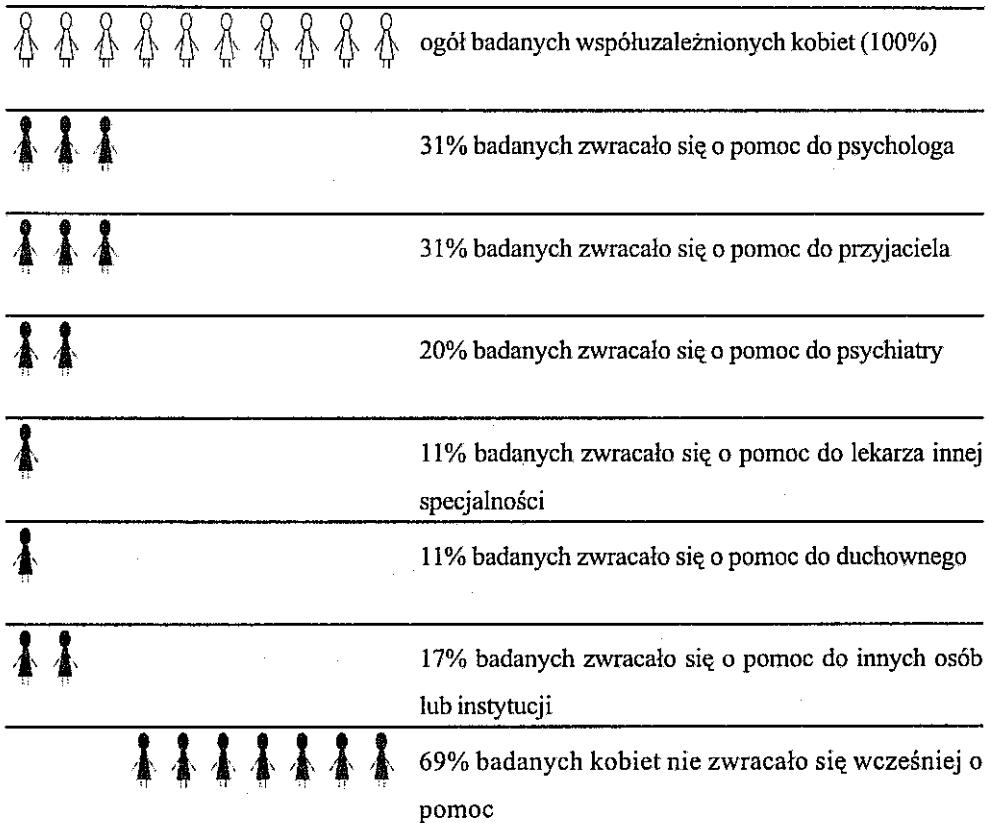
Ponad połowa (55%) badanych kobiet twierdzi, że w ich rodzinie generacyjnej nikt nie nadużywał alkoholu, natomiast 45% wychowywało się w rodzinie, w której przynajmniej jedna z osób nadużywała alkoholu. W przypadku 42% osób, alkoholu nadużywał ich ojciec, zaś 5% wskazuje na matkę (w rodzinach 2% osób nadużywali alkoholu oboje rodzice). Ponadto (niezależnie od pijących rodziców) w 10% przypadków alkoholu nadużywał ktoś z dziadków, a w 8% przypadków inne osoby. Podsumowując, prawie połowa badanych współzależnionych kobiet wychowywała się w rodzinie, w której przynajmniej jedno z rodziców nadużywało alkoholu. Jak się wydaje, fakt ten może w pewnym stopniu wyjaśniać ich większą tolerancję wobec nadużywania alkoholu przez mężów.

Szacuje się bowiem, że w Polsce jest około 900 tys. osób uzależnionych od alkoholu, a trzy razy tyle osób, które piją ryzykownie. Łącznie dawałoby to ok. 3,5 mln osób nadużywających alkoholu (63). Jeśli szacunki te byłyby trafne, oznaczałoby to, że w Polsce nadużywa alkoholu ok. 12,5% dorosłej populacji. Zakładając, że większość z nich to mężczyźni, możemy przypuszczać, że w Polsce nadużywa alkoholu prawie 25% dorosłych mężczyzn. Szacunki te potwierdzają badania Sierosławskiego, z których wynika, że 23,7% mężczyzn pije w sposób ryzykowny (107). Na tej podstawie można ostrożnie szacować, że podobna część ogółu polskich kobiet miało ojca nadużywającego alkoholu. Porównując te wyniki z odsetkiem współzależnionych kobiet posiadających ojca nadużywającego alkoholu uzyskanym w naszych badaniach, można sądzić, że dla dziewcząt posiadanie ojca nadużywającego alkoholu sprzyja ukształtowaniu się takiej po-

stawy wobec nadużywających alkoholu mężczyzn, która owocuje współzależnieniem w dorosłym życiu. Zatem posiadanie ojca nadużywającego alkoholu byłoby dla dziewcząt jednym z czynników ryzyka wystąpienia współzależnienia w dorosłym życiu.

Poszukiwanie pomocy przez osoby współzależnione

Badane współzależnione kobiety odpowiadały na pytanie, czy zwracały się już wcześniej o pomoc w swoich osobistych sprawach oraz do kogo się o nią zwracały.



Rycina 2. Poszukiwanie pomocy przez współzależnione kobiety.

Aż 69% badanych kobiet nie zwracało się wcześniej o pomoc w swoich osobistych sprawach. Natomiast 31% badanych zwracało się o pomoc do psychologa, także 31% do przyjaciela, 20% do psychiatry, 11% do lekarza innej specjalności, 11% do duchownego. Z kolei 17% wskazuje inne osoby i instytucje, takie jak grupa Al-Anon, teściowie, rodzice, opieka społeczna, dzieci, rodzina, znajomi, sąsiedzi, wspólnota chrześcijańska, kurator, sąd, policja, telefon zaufania.

Wcześniej podejmowane leczenie

Około 2/3 badanych kobiet nie podejmowało wcześniej terapii psychiatrycznej, psychologicznej ani neurologicznej, natomiast 1/3 podejmowała już taką terapię. Spośród tych kobiet, które leczyły się u psychiatry lub neurologa, większość miała diagnozę nerwicy lub (rzadziej) depresji.

Kilka kobiet podało ponadto, że ze względu na swoją bliską relację z osobą uzależnioną, było zmuszonych poddać się zabiegom chirurgicznym (po urazach głowy) lub leczeniu ginekologicznemu. Także kilka kobiet poszukiwało pomocy psychologicznej z powodu trudności wychowawczych z dziećmi.

Nasilenie objawów psychopatologicznych

Nasilenie objawów psychopatologicznych było badane Skalą Klinicznych Objawów Psychiatrycznych SCL-90 L. Derogatisa, R. Lipmana i L. Covi'ego (31), mierzącą somatyzację, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalną, depresję, lęk, wrogość, fobie myślenie paranoidalne i psychotyczność.

TABELA 1
Wyniki badania współzależnionych kobiet kwestionariuszem SCL-90
N=122

Skala:	średnia arytm.	odchylenie st.
somatyzacja	1,19	0,74
natręctwa	1,48	0,73
nadwrażliwość interpersonalna	1,37	0,83
depresja	1,57	0,85
lęk	1,43	0,79
wrogość	1,29	0,79
fobie	0,50	0,52
myślenie paranoidalne	1,35	0,78
psychotyczność	0,90	0,63

Uzyskane wyniki warto porównać z wynikami innych badań, prowadzonych dotychczas przez Instytut Psychologii Zdrowia przy użyciu kwestionariusza SCL-90 (86). W tabeli 2 zestawiono wyniki tych badań, uszeregowane w kolejności od najniższego do najwyższego poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych w badanej grupie. Wyniki te zawierają się na skali od 0 do 4, gdzie 0 oznacza brak jakichkolwiek objawów psychopatologicznych, zaś 4 oznacza maksymalne ich nasilenie.

1. – terapeuci z placówek odwykowych (kobiety i mężczyźni)
2. – alkoholicy (mężczyźni) przed terapią
3. – kobiety współzależnione
4. – alkoholiczki (kobiety) przed terapią
5. – dorosłe dzieci alkoholików (kobiety i mężczyźni) przed terapią

TABELA 2
Zestawienie dotychczasowych badań IPZ z zastosowaniem SCL-90
średnie arytmetyczne w badanych grupach

Skale	Grupy				
	terapeuci [41]	alkoholicy [86]	kobiety współzależnione	alkoholiczki [86]	DDA [41]
somatyzacja	0,6	0,9	1,2	1,1	1,4
natręctwa	0,9	1,4	1,5	1,5	2,2
nadwrażliwość interpersonalna	1,0	1,3	1,3	1,5	1,8
depresja	0,9	1,3	1,5	1,6	1,9
lęk	0,9	1,3	1,4	1,5	1,9
wrogość	0,9	1,1	1,3	1,2	1,7
fobie	0,4	0,9	0,5	1,1	0,8
myślenie paranoidalne	0,7	1,4	1,3	1,5	1,8
psychotyczność	0,4	1,0	0,9	1,1	1,4

Nasilenie objawów psychopatologicznych mierzonych SCL-90 jest u współzależniwych kobiet zbliżone do kobiet – alkoholiczek, znacznie wyższe od terapeutów, nieco wyższe od alkoholików, niższe natomiast od nasilenia objawów psychopatologicznych dorosłych dzieci alkoholików.

Kondycja psychiczna

Kondycja psychiczna badanych osób była mierzona Kwestionariuszem Kondycji Psychiczej A. Gajewskiej i J Mellibrudy (40). Kwestionariusz ten służy do badania kondycji psychicznej rozumianej jako intrapsychiczne wyposażenie jednostki do radzenia sobie z trudnościami życiowymi oraz z wyzwaniem, jakie stawia życie. W świetle dotychczasowych doświadczeń zespołu IPZ z wykorzystaniem tego narzędzia

TABELA 3
Wyniki badania współzależniwych kobiet kwestionariuszem KKP
N=120

Skale:	średnia arytmetyczna	odchylenie standardowe
Stan motywacji i energii - aspekt rozwojowy	2,22	0,92
Stan motywacji i energii - aspekt obronny	2,52	0,85
Poczucie nadziei i perspektyw	2,75	1,05
Poczucie kompetencji - aspekt rozwojowy	2,15	0,87
Poczucie kompetencji - aspekt obronny	2,28	0,93
Poczucie orientacji	2,08	0,93
Poczucie pewności siebie i zaufania do siebie	2,59	0,88
Poczucie autonomii osobistej	2,18	0,92
Poczucie samoakceptacji	2,87	1,03
Poczucie kontroli i autorstwa swego życia	2,36	0,98
Ogólny stan kondycji psychicznej	2,40	0,69

dzia możemy powiedzieć, iż koncentruje się ono w zasadzie na przekonaniach osoby badanej co do własnych zasobów w wymienionych sferach, czyli pozwalających na efektywne radzenie sobie z trudnościami i problemami oraz na stawianiu czoła wyzwaniom, jakie stawia życie i osiągnięciu tego, czego się chce.

Uzyskane wyniki warto porównać z wynikami innych badań, prowadzonych dotychczas przez Instytut Psychologii Zdrowia przy użyciu kwestionariusza KKP (86). W tabeli 4 zestawiono wyniki tych badań, uszeregowane w kolejności od najwyższego do najniższego poziomu kondycji psychicznej. Wyniki te mieszczą się na skali od 0 do 4, gdzie 4 oznacza maksymalny wynik.

1. – alkoholicy (kobiety i mężczyźni) – pacjenci placówek odwykowych w chwili rozpoczęcia terapii – podgrupa osób, które następnie (po upływie określonego czasu) ukończyły podstawowy program terapii uzależnień;

2. – współzależnione kobiety;

3. – alkoholicy (kobiety i mężczyźni) – ogół pacjentów placówek odwykowych w chwili rozpoczęcia terapii;

4. – alkoholicy (kobiety i mężczyźni) – pacjenci placówek odwykowych w chwili rozpoczęcia terapii – podgrupa osób, które następnie przerwały uczestnictwo w podstawowym programie terapii uzależnień.

Poziom kondycji psychicznej badanych kobiet jest zbliżony do poziomu kondycji psychicznej podgrupy dobrze rokujących alkoholików przed terapią, a wyższy od poziomu

TABELA 4
Zestawienie dotychczasowych badań IPZ z użyciem KKP [86]

Skale	Grupy			
	alkoholicy przed terapią, którzy ukończą PPTU	kobiety współzależnione	alkoholicy przed terapią (cała grupa)	alkoholicy przed terapią, którzy nie ukończą PPTU
stan motywacji i energii - aspekt rozwojowy	2,47	2,22	2,09	0,68
stan motywacji i energii - aspekt obronny	2,48	2,52	2,06	0,68
poczucie nadziei i perspektyw	2,92	2,75	2,59	0,79
poczucie kompetencji - aspekt rozwojowy	2,35	2,15	1,96	0,66
poczucie kompetencji - aspekt obronny	2,27	2,28	1,77	0,63
poczucie orientacji	2,31	2,08	1,98	0,65
poczucie pewności siebie i zaufania do siebie	2,29	2,59	1,92	0,63
poczucie autonomii osobistej	2,03	2,18	1,97	0,57
poczucie samoakceptacji	2,72	2,87	2,26	0,74
poczucie kontroli i autorstwa swego życia	2,55	2,36	2,22	0,70
ogólny stan kondycji psychicznej	2,44	2,40	2,08	0,67

kondycji psychicznej ogółu alkoholików przed terapią. Ponadto poziom kondycji psychicznej badanych kobiet zdecydowanie przewyższa poziom kondycji psychicznej przed terapią podgrupy alkoholików źle rokujących (tj. takich, którzy nie ukończyli terapii).

Poczucie koherencji

Poczucie koherencji badanych kobiet współzależnionych było mierzone Kwestionariuszem Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego. Poczucie koherencji jest najważniejszym pojęciem w koncepcji salutogenezy Antonovsky'ego i oznacza globalną orientację człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (a) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (b) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (c) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (7). Poniższa tabela prezentuje wyniki uzyskane przez współzależnione kobiety w badaniu poczucia koherencji kwestionariuszem SOC-29:

TABELA 5
Wyniki badania współzależnionych kobiet kwestionariuszem SOC-29
N=122

Skale	średnia	odchylenie st.
poczucie zrozumiałości	40,07	9,66
poczucie zaradności	42,58	9,80
poczucie sensowności	39,59	7,57
poczucie koherencji	122,25	24,54

Uzyskane wyniki warto porównać z wynikami innych badań, prowadzonych dotychczas przy użyciu kwestionariusza SOC-29. W tabeli 6. zestawiono wyniki tych badań, uszeregowane w kolejności od najniższych do najwyższych:

TABELA 6
Zestawienie dotychczasowych badań kwestionariuszem SOC-29

Grupa	N	poczucie koherencji – średnia
1. współzależnione kobiety z niniejszych badań	122	122,25
2. pielęgniarki z łódzkich szpitali	1023	124,6
3. robotnicy fabryczni stanu Nowy Jork	111	133,01
4. studenci amerykańscy	336	133,33
5. próba reprezentatywna mieszkańców Izraela	297	136,47
6. amerykańscy magistranci psychologii	59	139,71
7. słuchaczki Studium Pomocy Psychologicznej (pracownice odwyku)	66	141,18
8. pracownicy służby zdrowia w Edmonton	108	148,63
9. studenci szkoły oficerskiej w Izraelu	338	160,44

Wyniki badań przedstawionych w tabeli 6. w punktach 3; 4; 5; 6; 8; 9; podane są za Antonovsky'm (7), zaś badań przedstawionych w punkcie 2 – za Dudkiem i Koniarciem (35). W punkcie 7 przedstawiono niepublikowane wyniki badań IPZ nad słuchaczami Studium Pomocy Psychologicznej (wśród których 88% stanowiły kobiety) – osobami pracującymi w placówkach odwykowych jako pielęgniarzki, psychologizy, instruktorzy terapii uzależnień, pracownicy socjalni, pedagodzy.

Współzależnione kobiety uzyskują najniższy poziom poczucia koherencji w porównaniu do innych badanych grup. Wprawdzie nie opracowano polskich norm dla kwestionariusza SOC-29, lecz mimo to, tylko na podstawie powyższych zestawień można sądzić, że badane współzależnione kobiety mają niskie poczucie koherencji. Interpretując ich wyniki zgodnie z koncepcją Antonovsky'ego należałoby stwierdzić, iż brakuje im poczucia pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny. Przeciwnie – otoczenie jawi się im jako nieprzewidywalne, nieuporządkowane i niejasne. Uważają, że raczej nie mają zasobów, które pozwoliłyby im sprostać wymaganiom stawianym przez życie. Ponadto wymagania te raczej nie są dla nich wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania. Nie spostrzegają swoich problemów jako wyzwań, które warto podejmować. Brakuje im motywacji do działania, tzn. poczucia, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań jakie niesie życie warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. W niskim stopniu spostrzegają dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają napływające bodźce. W sytuacji, gdy bodźce te są niepożądane, uważają raczej, że istnieje niskie prawdopodobieństwo, że wszystko ułoży się dobrze. Przekonane są, że nie dysponują zasobami, potrzebnymi, by sprostać wymogom, ani nie dysponują nimi osoby, którym ufają i na które ewentualnie mogłyby liczyć.

Poczucie koherencji a palenie papierosów i samoocena stanu zdrowia

Zgodnie założeniami Antonovsky'ego, poczucie koherencji miałoby być czynnikiem zwiększającym tendencję jednostki do zachowań prozdrowotnych. Uzyskane wyniki zdają się potwierdzać założenia Antonovsky'ego. Poczucie koherencji i wszystkie jego składowe korelują ujemnie z liczbą wypalanych dziennie papierosów. Współczynniki korelacji Spearmana wyniosły odpowiednio: poczucie zrozumiałości -0,32, poczucie zaradności -0,33, poczucie sensowności -0,25, poczucie koherencji -0,33. Ponadto poczucie koherencji koreluje z samooceną stanu zdrowia badanych kobiet. Współczynniki korelacji Pearsona wyniosły odpowiednio: poczucie zrozumiałości 0,35; poczucie zaradności 0,33; poczucie sensowności 0,36; poczucie koherencji 0,38. Oznacza to, że im wyższe jest poczucie koherencji współzależnionych kobiet, tym mniej wypalają one papierosów w ciągu dnia oraz tym wyższa jest ich samoocena stanu zdrowia. Wyniki te zdają się potwierdzać wartość koncepcji salutogenezy autorstwa Antonovsky'ego i jego kwestionariusza (7).

Poczucie koherencji a nasilenie objawów psychopatologicznych

Poczucie koherencji i wszystkie jego składowe bardzo silnie ujemnie korelują z dołądnie wszystkimi skalami SCL-90, mierzącymi nasilenie objawów psychopatologicznych współzależnionych kobiet. Współczynniki korelacji Pearsona wyniosły od -0,36 do -0,81. Najsilniejsza korelacja wystąpiła między poczuciem koherencji a depresją. Oznacza to, że im wyższe poczucie koherencji współzależnionych kobiet, tym niższe nasilenie objawów psychopatologicznych, takich jak somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne i psychotyczność.

Przekonania charakterystyczne dla współzależnienia, emocje negatywne i pozytywne oraz lęk, gniew i ciekawość jako stan i jako cecha

Występowanie i nasilenie przekonań charakterystycznych dla współzależnienia badano kwestionariuszem „Moje Przekonania”, skonstruowanym przez Zofię Sobolewską. Kwestionariusz ten bada występowanie i nasilenie destrukcyjnych poglądów osoby badanej dotyczących następujących zagadnień:

1. Nadużywanie alkoholu przez męża (przyczyny nadużywania alkoholu, możliwości zmiany sytuacji, leczenia, wpływ alkoholizmu męża na całą rodzinę);
2. Małżeństwo i rodzina (cele, wartości, normy moralne, obowiązki, role małżonków, uczucia);
3. Relacje kobieta – mężczyzna (zasady rządzące związkami męsko – damskimi, wartość kobiety, jej prawa i obowiązki);
4. Porządek świata (cele życiowe, normy moralne, prawa rządzące ludzkim losem, wartości);
5. Samoocena (poczucie własnej wartości, ocena swojej atrakcyjności interpersonalnej, ocena swoich możliwości: samodzielnego funkcjonowania i możliwości wprowadzenia zmian)

Wysoki wynik w kwestionariuszu „Moje Przekonania” wskazuje na hołdowanie przekonaniom, utrudniającym zmianę patologicznej sytuacji, w jakiej znajduje się współzależniona kobieta: przekonaniom, które prowadzą do wzmocnienia u osoby badanej poczucia bezradności, lęku przed zmianą, wzmocnienia tendencji autodestrukcyjnych, poczucia winy, obniżania poczucia własnej wartości, prowadzą do usprawiedliwienia zaprzestania poszukiwania konstruktywnych rozwiązań, samoobrony, czy szukania pomocy z zewnątrz (spoza rodziny), podtrzymują zaś irracjonalną nadzieję na cudowną poprawę sytuacji.

Nasilenie emocji pozytywnych i negatywnych u osób badanych było badane Skalą Bilansu Afektywnego N. Bradburna, mierzącą emocjonalny aspekt poczucia szczęścia. Ujemny wynik w Skali Bilansu Afektywnego oznacza przewagę emocji negatywnych nad pozytywnymi w okresie ostatnich 2 tygodni (17).

Lęk, gniew i ciekawość jako stan i jako cecha były badane Trójczynnikiem Inwentarzem Stanów i Cech Osobowości (TISCO) Spielberga – Wrześniewskiego. Kwestionariusz ten mierzy lęk, gniew i ciekawość przeżywane w chwili badania (jako stan), oraz lęk, gniew i ciekawość jako trwałą cechę osobowości (129).

Celem badań pilotażowych było m.in. sprawdzenie narzędzi badawczych przed ich użyciem we właściwych badaniach ewaluacyjnych. Podjęto zatem próbę wstępnego oszacowania różnic między pacjentkami w wstępnej fazie terapii i pacjentkami kończącymi terapię. W tym celu wyselekcjonowano dwie skrajne podgrupy spośród całej grupy badanych kobiet współzależnionych, a mianowicie:

1. – podgrupę 14 osób w fazie kontaktu wstępnego z placówką
2. – podgrupę 25 osób w końcowym etapie terapii.

Następnie oszacowano istotność statystyczną różnic między tymi podgrupami. Zbadano przy tym rozkład wyników w badanych grupach oraz homogeniczność wariancji, szacując przy pomocy testów Chi-kwadrat i Kołmogorowa-Smirnowa, czy rozkład wyników w badanej grupie odbiega w sposób statystycznie istotny od rozkładu normalnego, oraz przy pomocy testu Levene'a, czy wariancje są homogeniczne. Jeśli rozkład wyników różnił się od normalnego na poziomie istotności $p < 0,05$ przynajmniej w jednym z testów, bądź gdy wariancje nie były homogeniczne, stosowano test U-Manna-Whitneya do oszacowania istotności różnic między obu podgrupami. W przeciwnym wypadku stosowano test t-Studenta. W rezultacie test U-Manna-Whitneya zastosowano w następujących skalach: skali emocji negatywnych i bilansu afektywnego Skali Bradburna, oraz w skali ciekawości jako stanu kwestionariusza TISCO. Wyniki porównania prezentuje poniższa tabela. Uwzględniono różnice statystycznie istotne na poziomie istotności $p < 0,05$.

TABELA 7
Porównanie wyników badań dwóch skrajnych podgrup osób badanych

podgrupa 1: kobiety we wstępnej fazie kontaktu z placówką (N=14)					
podgrupa 2: kobiety w końcowej fazie terapii współzależnienia (N=25)					
Skala	Średnia arytm. podgrupa 1	Średnia arytm. podgrupa 2	poziom istotn. p	Odch. Std gr. 1	Odch. Std gr. 2
Skala Bilansu Afektywnego Bradburna					
emocje pozytywne	5,07	6,88	0,0175	2,23	2,15
emocje negatywne	6,36	3,72	0,0184	2,82	3,31
Bilans afektywny	-1,29	3,16	0,0028	3,97	4,10
Kwestionariusz „Moje Przekonania”					
Picie męża	7,29	4,60	0,0191	3,81	2,96
Rodzina	6,14	4,52	n.i.	2,74	3,71
Relacje z ludźmi	5,79	4,16	n.i.	2,97	3,36
Porządek świata	6,57	4,68	n.i.	2,62	3,89
Samocena	8,07	5,84	n.i.	4,34	3,06
Suma skal	33,86	23,80	0,0188	10,69	13,04
Kwestionariusz TISCO Spielberga - Wrześniewskiego					
Lęk jako stan	23,71	18,40	0,01	7,45	4,80
Ciekawość jako stan	31,07	29,88	n.i.	20,76	3,61
Gniew jako stan	14,86	14,92	n.i.	5,45	5,42
Lęk jako cecha	27,79	22,52	0,0057	5,99	5,02
Ciekawość jako cecha	25,50	28,36	n.i.	5,27	4,15
Gniew jako cecha	21,29	19,12	n.i.	5,30	4,11

Ograniczeniem przyjętej procedury badawczej jest fakt, że nie możemy stwierdzić, co jest przyczyną obserwowanych różnic. Możemy przypuszczać, że ich przyczyną są zmiany w drugiej podgrupie w procesie terapii, lecz nie można wykluczyć także innych przyczyn, jak np. specyficznej selekcji osób do obu podgrup. Pomimo tego ograniczenia warto podjąć próbę interpretacji powyższego zestawienia, zakładając, że obserwowane różnice zaistniały wskutek długotrwałego udziału drugiej podgrup w terapii współuzależnienia.

Kobiety w końcowej fazie terapii istotnie różnią się od kobiet będących we wstępnej fazie kontaktu z placówką poglądami na temat nadużywania alkoholu przez męża. W mniejszym stopniu czują się bezradne wobec alkoholizmu męża i w mniejszym stopniu obawiają się zmian. Rzadziej odczuwają poczucie winy, wstyd, chęć karania siebie, zmniejsza się też ich irracjonalna nadzieja na cudowną poprawę sytuacji.

Stosunkowo częściej doświadczają pozytywnych emocji, rzadziej natomiast negatywnych. W przeciwieństwie do kobiet we wstępnej fazie kontaktu z placówką, bilans afektywny kobiet pozostających w końcowej fazie terapii jest dodatni, co oznacza, że doświadczają więcej emocji pozytywnych niż negatywnych.

Kobiety te odczuwały w istotnie mniejszym stopniu uczucie lęku w dniu badania (lęk jako stan w danej chwili). Ponadto w mniejszym stopniu wykazują gotowość do reagowania lękiem w sytuacjach interpersonalnych i mają mniejszą tendencję do postrzegania świata jako bardziej zagrażającego, niż jest w rzeczywistości (lęk jako cecha osobowości).

Zakładając, że wykazane różnice między współuzależnionymi kobietami we wstępnej fazie kontaktu z placówką i kobietami w końcowej fazie terapii współuzależnienia są efektem przejścia przez drugą podgrupę terapii współuzależnienia, można przypuszczać, że terapia współuzależnienia oferowana w badanych placówkach Sieci Wiodących Placówek Lecznictwa Odwykowego w Polsce spełnia swoje zadania zgodnie z oczekiwaniami oraz jest skuteczną i efektywną formą pomocy kobietom współuzależnionym.

Podsumowanie

Badania pilotażowe pozwoliły dobrać najbardziej odpowiednie narzędzia do oszacowania skuteczności terapii osób współuzależnionych. Wybrane narzędzia pozwalają na postawienie psychologicznej diagnozy badanych osób, obejmującej poczucie koherencji, nasilenie objawów psychopatologicznych i kondycję psychiczną, a także zbadanie ich poglądów związanych z sytuacją, w jakiej się znajdują, przeżywanych emocji oraz tych aspektów ich zachowania w relacji z mężem, które wiążą się ze współuzależnieniem.

Ponadto badania pilotażowe pozwoliły poznać charakterystyczne cechy demograficzne badanej populacji. Zwracają uwagę wysokie odsetki osób rozwiedzionych, z wykształceniem co najmniej średnim oraz mieszkających w mieście. Może to oznaczać, że na terapię współuzależnienia zgłaszają się bardziej zde-

sperowane, ale także bardziej aktywne kobiety, zdecydowane poszukiwać pomocy. Wydaje się, że oferta placówek odwykowych nie trafia do osób mieszkających na wsi i z niższym wykształceniem.

Uzyskano ogólną orientację co do stopnia zaburzenia badanej grupy i problemów, jakie stoją przed terapeutami pracującymi ze współzależnymi kobietami. Prawie połowa badanych kobiet pochodzi z rodzin w których nadużywano alkoholu. Oznacza to, że przynajmniej część z nich wymaga także specyficznej terapii, przeznaczonej dla dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Co piąta badana kobieta jest rozwiedziona lub w separacji. Te zaś kobiety, które są żonami lub konkubinami alkoholika, tkwią w związku z nim średnio od kilkunastu lat. Zatem dla znacznej części z nich nie tylko dzieciństwo, ale także całe dorosłe życie przebiegło pod znakiem przystosowania do życia w rodzinie alkoholowej. Jedna trzecia badanych podejmowała wcześniej terapię psychiatryczną, psychologiczną lub neurologiczną, z tego u większości postawiono diagnozę nerwicy lub (rzadziej) depresji. Co piąta badana kobieta zażywa środki uspokajające. Nasilenie objawów psychopatologicznych w badanej grupie zbliżone jest do nasilenia objawów psychopatologicznych w grupie alkoholiczek przed terapią odwykową, zaś poczucie koherencji (tendencja do zachowań prozdrowotnych) jest najniższe ze wszystkich grup badanych dotychczas kwestionariuszem SOC-29. Obraza to skalę trudności terapii współzależnienia.

Porównanie skrajnych podgrup badanych kobiet (tj. pacjentek rozpoczynających oraz kończących terapię) wykazało, że podgrupy te istotnie się różnią w zakresie uzyskiwanych wyników w niektórych kwestionariuszach. Pacjentki kończące terapię mają dodatni bilans emocjonalny, niższy poziom lęku i bardziej racjonalne poglądy na temat alkoholizmu męża, w porównaniu do pacjentek rozpoczynających terapię. Różnice między kobietami rozpoczynającymi a kończącymi terapię można interpretować jako efekt oddziaływań terapeutycznych, co wskazywałoby na skuteczność terapii współzależnienia w placówkach Sieci.

Wnioski

1. Grupa badanych współzależnionych kobiet różni się od ogółu polskiej populacji:

- stosunkowo wysokim odsetkiem osób rozwiedzionych lub w separacji;
- stosunkowo wysokim odsetkiem osób z wykształceniem co najmniej średnim;
- oraz stosunkowo wysokim odsetkiem osób zamieszkałych w miastach.

2. Prawie połowa badanych wychowywała się w rodzinie, w której ktoś nadużywał alkoholu.

3. Poczucie koherencji badanych współzależnionych kobiet było najniższe ze wszystkich grup badanych dotychczas kwestionariuszem SOC-29.

4. Kobiety z podgrupy rozpoczynającej terapię współzależnienia i kobiety z podgrupy kończącej terapię różniły się istotnie w zakresie poglądów na temat alkoholizmu męża, poziomu lęku i bilansu emocjonalnego. Różnice te wskazują

na skuteczność terapii współzależnienia w Sieci Wiodących Placówek Lecznictwa Odwykowego.

Streszczenie

Przedstawiono dane demograficzne grupy współzależnionych pacjentek placówek Sieci Wiodących Placówek Lecznictwa Odwykowego w Polsce i wyniki badań kwestionariuszami: SCL-90, KKP, SOC-29, TISCO, BAW, Skala Bradburna i kwestionariuszem „Moje Przekonania”. Stwierdzono, iż w porównaniu do ogółu polskiej populacji stosunkowo wysoki odsetek badanych kobiet jest rozwiedzionych lub w separacji, ma wykształcenie co najmniej średnie i mieszka w miastach. Prawie połowa badanych wychowywała się w rodzinie, w której ktoś nadużywał alkoholu. Poczucie koherencji badanej grupy było najniższe ze wszystkich dotychczas badanych grup. Wyniki niektórych testów w podgrupie kobiet rozpoczynających terapię oraz w podgrupie kobiet kończących terapię istotnie się różniły. Różnice te były zgodne z oczekiwaniami i zdają się potwierdzać efektywność terapii współzależnienia w placówkach Sieci.

Marzenna Kucińska, Jerzy Mellibruda, Bogusław Włodawiec
Results of a pilot study of the APETOW program - characteristics of co-dependent female patients

Summary

The paper presents sociodemographic characteristics of a group of co-dependent women treated in the Alcohol Treatment Network facilities in Poland. Moreover, data obtained from this group by means of a number of questionnaires (SCL-90, KKP, SOC-29, TISCO, BAW, the Bradburne Scale, and „My Beliefs” questionnaire) are presented. As compared to the general population of Poland, a relatively large percent of the study participants turned out to be divorced or separated, had at least a secondary education, and lived in an urban area. Almost a half of them were brought up in a family with an alcohol abuser. The sense of coherence was the lowest in this group as compared to all other groups examined to date. There were significant differences in scores on some scales between women beginning treatment and those who had completed therapy. The differences were in accordance with expectations and seem to confirm co-dependence treatment efficacy.

Key words: co-dependent women / evaluation of therapeutic program / sense of coherence / psychopathological symptoms / affective balance