

Barbara Mroziak¹, Bohdan T. Woronowicz², Stanisław Wójtowicz³

¹ Zakład Psychologii Klinicznej,

² Ośrodek Terapii Uzależnień, Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień,

³ Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

ZMIANY POCZUCIA KOHERENCJI I STYLU RADZENIA SOBIE ZE STRESEM PO PODSTAWOWYM PROGRAMIE PSYCHOTERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Doniesienie wstępne

WPROWADZENIE

Przedmiotem naszego raportu z pierwszej fazy badań podłużnych nad psychoterapią osób z uzależnieniem alkoholowym są zmiany w zakresie trzech grup parametrów psychologicznych: poczucia koherencji (SOC), stylu radzenia sobie ze stresem oraz objawów psychopatologicznych.

Jak już pisaliśmy we wcześniejszym doniesieniu z tych samych badań (18), ogólna orientacja życiowa, którą Antonovsky (1, 4, 5) nazwał poczuciem koherencji (SOC), ma trzy podstawowe składniki: zrozumiałość (spostrzeganie świata jako zrozumiałego i przewidywalnego), sterowalność (poczucie jednostki, że może mieć wpływ na świat – sama, z pomocą innych ludzi lub siły wyższej potrafi poradzić sobie w każdej sytuacji) oraz sensowność (wymiar emocjonalno-motywacyjny, poczucie, że ma się w życiu coś, co stanowi wyzwanie, warte jest zaangażowania, podjęcia wysiłku). Coraz liczniejsze badania wskazują, że silne poczucie koherencji sprzyja zachowaniu zdrowia i ułatwia adaptację życiową (2, 4). Wiele danych świadczy też o tym, że

Publikacja przygotowana w ramach badań statutowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, temat 26/99.

w patologii i chorobie poziom SOC jest niższy (1): stwierdzono, że poczucie koherencji w grupach nieklinicznych jest słabsze niż w grupach klinicznych (12), opisano istotny ujemny związek SOC z lękiem, wrogością i większością skał objawów psychopatologicznych (15), a także depresją endogenną i nerwicą u kobiet (19). Z drugiej strony, w bardzo interesujących badaniach Sęk i Pasikowskiego (22) okazało się, że SOC ma związek z oceną własnej jakości życia: osoby o silnym poczuciu koherencji, a przede wszystkim jednej z jego składowych – silnym poczuciu sensowności – wyżej oceniają jakość swego życia nawet wówczas, gdy ich obiektywne warunki socjoekonomiczne nie są najlepsze.

Poczucie koherencji ma również związek z pićciem i uzależnieniem od alkoholu: zaobserwowano istotnie wyższy poziom SOC u osób mało pijących w porównaniu z alkoholikami (17), natomiast niski – u osób uzależnionych pijących codziennie (6). W polskich badaniach nad młodzieżą stwierdzono, że poziom SOC związany jest z ilością i mocą wypijanego alkoholu (21): wysoki poziom ogólnego poczucia koherencji oraz każdej z jego składowych związany był z mniej intensywnym pićciem alkoholu u młodych mężczyzn, podczas gdy u młodych kobiet – tylko niski poziom poczucia sensowności wiązał się z istotnie większą intensywnością picia (13). Niski poziom SOC opisano u kobiet współuzależnionych od alkoholu (14). Również w naszych badaniach na tej próbie osób uzależnionych od alkoholu, która jest przedmiotem niniejszej pracy, poziom SOC okazał się istotnie niższy niż w grupie kontrolnej bez uzależnienia, dobranej ze względu na płeć, wiek i poziom wykształcenia (18). Wszystkie te badania wskazują – zgodnie z teorią Antonovsky'ego – na związek między SOC a zdrowiem i uzależnieniem: im silniejszy SOC, tym bliżej bieguna „zdrowie” na kontinuum zdrowie-choroba znajduje się człowiek.

Liczne badania poświęcono innej ważnej dla zdrowia grupie zmiennych – sposobom radzenia sobie ze stresem. W naszej pracy zajęliśmy się stylem radzenia sobie ze stresem, rozumianym jako stała dyspozycja osobowościowa, wpływająca na zachowanie człowieka w sytuacjach trudnych. W literaturze rozmaicie kategoryzuje się strategie i style radzenia sobie ze stresem, dzieląc je na aktywne i bierne, konfrontacyjne i unikania, zwiększania czujności lub zobojętniania i wycofywania się, emocjonalne i zadaniowe (9, 23, 26). Nikt nie posługuje się wyłącznie jakimś jednym stylem radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, większość stresujących zdarzeń wywołuje oba typy radzenia sobie. Wartość poszczególnych sposobów radzenia sobie ze stresem jest różna, m.in. w zależności od sytuacji – stres bywa krótkotrwały lub długotrwały, niezależny od człowieka lub taki, na który jednostka może mieć wpływ (26). Mówi się jednak o indywidualnym preferowanym stylu radzenia sobie ze stresem, uważając ten wymiar za jeden z zasobów człowieka (26).

Z różnych badań (9) wynika, że nie wszystkie sposoby radzenia sobie ze stresem skutecznie zmniejszają negatywne emocje w sytuacji stresowej. Ponieważ wsparcie społeczne jest zasobem, ułatwiającym funkcjonowanie w sytuacji stresowej, daje bowiem oparcie emocjonalne i ułatwia dokonanie oceny poznawczej sytuacji (26), wobec tego poszukiwanie wsparcia społecznego można uznać za funkcjonalny sposób radzenia sobie ze stresem. Za niekorzystne reakcje z zakresu radzenia sobie ze

stresem uważa się natomiast myślenie życzeniowe, fantazjowanie ucieczkowe, zaprzeczanie istnieniu problemu, przejadanie się, sięganie po alkohol – czyli to, co Billings i Moos (cyt. za 9) nazwali ogólnie unikaniem. Dysfunkcyjnym sposobem reagowania na stres jest także obwinianie się, przeżywanie emocji negatywnych (9). Badania z zakresu psychoimmunologii (Kemeny, cyt. za 26) pokazują, że preferowany styl radzenia sobie ze stresem ma związek z odpornością, i to na poziomie komórkowym: osoby posługujące się głównie strategiami regulującymi emocje, a rzadko strategiami nastawionymi na problem, miały w ciągu 6 miesięcy więcej nawrotów pólpaśca niż osoby o odwrotnej proporcji sposobów radzenia sobie ze stresem. Styl skoncentrowany na regulacji emocjonalnej związany był też z mniejszą liczbą limfocytów T, odpowiedzialnych za odporność organizmu. Z przeglądu badań (26) wynika, że przewlekłe posługiwanie się unikaniem jako stylem radzenia sobie ze stresem może być psychologicznym czynnikiem ryzyka dla szkodliwych reakcji na stresujące okoliczności życiowe, natomiast aktywny, skoncentrowany na zadaniu styl radzenia sobie ze stresem zależy od zasobów jednostki – posługują się nim częściej ludzie, którzy mają więcej zasobów osobistych i środowiskowych, czyli m.in. dobrą pracę, przyjaciół, wysokie dochody.

Za Endlerem i Parkerem (11, 25) przyjęliśmy podział na: styl skoncentrowany na zadaniu, na emocjach (głównie negatywnych), albo na unikaniu przez poszukiwanie kontaktów z innymi lub przez odwracanie uwagi od problemu. Stwierdzono, że styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach jest silnie dodatnio związany z poziomem neurotyzmu (25), a także z nasileniem objawów psychopatologicznych, natomiast styl zadaniowy – ujemnie (11). W badaniach Dakowskiej (10) otrzymano dodatnie korelacje stylu polegającego na unikaniu oraz ujemne – stylu polegającego na rozwiązywaniu problemów – z poziomem objawów depresyjnych i natężeń u leczonych pacjentów nerwicowych. Uzyskano także istotne korelacje dodatnie między posługiwanym stylem polegającym na rozwiązywaniu problemów a poprawą objawową w zakresie somatyzacji, depresji z niepokojem i agresji/wrogości po zakończeniu 10-tygodniowej terapii przez pacjentów z nerwicą.

Według Sheridana i Radmacher (23) picie alkoholu może pełnić dwojaką funkcję w radzeniu sobie ze stresem: umożliwia uwolnienie się od negatywnych emocji (odreagowanie, zapomnienie, „załanie robaka”) oraz poszukiwanie emocji pozytywnych (dostarczenie dodatkowej stymulacji, przyjemności, poczucia kontroli). Obie te funkcje są związane z nieprzystosowawczym, skoncentrowanym na emocjach, nie-zadaniowym stylem radzenia sobie.

Celem naszej pracy było sprawdzenie czy po zakończeniu 6-tygodniowego podstawowego programu psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu wystąpią u nich korzystne zmiany w zakresie istotnych dla zdrowia parametrów psychologicznych, obejmujących:

- nasilenie objawów psychopatologicznych,
- poczucie koherencji (SOC),
- styl radzenia sobie ze stresem.

Leczenie w Ośrodku Terapii Uzależnień IPiN (OTU)

Ośrodek Terapii Uzależnień (OTU) ma 15 łóżek i 12 miejsc dla klientów leczonych w trybie dziennym. OTU oferuje uzależnionym od alkoholu 6-tygodniowy program podstawowy oraz roczny program opieki poszpitalnej. Uzależnienie od alkoholu traktujemy jako chorobę przewlekłą, postępującą i niezawinioną, spowodowaną przez układ czynników fizycznych, psychicznych, duchowych i społecznych. Proponujemy klientom pomoc psychoterapeutyczną w zmianie zachowania umożliwiającej utrzymywanie jak najdłuższej abstynencji. Unikamy stosowania farmakoterapii, a szczególnie podawania jakichkolwiek środków uspokajających, nasennych i przeciwbólowych, mogą one bowiem spowodować kolejne uzależnienie.

Każde przyjęcie do OTU poprzedza konsultacja, której celem jest wykluczenie przeciwwskazań takich, jak upośledzenie umysłowe, wyraźne zespoły otępienne, psychozy, zespoły abstynencyjne i stany somatyczne wymagające szybkiego, intensywnego leczenia specjalistycznego. Zakwalifikowani do leczenia biorą udział w spotkaniach tzw. grupy wstępnej, która obejmuje opieką przyszłych klientów podczas oczekiwania na miejsce w OTU.

Od momentu przyjęcia każdy ma obowiązek uczestniczenia we wszystkich zajęciach terapeutycznych odbywających się codziennie, z niedzielą włącznie. Przez pierwsze 3 tygodnie nie ma przepustek indywidualnych. Każdy klient może kontynuować leczenie w trybie dziennym przez kolejne 3 tygodnie.

W OTU obowiązują zasady społeczności terapeutycznej. Prowadzone przez psychologów spotkania grupowe mają na celu głównie integrację grupy, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i wzajemnej akceptacji, ukazanie funkcjonowania „tu i teraz” oraz przekazanie umiejętności dostrzegania i rozpoznawania przeżywanych stanów emocjonalnych i radzenia sobie z nimi bez pomocy alkoholu. Psychologowie pomagają też wykonywać zadania zlecone w ramach indywidualnego programu terapii.

Szczególną rolę w ideologii i podejściu terapeutycznym OTU mają kontakty z Ruchem Anonimowych Alkoholików: jako terapeutów zatrudniamy osoby od wielu lat będące uczestnikami Wspólnoty, wykorzystujemy też elementy Programu 12 Kroków AA w pracy terapeutycznej.

Blok edukacyjno-informacyjny obejmuje wykłady prowadzone „na żywo”, słuchanie nagrań magnetofonowych i oglądanie filmów wideo. Zajęcia poświęcone duchowemu aspektowi życia prowadzi kapłani. Celem tych spotkań jest wspólne zastanawianie się nad duchowymi aspektami życia człowieka i rolą czynników duchowych w procesie trzeźwienia. Zajęcia poświęcone zapobieganiu nawrotom ukazują mechanizmy wystąpienia nawrotu choroby, uczą, jak rozpoznawać sygnały nawrotu i jak z nimi postępować. Trening asertywnych zachowań abstynenckich umożliwia nabycie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach społecznych grożących przerwaniem abstynencji.

Każdy uczestnik programu terapeutycznego prowadzi dwa zeszyty zabierane do domu po zakończeniu leczenia: jeden z nich to dziennik uczuć i zapis zadań zleco-

nych w ramach programu indywidualnego, drugi przeznaczony jest na notatki z zajęć edukacyjnych. Dzięki codziennym notatkom w dzienniku uczuć można zaobserwować zachodzące u siebie zmiany.

Raz w tygodniu odbywają się grupowe spotkania terapeutyczne przeznaczone dla osób bliskich pacjentom OTU. Rodzinom zalecamy uczestniczenie w grupach Al-Anon i Al-Ateen, w niektórych przypadkach proponujemy podjęcie terapii rodzinnej.

Tym, którzy ukończyli 6-tygodniowy program podstawowy, proponujemy program opieki poszpitalnej trwający kolejne 12 miesięcy. Codzienne zajęcia w godzinach popołudniowych umożliwiają uzyskanie pomocy i wsparcia psychicznego zarówno od psychologa, jak i od alkoholików z długim stażem trzeźwienia, ćwiczenie zachowań asertywnych, kontynuację nauki zapobiegania nawrotom i pogłębianie znajomości Programu Dwunastu Kroków.

Wszyscy „absolwenci” programu podstawowego oraz ich bliscy mogą brać udział w dwutygodniowych turnusach terapeutycznych organizowanych przez OTU w Strzyżynie. Podczas turnusów mają możliwość ugruntowania wiedzy na temat Kroków 1-3 i kontynuację procesu zdrowienia przez pracę nad kolejnymi Krokami AA.

Wysunięto przypuszczenie, że po przebyciu 6-tygodniowego intensywnego programu psychoterapeutycznego w OTU przez uzależnionych od alkoholu nastąpi u nich:

- 1) zmniejszenie nasilenia objawów psychopatologicznych;
- 2) wzrost ogólnego poczucia koherencji (SOC) oraz jego składowych (poczucia zrozumiałości, sterowalności i sensowności);
- 3) zmiana stylu radzenia sobie ze stresem w porównaniu z pomiarem sprzed terapii: po jej zakończeniu osoby uzależnione będą w mniejszym stopniu używały stylu skoncentrowanego na emocjach oraz na unikaniu przez odwracanie uwagi, a w większym – stylu zadaniowego.

GRUPA BADANA I METODY

Osobami badanymi byli pacjenci (71 mężczyzn i 35 kobiet) leczeni w Ośrodku Terapii Uzależnień IPiN w Warszawie, z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu na podstawie kryteriów ICD-10. Szczegółowy opis badanej grupy przedstawiliśmy we wcześniejszym opracowaniu (18).

Osoby badane wypełniały zestaw kwestionariuszy dwukrotnie: przed rozpoczęciem podstawowego programu terapii w OTU oraz po jego zakończeniu 6 tygodni później. Zastosowano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 Antonovsky’ego (1, 4) w autoryzowanej wersji polskiej opracowanej przez Zakład Psychologii Klinicznej IPN, Zakład Psychoprophylaktyki Instytutu Psychologii UAM i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Kwestionariusz służy do pomiaru poczucia koherencji i ma dobre parametry psychometryczne (20).

2. Skala CISS – Coping Inventory for Stressful Situations, opracowana przez Endlera i Parkera (11), w polskiej adaptacji Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego (25, 20), do pomiaru stylu radzenia sobie ze stresem.

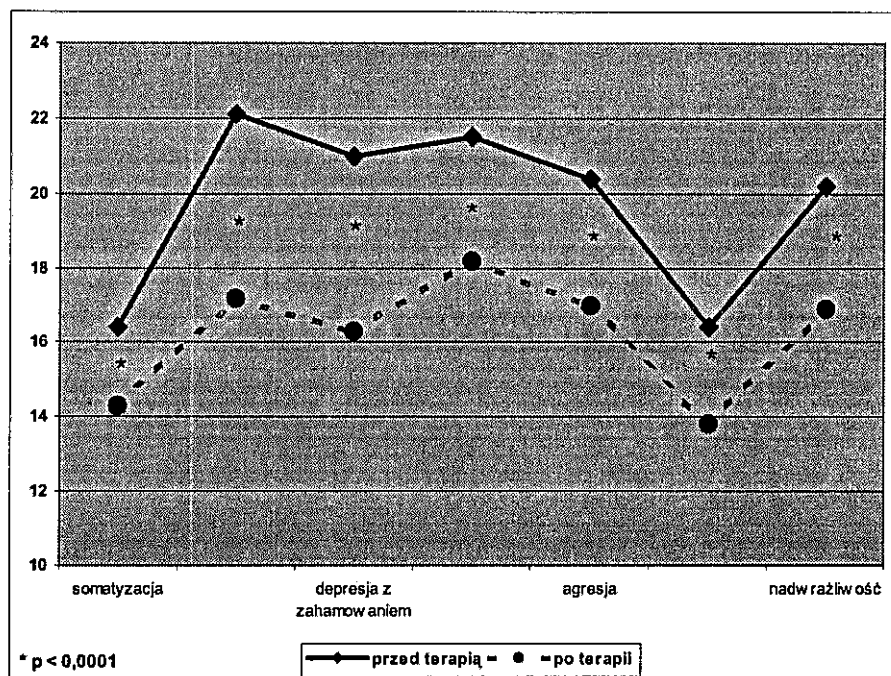
3. Kwestionariusz Objawów – zmodyfikowana adaptacja polska skali HSCL (Hopkins Symptom Checklist L. Derogatisa) w opracowaniu M. Siwiak-Kobayashi (24), do pomiaru nasilenia objawów psychopatologicznych.

4. Kwestionariusz demograficzny i wywiadu alkoholowego OTU, opracowany przez B. Woronowicza.

WYNIKI

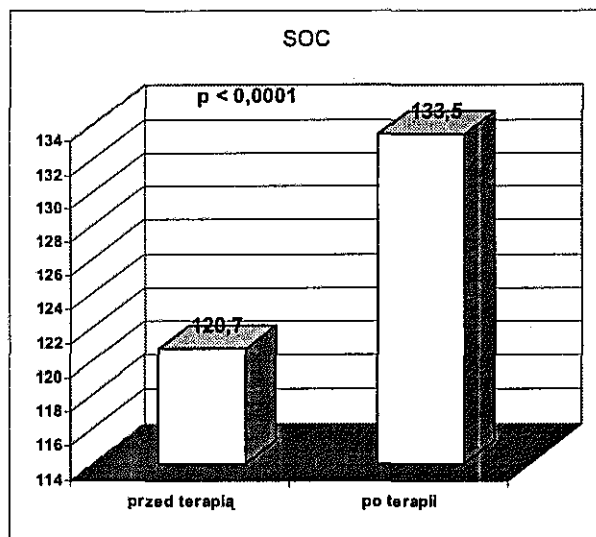
Istotność różnic między średnimi wynikami w poszczególnych skalach w pierwszym i drugim pomiarze (przed terapią i po terapii) analizowano za pomocą nieparametrycznego testu Wilcozona, ponieważ porównywane dane nie spełniały założeń teoretycznych testu t Studenta. Po terapii u mężczyzn i kobiet wystąpiły podobne zmiany w zakresie badanych parametrów, wszystkie dalsze analizy przeprowadzono więc dla całej grupy osób uzależnionych łącznie.

Jak wynika z Ryc.1, nasilenie wszystkich rodzajów objawów psychopatologicznych istotnie zmniejszyło się po terapii w porównaniu z poziomem przed rozpoczęciem

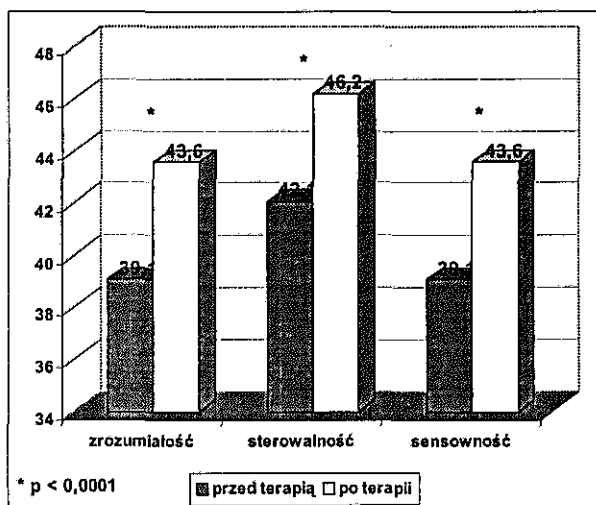


Ryc. 1. Zmniejszenie nasilenia objawów psychopatologicznych po terapii osób uzależnionych od alkoholu (N=106): średnie wyniki w skalach kwestionariusza HSCL.

leczenia. Dotyczy to skal: somatyzacji ($z = -4,50$), depresji z niepokojem ($z = -5,81$), depresji z zahamowaniem ($z = -5,45$), natręctw ($z = -4,3$), agresji ($z = -4,87$), lęku fobicznego ($z = -4,69$), oraz nadwrażliwości interpersonalnej ($z = -3,53$). Wszystkie różnice są wysoce istotne ($p < 0,0001$). Stosunkowo największa poprawa objawowa nastąpiła w zakresie objawów depresyjnych.

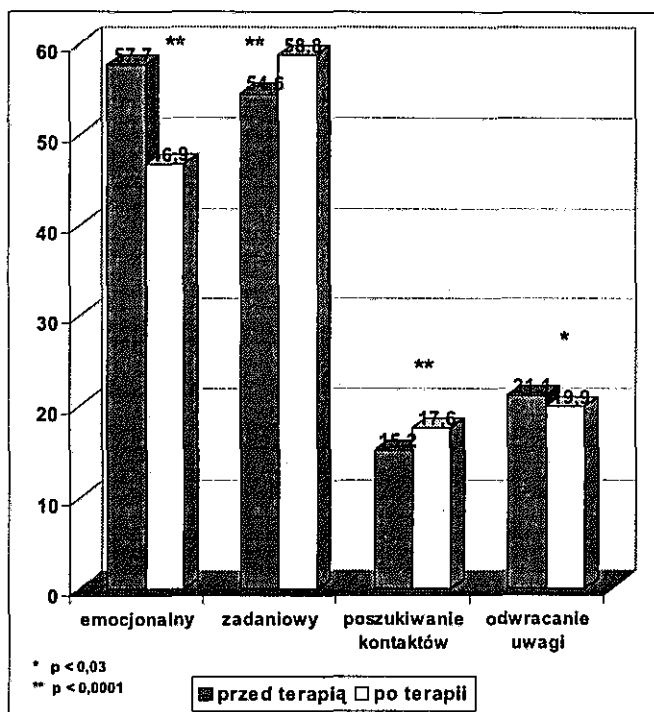


Ryc. 2. Wzrost globalnego poczucia koherencji po terapii osób uzależnionych od alkoholu ($N=106$): średnie wyniki w skali SOC-29.



Ryc. 3. Wzrost trzech składowych SOC- poczucia zrozumiałości, sterowalności i sensowności – po terapii osób uzależnionych od alkoholu ($N=106$): średnie wyniki w podskalach kwestionariusza SOC-29.

Po zakończeniu terapii stwierdzono istotny statystycznie wzrost ogólnego poczucia koherencji (SOC; $z = -4,5$), a także wszystkich jego składowych: poczucia zrozumiałości (C; $z = -4,83$), sterowalności (MA; $z = -3,64$), oraz sensowności (ME; $z = -3,69$). Wszystkie różnice są wysoce istotne statystycznie: $p < 0,0001$ (por. Ryc. 2 i 3).



Ryc. 4. Zmiany stylu radzenia sobie ze stresem u osób uzależnionych od alkoholu ($N=106$) po zakończeniu psychoterapii: średnie wyniki w skalach kwestionariusza CISS.

Dane przedstawione na Ryc. 4 wskazują na istotny spadek tendencji do posługiwania się stylem skoncentrowanym na emocjach ($z = -4,22$, $p < 0,0001$) oraz unikaniem przez odwracanie uwagi ($z = -2,16$, $p < 0,03$), przy jednoczesnym wzroście stylu zadaniowego ($z = -3,67$) i poszukiwania kontaktów z innymi ludźmi ($z = -5,35$). Obie ostatnie różnice są istotne na poziomie $p < 0,0001$.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wszystkie postawione przez nas hipotezy zostały potwierdzone: u osób uzależnionych od alkoholu, które ukończyły 6-tygodniowy program terapii, nastąpił istotny spadek nasilenia objawów psychopatologicznych, przy jednoczesnym wzroście poczucia koherencji i zmianie stylu radzenia sobie ze stresem (zmniejszyła się ich tendencja do posługiwania się nieprzystosowawczym stylem skoncentrowanym na emo-

cjach negatywnych oraz stylem polegającym na unikaniu problemów poprzez odwracanie uwagi, zwiększyła się natomiast częstość posługiwania się stylem zadaniowym i poszukiwania kontaktów z innymi ludźmi). Co ciekawe, przed rozpoczęciem leczenia badana przez nas grupa uzależnionych od alkoholu istotnie różniła się od dobranej proporcjonalnie grupy ludzi zdrowych w tych właśnie zakresach: alkoholicy mieli niższe poczucie koherencji, bardziej nasilone objawy psychopatologiczne, oraz silniejszą tendencję do posługiwania się stylem emocjonalnym i unikaniem przez odwracanie uwagi, o czym pisaliśmy we wcześniejszej publikacji (18).

Według teorii Antonovsky'ego (4), poziom poczucia koherencji (SOC) u ludzi dorosłych po osiągnięciu stabilizacji ok. 30 roku życia w zasadzie nie zmienia się. Antonovsky (3) cytuje jednak wyniki badań katamnesticznych nad wpływem interwencji terapeutycznej na poziom SOC u różnych pacjentów z chorobami somatycznymi: autor badania, Kabat-Zinn, uzyskał istotny wzrost poziomu SOC u swoich pacjentów po 8-tygodniowym programie nastawionym na redukcję stresu. Wzrost ten okazał się stały w badaniu przeprowadzonym po 6 miesiącach. Wzrost poczucia koherencji stwierdzono także u osób uzależnionych od opiatów po 6 tyg. kuracji odwykowej – po zakończeniu leczenia ich SOC wzrósł do poziomu grupy kontrolnej ludzi zdrowych (16). Najbardziej zbieżne z naszymi wynikami są jednak dane, jakie przedstawili Berg i Andersen (7) – osoby nadużywające substancji psychoaktywnych (m.in. alkoholu), zachowujące abstynencję przez 6 lat po zakończeniu terapii odwykowej, miały poczucie koherencji nie odbiegające od normy, czyli taki poziom, jak ludzie zdrowi, podczas gdy klienci rozpoczynający leczenie odwykowe wykazywali istotnie niższe poczucie koherencji.

Wydaje się, że zmiana poczucia koherencji w terapii może zależeć od sytuacji psychologicznej pacjenta. Systematyczny spadek poczucia koherencji zaobserwowali Bogutyn i in. (8) w trakcie rehabilitacji kardiologicznej u swoich pacjentów po pierwszym zawale mięśnia sercowego. Najwyższy poziom SOC zanotowano u nich podczas pobytu na oddziale, w ok. tydzień po zawale, najniższy zaś – po ukończeniu 3-miesięcznej rehabilitacji, czyli w ok. 5 miesięcy po zawale. Autorzy interpretują ów spadek SOC jako przejaw nie tylko rozbicia dezadaptacyjnych mechanizmów obronnych działających na początku choroby, m.in. zaprzeczania chorobie, ale także jako wyraz trudności przystosowania się do ograniczeń związanych z chorobą serca, uświadomienia sobie w pewnym sensie własnego kalectwa, uniemożliwiającego powrót do dawnego, satysfakcjonującego trybu życia. Dalsza droga i być może pozycja życiowa tych pacjentów wiąże się z rezygnacją – ze stanowiska, władzy, możliwości zarabiania czy oddawania się intensywnej aktywności życiowej, nie jest więc optymistyczna. Alkoholicy także w trakcie terapii rozstają się z dotychczasowymi mechanizmami obronnymi zaprzeczania chorobie, myślenia życzeniowego, ucieczkowych fantazji, odwracania uwagi od problemu. Mogą mieć jednak nadzieję, że ich droga życiowa wiedzie jednak ku lepszemu: odbijają się od dna, zaczynają na nowo. Muszą się wprawdzie pilnować, ponieważ choroba alkoholowa jest nieuleczalna, ale mogą dążyć do znacznej poprawy swego losu, i od nich samych zależy, jak wiele osiągną – nie ma tu ograniczeń i można, a nawet należy być optymistą. Być może

dlatego u naszych pacjentów obserwujemy po 6 tygodniowym programie psychoterapii zmiany w pożądanym kierunku – spadek nasilenia objawów psychopatologicznych, wzrost SOC, a także posługiwanie się w mniejszym stopniu emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem, w większym zaś – stylem zadaniowym i poszukiwaniem wsparcia społecznego. Aby sprawdzić, czy zmiany te są trwałe, powtórzyliśmy badanie po roku od zakończenia terapii. Wyniki badania katamnesticznego będą przedmiotem odrębnego opracowania.

STRESZCZENIE

Celem badania było sprawdzenie, czy po zakończeniu 6-tygodniowego podstawowego programu psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu wystąpią korzystne zmiany w poziomie objawów psychopatologicznych, poczuciu koherencji oraz stylu radzenia sobie ze stresem. W badaniach wykorzystano zestaw narzędzi, obejmujący kwestionariusz demograficzno-diagnostyczny opracowany przez B. Woronowicza; autoryzowaną wersję polską skali Antonovsky'ego SOC-29 do badania poczucia koherencji; skalę CISS Endlera i Parkera przeznaczoną do badania strategii radzenia sobie ze stresem w adaptacji Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego oraz kwestionariusz objawów psychopatologicznych HSCL Derogatisa. Powyższym zestawem narzędzi zbadano pacjentów przed rozpoczęciem i po zakończeniu podstawowego programu psychoterapeutycznego w Ośrodku Terapii Uzależnień (OTU). Wstępnej analizie statystycznej poddano wyniki 106 osób (71 mężczyzn i 35 kobiet). Porównanie wyników testem Wilcoxon'a wykazało bardzo istotną statystycznie poprawę we wszystkich analizowanych zakresach: istotny wzrost poczucia koherencji i jego składowych, tj. poczucia zrozumiałości, sterowalności i sensowności, istotne zmniejszenie nasilenia objawów we wszystkich badanych skalach (stosunkowo najbardziej zmniejszyły się objawy depresyjne) oraz istotne zmiany strategii radzenia sobie ze stresem.

Słowa kluczowe: alkoholizm, poczucie koherencji, styl radzenia sobie ze stresem, psychoterapia

Barbara Mroziak, Bohdan T. Woronowicz, Stanisław Wójtowicz
Changes in the sense of coherence and coping styles after a psychotherapeutic program of alcoholism treatment. A preliminary report.

SUMMARY

The aim of the study was to assess changes in the level of psychopathological symptoms, sense of coherence (SOC), and coping styles in alcohol dependent patients on completion of a 6-week psychotherapeutic program. The following tools were used: a demographic and diagnostic questionnaire developed by B. Woronowicz, the authorized Polish adaptation of the Orientation to Life Questionnaire (SOC-29) by Antonovsky to measure the sense of coherence, the Coping Inventory for

Stressful Situations (CISS) by Endler and Parker, and the Hopkins Symptom Checklist (HSCL). Subjects in the study were 106 alcohol dependent patients (71 men and 35 women) examined prior to and on completion of the alcoholism treatment program. Significant favorable changes were found as hypothesized, including: increased sense of coherence, symptom relief (especially as regards depressive symptoms), and a shift towards more adaptive coping styles (increased task-oriented, with decreased emotion-oriented and avoidance through distraction coping).

Key words: alcohol dependence, sense of coherence, coping styles, psychotherapy

PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A. (1993) *The structure and properties of the Sense of Coherence Scale*. Soc. Sci. Med., 36, 6, 725-733.
2. Antonovsky A. (1992a) *Can attitudes contribute to health?* Advances, The Journal of Mind-Body-Health, 8,4,33-49.
3. Antonovsky A. (1992b) *Salutogenesis*. The Sense of Coherence Newsletter No.6, Dec.
4. Antonovsky A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers. Tłumaczenie polskie: (1995) *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa, Fundacja IPN.
5. Antonovsky A. (1979): *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
6. Antonovsky H., Hankin Y., Stone D. (1987): *Patterns of drinking in a small development town in Israel*. British Journal of Addiction, vol. 82 (3) 293-303.
7. Berg J.E., Andersen S. (1997): *Sense of coherence as evaluated by treatment counselors and substance abusers as an indication of length of stay*. European Addiction Research, 3,99-102.
8. Bogutyn T., Szerszeń-Motyka J., Ogorzały-Skupniewicz M., Piotrowski W. (1998): *Zmiany poczucia koherencji i wskaźników psychologicznego przystosowania w przebiegu rehabilitacji kardiologicznej*. Sztuka leczenia, IV, 2, 57-63.
9. Carver C.S. (1996): *Stress and coping*. W: S.R.Manstead, M.Hewstone (red.) *The Blackwell encyclopedia of social psychology*. Cambridge, Mass., Blackwell Publishers, 635-639.
10. Dakowska H. (1997): *Styl radzenia sobie z zaburzeniami nerwicowymi – uwarunkowania i podatność na zmiany pod wpływem psychoterapii*. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 6, 451-456.
11. Endler N.S., Parker J.D.A. (1992) *The multidimensional assessment of coping: concepts, issues, and measurement*. W: G.J. Van Heck, P. Bonaiuto, J.Deary, W. Nowack (red.) *Personality psychology in Europe*. Swets and Zeitlinger, 377-388.
12. Frenz, A.W., Carey, M.P., Jorgsen-Randall S. (1992) *Psychometric evaluation of Antonovsky's SOC scale*. Psychological Assessment, 5,2,145-153.
13. Kosińska-Dec K. (1996) *Poczucie koherencji a styl radzenia sobie i picie alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania 1, 22, 49-64.
14. Kucińska M., Mellibruda J., Włodawiec B. (1997): *Wyniki badań pilotażowych programu APETOW – charakterystyka pacjentek współzależnych*. Alkoholizm i Narkomania, 3 (28), 439-452.

15. Langius A., Bjorvell H. (1993) *Coping ability and functional status in a Swedish population sample*. Scandinavian J. of Caring Sciences, 7,1,3-10.
16. Lundqvist T. (1995): *Chronic cannabis use and the sense of coherence*. Special issue: 1994 International Symposium on Cannabis and the Cannabinoids: Cognitive and Emotional Processes. Life Sciences, vol. 56 (23-24), 2145-2150.
17. Midanik L.T., Soghikian K., Ransom L.J., Polen M.R. (1992) *Alcohol problems and sense of coherence among older adults*. Soc. Sci. Med. 34, 1. 43-48.
18. Mroziak B., Wójtowicz S., Woronowicz B. (1998): *Psychospołeczne korelaty uzależnienia od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania, 2 (31), 193-204.
19. Mroziak, B., Czabała J.C., Wójtowicz S. (1997) *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne*. Psychiatria Polska, t. XXI, 3, 257-268.
20. Mroziak B. (1996) *Poczucie koherencji a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież*. Założenia, problematyka i zakres badań. Alkoholizm i Narkomania, 1,22, 27-34.
21. Pohorecka A., Jelonkiewicz I. (1995) *Picie alkoholu a poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem u młodzieży kończącej szkołę średnią*. Alkoholizm i Narkomania, 1, 18, 43-57.
22. Sęk H., Pasikowski T. (1998): *The quality of life, health and sense of coherence in social context*. Polish Psychological Bulletin, 20,1,69-77.
23. Sheridan C.L., Radmacher S.A. (1992) *Health Psychology. Challenging the biomedical model*. New York, Wiley & Sons.
24. Siwiak-Kobayashi M. (1989): *„Rozpacz i drżenie” po polsku, japońsku i angielsku. Badania transkulturowe nad poznawczymi aspektami zespołów depresyjnych i lękowych*. Warszawa, IPN.
25. Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K. (1996): *Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera*. Przegląd Psychologiczny, 39, 187-210.
26. Taylor S.E. (1995). *Health psychology*. New York, McGraw-Hill.