

Zastosowanie Inwentarza Sytuacji związanych z Piciem (IDS) oraz Kwestionariusza Radzenia sobie w Sytuacjach Ryzykownych (SCQ) w badaniach osób uzależnionych od alkoholu. Doniesienie wstępne

Applications of the Inventory of Drinking Situations (IDS) and the Situational Confidence Questionnaire (SCQ) for examination of alcohol dependent patients. Preliminary report

Jan Chodkiewicz¹, Marcin Ziółkowski², Damian Czarnecki², Anita Markowska², Beata Augustyńska², Krzysztof Opozda²

¹ Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, Zakład Psychologii Zdrowia

² Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego

Abstract – Introduction. The aim of this research was to evaluate results of the Situational Confidence Questionnaire (SCQ) and Inventory of Drinking Situations (IDS) among alcohol dependent males and to identify correlations between high risk situations for drinking and assessment of ability to cope with them and selected clinical data. Also, reliability measures for both questionnaires were calculated.

Method. 190 patients hospitalized because of alcohol addiction were examined. Social, demographic and clinical data were obtained by using IDS, SCQ and SADD (Short Alcohol Dependence Data Questionnaire).

Results. Both questionnaires show satisfactory reliability. Respondents most commonly were drinking alcohol last year due to social pressure and unpleasant emotions. Patients assess their ability to cope with high risk situations for drinking as most efficient when they feel physical discomfort and as least efficient in positive social situations and in situations when they can evaluate the possibility of controlled drinking. Most items of IDS and SCQ correlate significantly. More specifically, alcohol abuse in different situations is inversely related to the sense of coping effectively with the temptation or need to drink. Both the IDS and the SCQ questionnaires may find broad use in diagnosis and treatment of alcohol dependent patients.

Key words: alcohol dependency, high risk drinking situations, ability to cope effectively with high risk drinking situations

Streszczenie – Wstęp. Celem badań była ocena wyników badania Inwentarzem Sytuacji związanych z Piciem (Inventory of Drinking Situations – IDS) oraz Kwestionariuszem Radzenia sobie w Sytuacjach Ryzykownych (Situational Confidence Questionnaire – SCQ) osób uzależnionych od alkoholu, a także próba znalezienia związków między sytuacjami wysokiego ryzyka i oceną radzenia sobie w tych sytuacjach a wybranymi danymi klinicznymi. Obliczono również wskaźniki rzetelności obu narzędzi. **Metoda.** Badania przeprowadzono wśród 190 mężczyzn leczonych szpitalnie z powodu uzależnienia od alkoholu. Od pacjentów uzyskano informacje socjodemograficzne, przeprowadzono wywiad kliniczny oraz badanie przy użyciu IDS, SCQ oraz SADD (*Short Alcohol Dependence Data Questionnaire*).

Wyniki. Obie metody charakteryzują się zadowalającą rzetelnością. Osoby badane w ciągu ostatniego roku najczęściej piły duże ilości alkoholu w sytuacjach społecznej presji oraz w związku z odczuwaniem nieprzyjemnych emocji. Swoje umiejętności radzenia sobie pacjenci najlepiej oceniali w sytuacjach fizycznego dyskomfortu, zaś najgorzej – w pozytywnych sytuacjach towarzyskich i związanych ze sprawdzaniem możliwości kontrolowania picia. Występują istotne statystycznie związki między większością wyróżnionych w IDS i SCQ zmiennych, co oznacza, że picie dużych ilości alkoholu w różnych sytuacjach związane jest ujemnie z poczuciem radzenia sobie z występującymi pokusami lub potrzebami picia. Zarówno IDS, jak i SCQ mogą znaleźć szerokie zastosowanie w diagnozie i terapii osób uzależnionych od alkoholu.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, sytuacje ryzyka picia, radzenie sobie w sytuacjach ryzykownych

WSTĘP

Większość narzędzi psychometrycznych stosowanych do badania osób uzależnionych od alkoholu służy identyfikacji występujących objawów uzależnienia, względnie ocenie głębokości uzależnienia. Wśród tych narzędzi znajdują się m.in. przygotowany przez Światową Organizację Zdrowia AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), Test „Baltimorski” służący do określenia nasilenia problemu alkoholowego, MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), CAGE (*Alcohol Addiction Test*) – narzędzia przesiewowe do diagnozowania uzależnienia od alkoholu oraz SADD (*Short Alcohol Dependence Data Questionnaire*) określający głębokość uzależnienia (1, 2, 3, 4).

Jednocześnie dopiero pod koniec lat 70. ubiegłego wieku podjęto próby konceptualizacji i operacjonalizacji kluczowego dla rozumienia oraz leczenia uzależnień pojęcia, jakim jest „nawrót”. Nawrót, choć różnie ujmowany, dotyka większości uzależnionych pacjentów, niosąc ze sobą często dramatyczne następstwa dla ich funkcjonowania społecznego, zdrowia, a nawet życia (5). Z różnych badań wynika, iż abstynencję w ciągu pierwszego roku po zakończeniu terapii przerywa 45–90% uzależnionych pacjentów (6, 7). Zasadne wydaje się więc podejmowanie prób wyłonienia zmiennych związanych z występowaniem nawrotów i tworzenie modeli nawrotów oraz metod służących ich weryfikacji (5, 8, 9).

Wśród czynników związanych z łamaniem abstynencji wymienia się m.in. występowanie stresorów życiowych, przeżywanie frustracji i przykrych emocji, presję społeczną i uleganie pokusom picia (9, 10, 11). W znanej analizie Marlatt i Gordon (11) – na podstawie badań osób uzależnionych od alkoholu, heroiny i nikotyny, które złamały abstynencję – wyodrębnili osiem najczęściej wymienianych przyczyn: 1. przeżywanie nieprzyjemnych uczuć (np. nuda, poczucie samotności, smutek, lęk, depresja), 2. konflikty (w pracy lub w rodzinie), 3. wpływ otoczenia (propozycje picia), 4. przyjemne wydarzenia i sytuacje życiowe (sukcesy, zakochanie się), 5. sytuacje towarzyskie (spotkanie w restauracji, przyjęcie, uroczystości rodzinne), 6. dolegliwości somatyczne (ból, problemy ze snem), 7. próby picia kontrolowanego oraz 8. nagle pojawiający się głód alkoholu (np. zobaczenie ulubionego trunku).

Według autorów trzy pierwsze przyczyny są odpowiedzialne za około 60% przypadków przerywania abstynencji, a kolejne pięć – za pozostałych około 40% (11, 12). Uogólniając, wymienione wyżej czynniki podzielono na intra- i interpersonalne; zwraca uwagę fakt, że najczęściej wymieniane przez pacjentów przyczyny łamania abstynencji należą do grupy czynników intrapersonalnych oraz że prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotu jest wprost proporcjonalne do kumulacji czynników ryzyka (12, 13, 14). W niektórych analizach spośród ośmiu wyróżnionych przez Marlatta i Gordon czynników wyodrębniono trzy główne, względnie niezależne wymiary: negatywne stany emocjonalne, próby picia kontrolowanego oraz pozytywne stany emocjonalne (15, 16).

Na podstawie powyższych danych wydaje się oczywiste, że istotną częścią diagnozy problemowej osób uzależnionych powinna być ocena możliwości wystąpienia czynników ryzyka, ich nasilenia oraz poczucia, czy poradzą sobie w razie pojawienia się zwiastunów nawrotu. Tak przeprowadzona diagnoza może skutkować odpowiednią modyfikacją programu terapii – skoncentrowaniem się na nabywaniu przez pacjentów umiejętności rozpoznawania osobistych sytuacji ryzyka oraz na uczeniu się sposobów radzenia sobie z nimi (9, 17, 18). W realizacji powyższych celów pomocne mogą być dwa narzędzia skonstruowane przez Helen M. Annis z Addiction Research Foundation z Toronto, a mianowicie Inwentarz Sytuacji związanych z Piciem (*Inventory of Drinking Situations*, IDS) służący do określenia takich sytuacji u osób uzależnionych od alkoholu (9, 19, 20, 21, 22) oraz Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Ryzykownych (*Situational Confidence Questionnaire*, SCQ) wykorzystywany do pomiaru u tych osób poczucia, że poradzą sobie w tych sytuacjach (20–25). Autorka obu metod wskazuje na korzyści płynące z ich łącznego stosowania – dostarczają bowiem zarówno wskazówek dotyczących sytuacji, w których pacjenci najczęściej piją alkohol, jak i informują o poczuciu radzenia sobie z pokusami picia w tych sytuacjach (20, 22, 23). Oba narzędzia, a zwłaszcza IDS, są powszechnie znane i wykorzystywane w diagnozie i terapii uzależnienia w wielu krajach, posiadają też dobre właściwości psychometryczne (m.in. 18, 19, 24–33). W Polsce są stosunkowo słabo spopularyzowane, toteż wskazane wydaje się ich zaprezentowanie i przybliżenie.

Cel badań. Podstawowym celem była ocena wyników badania osób uzależnionych od alkoholu kwestionariuszami IDS i SCQ oraz próba znalezienia związków między sytuacjami wysokiego ryzyka i oceną radzenia sobie w tych sytuacjach a wybranymi danymi klinicznymi. Obliczono również wskaźniki rzetelności obu narzędzi.

OSOBY BADANE I METODY POMIARU

Badaną grupę stanowiło 190 mężczyzn leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu w Oddziale Leczenia Uzależnień Katedry i Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Pacjenci wyrazili

zgodę na udział w badaniach, zostali też poinformowani o ich anonimowym charakterze, formie udzielania odpowiedzi, możliwości rezygnacji z uczestnictwa oraz braku konsekwencji z tego wynikających. Z badań wykluczono osoby hospitalizowane z powodu nakazu sądowego oraz takie, których stan psychiczny i somatyczny uniemożliwiłby właściwy w nich udział. Od respondentów zebrano dane socjodemograficzne oraz przeprowadzono z nimi wywiad kliniczny obejmujący czas trwania uzależnienia od alkoholu, liczbę dni w ciągu ostatnich trzech miesięcy, w czasie których pili alkohol oraz ilość wypitego alkoholu. W drugim tygodniu pobytu w oddziale, po ustąpieniu objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego, przeprowadzono badanie przy użyciu IDS, SCQ oraz SADD.

Badani pod względem danych klinicznych przypominają typowe osoby hospitalizowane w oddziałach leczenia uzależnień (34, 35). Średnia uzyskana w kwestionariuszu SADD wskazuje na głębokie uzależnienie od alkoholu, co jest charakterystyczne dla pacjentów leczonych stacjonarnie. Uwagę zwraca duża rozpiętość wartości odchyłeń standardowych w odniesieniu do liczby dni, w których badani pili ostatnio alkohol oraz do liczby wypitych przez nich standardowych drinków (patrz tab. 1).

W badaniach zastosowano:

1. Inwentarz Sytuacji związanych z Piciem (*Inventory of Drinking Situations*, IDS) stworzony przez Helen M. Annis w oparciu o ujęcie Marlatta i Gordon, służący do oceny sytuacji, w których badani rzadziej lub częściej pili duże ilości alkoholu (19). Narzędzie zostało przystosowane do warunków polskich, zgodnie z zasadami adaptacji transkulturowej, przez zespół badawczy pod kierunkiem Marcina Ziółkowskiego (36). Inwentarz składa się ze 100 pytań i jest przeznaczony do samodzielnego wypełniania. Respondenci odpowiadają na każde z pytań zgodnie z 4-punktową skalą (1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – często, 4 – prawie zawsze), starając się w ten sposób opisać, jak często w okresie minionego roku pili duże

Tabela 1.

Dane kliniczne badanej grupy (n = 190)

Clinical data of the study group (n = 190)

Osoby badane <i>Study group</i>	Średnia <i>Mean</i>	SD
Wiek <i>Age</i>	39,12	8,06
Czas trwania uzależnienia (w latach) <i>Length of dependence (years)</i>	12,35	7,14
Wiek początku uzależnienia <i>Age of onset of dependence</i>	28,81	8,43
Liczba dni picia w okresie 90 dni przed hospitalizacją <i>Number of days of drinking during 90 days prior to hospitalization</i>	33,16	21,01
Liczba standardowych drinków wypitych w okresie 90 dni przed hospitalizacją <i>Number of standard drinks during 90 days prior to hospitalization</i>	612	606
SADD (<i>Short Alcohol Dependence Data Questionnaire</i>)	26,00	7,00

ilości alkoholu w każdej z wyróżnionych sytuacji. Osoba badana sama określa, jaka ilość alkoholu jest dla niej duża. W IDS wyróżniono osiem kategorii sytuacji związanych z piciem, tj. nieprzyjemne i przyjemne emocje, fizyczny dyskomfort, testowanie kontroli nad piciem, uleganie pokusie napicia się, konflikty, społeczny nacisk i przyjemne spędzanie czasu z innymi. Pierwsze 5 kategorii zaliczanych jest do grupy sytuacji związanych z subiektywnymi odczuciami osoby badanej, zaś pozostałe 3 – do grupy sytuacji związanych z interakcjami z ludźmi. Im wyższy uzyskany wynik, tym częściej badani pili duże ilości alkoholu w wyróżnionych sytuacjach. Polska wersja inwentarza charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (36). Inwentarz posłużył jako narzędzie w badaniach międzykulturowych, realizowanych w ramach projektu Światowej Organizacji Zdrowia, obejmujących również populację polskich pacjentów (37).

2. Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Ryzykownych (*Situational Confidence Questionnaire, SCQ*) stworzony przez Helen M. Annis, oparty na koncepcji Bandury dotyczącej poczucia własnej skuteczności i stosowany do pomiaru poczucia radzenia sobie w sytuacjach ryzyka związanego z piciem (24, 26). Podobnie jak IDS, również SCQ został zaadaptowany przez zespół badawczy pod kierunkiem Marcina Ziółkowskiego. Kwestionariusz zawiera opis 39 sytuacji, potencjalnych czynników ryzyka picia, które podzielone są na kilka kategorii odnoszą się do czynników intrapersonalnych, takich jak odczuwanie nieprzyjemnych i przyjemnych emocji, fizyczny dyskomfort, testowanie kontroli nad piciem, uleganie pokusom picia oraz do czynników interpersonalnych – problemów w pracy, konfliktów z ludźmi oraz okazji towarzyskich. Opis każdej z sytuacji zawierał pytanie, w jakim stopniu respondent w ostatnim czasie był w stanie nie sięgnąć w tej sytuacji po alkohol. Odpowiedzi udziela się na skali od 0 do 100 (podzielonej co dwadzieścia jednostek). Pacjent zakreślał 100, jeśli był w 100% w stanie oprzeć się opisanej w kwestionariuszu sytuacji, 0, gdy opisanej sytuacji mógł sprostać w stopniu zerowym (nie był w stanie się oprzeć). Im wyższy wynik, tym większe poczucie osoby badanej, że w wymienionej sytuacji potrafiła poradzić sobie bez alkoholu. Narzędzie jest przeznaczone do samodzielnego wypełniania. Polska wersja posiada zadowalające parametry psychometryczne (36).

Dodatkowo w badaniach zastosowano:

3. Short Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) – narzędzie stworzone przez Raistricka i wsp. w polskiej adaptacji Marcina Ziółkowskiego (1, 2). Kwestionariusz umożliwia ocenę nasilenia uzależnienia od alkoholu i – podobnie jak kwestionariusz MAST – wypełniany jest samodzielnie przez osobę badaną. SADD składa się z 15 pytań, z których każde punktowane jest: 0, 1, 2, lub 3. Suma punktów równa 0 świadczy o braku uzależnienia alkoholowego, 1–9 o łagodnym jego nasileniu, 10–19 o nasileniu umiarkowanym, a 20–45 o głębokim uzależnieniu.

Do opracowania wyników badań wykorzystano program statystyczny SPSS 14.0, w którym obliczono średnie i odchylenia standardowe oraz współczynniki korelacji r-Pearsona do określenia siły związków między analizowanymi zmiennymi.

WYNIKI

W pierwszym etapie analiz obliczono wskaźniki rzetelności IDS i SCQ oraz podskal wchodzących w ich skład. W odniesieniu do IDS współczynniki zgodności wewnętrznej alfa-Cronbacha wyniosły dla całej skali 0,89, a dla jej podskal (z wyjątkiem przyjemnych emocji) od 0,88 (próby kontroli picia) do 0,93 (konflikty). Natomiast współczynnik alfa-Cronbacha dla podskali „przyjemne emocje” wynosi 0,61, co wskazuje na jej nie w pełni zadowalającą rzetelność. Należy więc uzyskane w tej skali wyniki traktować z ostrożnością. Z kolei współczynniki zgodności wewnętrznej alfa-Cronbacha dla SCQ były w pełni zadowalające i wynosiły 0,97 dla całej skali, a dla podskal zawierały się w przedziale od 0,83 (przyjemne emocje) do 0,94 (emocje nieprzyjemne). Wartości średnich i odchyłeń standardowych uzyskane w IDS oraz SCQ dla badanej grupy mężczyzn przedstawione są w tabeli 2.

Jak wynika z tabeli 2 badani w ciągu ostatniego roku najczęściej pili duże ilości alkoholu w sytuacjach społecznej presji (częstowanie alkoholem, propozycja przyjaciół, aby wspólnie się napić itp.) oraz w związku z odczuwaniem nieprzyjemnych emocji (smutek, poczucie osamotnienia, pustka wewnętrzna, złość, nuda). Wysokie wartości odchylenia standardowego, zwłaszcza w odniesieniu do presji społecznej, przemawiają za dużym zróżnicowaniem badanej grupy co do oceny

Tabela 2.

IDS i SCQ: średnie i odchylenia standardowe dla badanej grupy (n = 190)

IDS and SCQ: mean values and standard deviations of the study group (n = 190)

IDS – Sytuacje związane z pićem <i>Drinking situation</i>	Średnia <i>Mean</i>	SD
IDS 1. Nieprzyjemne emocje <i>Unpleasant emotions</i>	67,52	14,06
IDS 2. Dyskomfort fizyczny <i>Physical discomfort</i>	49,60	14,22
IDS 3. Przyjemne emocje <i>Pleasant emotions</i>	62,26	17,13
IDS 4. Testowanie kontroli nad pićem <i>Testing of controlled drinking</i>	61,28	18,08
IDS 5. Pokusy picia <i>Temptation to drink</i>	61,29	15,50
IDS 6. Konflikty z innymi <i>Conflicts with others</i>	54,23	13,88
IDS 7. Społeczna presja <i>Social pressure</i>	68,49	19,89
IDS 8. Przyjemne spędzanie czasu z innymi <i>Pleasant time with others</i>	62,72	16,75
SCQ – Radzenie sobie w sytuacjach ryzykownych <i>Coping with high risk situations</i>		
SCQ 1. Nieprzyjemne emocje <i>Unpleasant emotions</i>	48,95	22,56
SCQ 2. Dyskomfort fizyczny <i>Physical discomfort</i>	72,71	22,50
SCQ 3. Problemy w pracy <i>Problems at work</i>	61,55	24,44
SCQ 4. Konflikty z innymi <i>Conflicts with others</i>	59,16	22,73
SCQ 5. Przyjemne emocje <i>Pleasant emotions</i>	60,18	26,98
SCQ 6. Pozytywne sytuacje towarzyskie <i>Positive social situations</i>	37,70	28,55
SCQ 7. Pokusy picia <i>Temptation to drink</i>	48,10	25,69
SCQ 8. Testowanie kontroli nad pićem <i>Testing of controlled drinking</i>	41,63	26,17

własnego picia w tej sytuacji. Najrzadziej badani pili duże ilości alkoholu w sytuacji dyskomfortu fizycznego (problemy ze snem, zmęczenie, wyczerpanie, choroba, bóle głowy). Z kolei wyniki uzyskane w kwestionariuszu SCQ wskazują, że uzależnieni mężczyźni najlepiej oceniają swoje umiejętności radzenia sobie w sytuacjach fizycznego dyskomfortu (w których najrzadziej pili duże ilości alkoholu), zaś najgorzej – w pozytywnych sytuacjach towarzyskich (przebywanie na przyjęciu lub w towarzystwie znajomych, świętowanie czegoś) i związanych ze sprawdzeniem możliwości picia kontrolowanego (np. chęć przekonania się, czy wypicie jednego kieliszka nie przyniesie negatywnych następstw). Interesujące, że nie wymienili odczuwania nieprzyjemnych emocji jako tej okoliczności, w której szczególnie trudno jest im radzić sobie z pokusami picia.

Na dalszym etapie analiz obliczono zależności między podskalami kwestionariusza IDS oraz zależności między podskalami SCQ (patrz tabele 3 i 4).

Tabela 3.

Współczynniki korelacji między podskalami kwestionariusza IDS
Correlation coefficients between subscales of the IDS questionnaire

	IDS 1	IDS 2	IDS 3	IDS 4	IDS 5	IDS 6	IDS 7	IDS 8
IDS 1		0,58**	0,31**	0,31**	0,55**	0,76**	0,50**	0,50**
IDS 2	0,58**		0,41**	0,37**	0,63**	0,63**	0,44**	0,53**
IDS 3	0,31**	0,41**		0,39**	0,56**	0,41**	0,55**	0,68**
IDS 4	0,31**	0,37**	0,39**		0,54**	0,34**	0,53**	0,54**
IDS 5	0,55**	0,63**	0,56**	0,54**		0,67**	0,70**	0,74**
IDS 6	0,76**	0,63**	0,41**	0,34**	0,67**		0,52**	0,54**
IDS 7	0,50**	0,44**	0,55**	0,53**	0,70**	0,52**		0,80**
IDS 8	0,50**	0,53**	0,68**	0,54**	0,74**	0,54**	0,80**	

** $p < 0,001$ (p – poziom istotności)

Tabela 4.

Współczynniki korelacji między podskalami kwestionariusza SCQ
Correlation coefficients between subscales of the SCQ questionnaire

	SCQ 1	SCQ 2	SCQ 3	SCQ 4	SCQ 5	SCQ 6	SCQ 7	SCQ 8
SCQ 1		0,45**	0,67**	0,75**	0,39**	0,58**	0,68**	0,69**
SCQ 2	0,45**		0,41**	0,56**	0,38**	0,35**	0,52**	0,37**
SCQ 3	0,67**	0,41**		0,74**	0,33**	0,42**	0,60**	0,50**
SCQ 4	0,75**	0,56**	0,74**		0,41**	0,49**	0,60**	0,53**
SCQ 5	0,39**	0,38**	0,33**	0,41**		0,59**	0,51**	0,53**
SCQ 6	0,58**	0,35**	0,42**	0,49**	0,59**		0,78**	0,71**
SCQ 7	0,68**	0,52**	0,60**	0,60**	0,51**	0,78**		0,79**
SCQ 8	0,69**	0,37**	0,50**	0,53**	0,53**	0,71**	0,79**	

** $p < 0,001$

Tabela 5.

Współczynniki korelacji między podskalami kwestionariusza IDS a podskalami kwestionariusza SCQ
Correlation coefficients between subscales of the IDS questionnaire and subscales of the SCQ questionnaire

	SCQ 1	SCQ 2	SCQ 3	SCQ 4	SCQ 5	SCQ 6	SCQ 7	SCQ 8
IDS 1	-0,49**	-0,38**	-0,40**	-0,44**	-0,22**	-0,27**	-0,40**	-0,30**
IDS 2	-0,24**	-0,40**	-0,22**	-0,28**	-0,23**	-0,13	-0,27**	-0,15*
IDS 3	-0,11	-0,30**	-0,12	-0,16*	-0,40**	-0,27**	-0,22**	-0,21**
IDS 4	-0,13	-0,35**	-0,18*	-0,20**	-0,20**	-0,26**	-0,28**	-0,22**
IDS 5	-0,25**	-0,39**	-0,34**	-0,31**	-0,25**	-0,38**	-0,48**	-0,31**
IDS 6	-0,39**	-0,30**	-0,39**	-0,44**	-0,16*	-0,21**	-0,34**	-0,28**
IDS 7	-0,27**	-0,31**	-0,28**	-0,29**	-0,30**	-0,49**	-0,44**	-0,37**
IDS 8	-0,21**	-0,38**	-0,26**	-0,26**	-0,29**	-0,37**	-0,36**	-0,25**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Jak wskazują table 3 i 4 zarówno w przypadku wszystkich wyróżnionych sytuacji ryzykownych, jak i poczucia radzenia sobie występują istotne statystycznie zależności, a korelacje są umiarkowane lub wysokie. Tak więc sięganie po alkohol w określonej sytuacji związane jest z sięganiem po niego w pozostałych, a przekonanie, że w określonej sytuacji jest się w stanie nie wypić alkoholu związane jest dodatnio z przekonaniem o radzeniu sobie w pozostałych.

Na kolejnym etapie analizy obliczono u badanych mężczyzn współczynniki korelacji r-Pearsona podskal kwestionariusza IDS z podskalami kwestionariusza SCQ. Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Jak wynika z tabeli 5 występują istotne statystycznie zależności między szeregiem wyróżnionych w IDS i SCQ zmiennych, co oznacza, że picie dużych ilości alkoholu w różnych sytuacjach związane jest ujemnie z poczuciem radzenia sobie z pokusami picia. Jednakże, na co warto zwrócić uwagę, większość otrzymanych statystycznie istotnych wyników wskazuje na słabe lub umiarkowanie silne zależności. Stwierdzono również brak zależności między niektórymi zmiennymi:

- między picciem alkoholu w sytuacji odczuwania dyskomfortu fizycznego a poczuciem radzenia sobie w sytuacjach towarzyskich;
- między picciem alkoholu w sytuacji przeżywania przyjemnych emocji a poczuciem radzenia sobie w sytuacjach odczuwania nieprzyjemnych emocji i występowania problemów w pracy;
- między picciem alkoholu przy testowaniu samokontroli a poczuciem radzenia sobie w sytuacji odczuwania nieprzyjemnych emocji.

Obliczono współczynniki korelacji podskal kwestionariusza IDS oraz podskal kwestionariusza SCQ z danymi klinicznym, takimi jak wiek, liczba dni picia alko-

Tabela 6.

Współczynniki korelacji między podskalami kwestionariuszy IDS oraz SCQ a danymi klinicznymi
Correlation coefficients between subscales of IDS and SCQ and clinical data

	Liczba dni picia w ciągu 90 dni przed hospitalizacją <i>Number of days of drinking during 90 days prior to hospitalization</i>	Liczba drinków wypitych w ciągu 90 dni przed hospitalizacją <i>Number of drinks during 90 days prior to hospitalization</i>	SADD (Short Alcohol Dependence Data Questionnaire)	Czas trwania uzależnienia <i>Length of dependence</i>	Wiek początku uzależnienia <i>Age of onset of dependence</i>	Wiek <i>Age</i>
IDS 1	0,26**	0,21*	0,24**	0,06	-0,04	0,02
IDS 2	0,08	0,09	0,16*	0,07	-0,07	0,01
IDS 3	0,18**	0,10	0,11	-0,04	-0,01	-0,05
IDS 4	0,07	0,01	0,15*	0,07	0,04	0,12
IDS 5	0,19**	0,12	0,20**	0,03	0,04	0,07
IDS 6	0,11	0,10	0,19**	-0,04	-0,04	-0,06
IDS 7	0,22**	0,14*	0,16*	0,05	-0,07	-0,01
IDS 8	0,21**	0,12	0,15*	0,01	0,01	0,03
SCQ 1	-0,15*	-0,24**	-0,18**	-0,06	0,13	0,06
SCQ 2	-0,14*	-0,21**	-0,32**	-0,18*	0,09	-0,06
SCQ 3	-0,18*	-0,19**	-0,13	-0,13	0,02	-0,09
SCQ 4	-0,06	-0,15*	-0,15*	-0,07	0,06	-0,01
SCQ 5	-0,15*	-0,18*	-0,17*	-0,09	0,15*	0,07
SCQ 6	-0,13	-0,15*	-0,10	-0,01	0,08	0,07
SCQ 7	-0,21**	-0,26**	-0,23**	-0,03	0,12	0,05
SCQ 8	-0,10	-0,17*	-0,22**	-0,03	0,14*	0,12

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

holu w okresie 90 dni przed hospitalizacją, liczba drinków standardowych wypitych w ciągu ostatnich 90 dni, czas trwania uzależnienia, wiek początku uzależnienia, punktacja skali SADD. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6 pokazuje, że wiek badanych oraz czas trwania uzależnienia nie wykazują związków z preferowanymi sytuacjami picia oraz z poczuciem radzenia sobie w tych sytuacjach, a większość występujących istotnych zależności między pozostałymi zmiennymi klinicznymi a wynikami IDS oraz SCQ wskazuje na słabą siłę związku. Z omawianych zmiennych najsilniej z wynikami obu zastosowanych metod związany jest wskaźnik głębokości uzależnienia, mierzony za pomocą SADD. Zgodnie z oczekiwaniami głębokość uzależnienia koreluje dodatnio z piciem alkoholu w większości sytuacji oraz ujemnie – z poczuciem radzenia sobie w tych sytuacjach bez alkoholu.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Przeprowadzona analiza rzetelności obu metod wskazuje na zadowalające współczynniki zgodności wewnętrznej i porównywalne z wynikami uzyskanymi w ramach polskiej procedury walidacyjnej oraz w wersji oryginalnej; wyjątkiem jest tu jedna podskala Inwentarza IDS (19, 24, 27, 28, 36). W dalszych badaniach zostanie podjęta próba określenia stabilności czasowej omawianych narzędzi metodą test–retest, co może stanowić niezwykle bogate źródło informacji, także w aspekcie zmian zachodzących u pacjentów w trakcie terapii odwykowej.

Podsumowując uzyskane na obecnym etapie wyniki badań, można stwierdzić, że badani najczęściej w ostatnim roku pili duże ilości alkoholu w sytuacjach presji społecznej oraz przeżywania przykrych emocji, a więc tych sytuacjach, które Marlatt i Gordon wymieniają jako najbardziej związane z łamaniem abstynencji (11). Podobne wyniki uzyskano w łódzkich badaniach przeprowadzonych wśród mężczyzn uzależnionych od alkoholu uczestniczących w terapii stacjonarnej (38), a także w badaniach kanadyjskich Helen Annis i wsp. (22, 23). Jak również wynika z danych WHO osoby uzależnione spożywają alkohol m.in. w celu zmniejszenia nieprzyjemnych emocji oraz utrzymania zadowalających relacji interpersonalnych (39). Jeżeli wyniki niniejszego badania znajdą potwierdzenie w odniesieniu do uzależnionych kobiet oraz pacjentów ambulatoryjnych, zasadne będzie wdrożenie programu dotyczącego radzenia sobie z przykrymi emocjami oraz presją społeczną już od początku terapii. Będą one bowiem stanowić główne źródło zagrożeń na początku leczenia (a być może także później), kiedy to większość pacjentów nie ma jeszcze umiejętności radzenia sobie z problemami, a ryzyko złamania abstynencji jest szczególnie duże. Za potrzebą wprowadzenia takiego programu przemawia również fakt, że badani zauważają wprawdzie związek między społeczną presją a problemami z utrzymaniem abstynencji, trudności sprawia im jednak przyznanie się do nieradzenia sobie z utrzymaniem abstynencji w sytuacjach przeżywania przykrych emocji.

Na podstawie wyników badania Inwentarzem Sytuacji związanych z Piciem (IDS, *Inventory of Drinking Situations*) można już w trakcie diagnozy problemowej określić sytuacje wysokiego ryzyka typowe dla każdego pacjenta. Zdaniem Lindenmeyera (18) terapia odwykowa jest najbardziej skuteczna, gdy już na jej początku wyodrębni się indywidualny obszar ryzyka dla każdego pacjenta i obszarowi temu poświęci najwięcej miejsca w trakcie leczenia. Wprowadzenie programu radzenia sobie z indywidualnymi sytuacjami wysokiego ryzyka mogłoby być powiązane z aranżowaniem modelowych sytuacji i odgrywaniem ich przez pacjentów; byłoby to również uzupełnieniem programu skoncentrowanego na radzeniu sobie z presją społeczną i występowaniem nieprzyjemnych emocji. Ponadto, jak wskazują otrzymane w niniejszym badaniu wyniki, wyodrębnione w IDS i SCQ zmienne w większości są ze sobą związane, co oznacza, że zwrócenie uwagi na indywidualne sytuacje ryzyka może skutkować poprawą radzenia sobie także w pozostałych sytuacjach. Naturalnie, po wdrożeniu takiego programu wskazane

byłoby sprawdzenie, czy pacjenci poddani specjalnym oddziaływaniom różnią się co do ukończenia terapii oraz utrzymywania abstynencji od pacjentów poddanych oddziaływaniom standardowym.

W odniesieniu do dalszych poszukiwań czynników związanych z występowaniem nawrotów istotne wydaje się sprawdzenie zależności między sytuacjami wysokiego ryzyka, mierzonymi IDS a zmiennymi, których rolę w ukończeniu terapii odwykowej i utrzymywaniu abstynencji udowodniono w licznych badaniach (m.in. chodzi tu o zasoby osobiste, zmienne osobowościowe i socjodemograficzne, poziom lęku i depresję). Próbę taką w stosunku do nadużywających alkoholu studentów podjęto w badaniach Samoluka i Stewarta (40), w których wykazano, że badani preferują różne sytuacje (mierzone IDS), w których piją alkohol w zależności od poziomu lęku – studenci z wysokim poziomem lęku pili znacznie więcej alkoholu w sytuacjach konfliktów z innymi, odczuwania nieprzyjemnych emocji oraz dolegliwości fizycznych. W innych badaniach próbowano z kolei określać zależności między konfiguracją skal kontrolnych otrzymanych w MMPI-2 a sytuacjami ryzykownymi (również mierzonymi IDS), występującymi u uzależnionych od alkoholu pacjentów. Uzyskano szereg interesujących współzależności (41). Niezwykle ważne byłoby sprawdzenie podobnych i innych zależności u osób uzależnionych, leczących się w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych w naszym kraju. Otrzymane rezultaty mogłyby być wykorzystane do udzielania pomocy pacjentom po ukończeniu terapii (psychoterapia, farmakoterapia). Interesujące byłoby także sprawdzenie, czy wyniki uzyskane przy użyciu IDS na początku terapii mają wartość predykcyjną w odniesieniu do utrzymywania abstynencji lub obniżenia intensywności picia po ukończeniu leczenia. Badanie takie (zastosowano skróconą 42-iteńową wersję IDS) przeprowadzono wśród uczestniczących w terapii uzależnionych adolescentów, wykazując w nim m.in., że osoby, które ulegały pokusom picia oraz piły alkohol w sytuacjach społecznych częściej łamały abstynencję w rok po ukończeniu terapii w porównaniu z osobami, które piły alkohol w innych sytuacjach (27).

Bardzo istotnych informacji może dostarczać Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Ryzykownych (SCQ, *Situational Confidence Questionnaire*), ponieważ poczucie własnej skuteczności jest udowodnionym predyktorem utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione; na jego istotną rolę zwraca się również uwagę w poznawczo-behawioralnym modelu nawrotów (11, 28, 42, 43, 44). Zaleta prezentowanej metody polega na tym, iż na jej podstawie można stworzyć indywidualny profil radzenia sobie z różnymi sytuacjami ryzykownymi i poświęcić więcej miejsca w terapii sytuacjom, w odniesieniu do których pacjenci przejawiają niski poziom poczucia radzenia sobie. Oczywiście, najwięcej informacji da porównanie wyników uzyskanych w obu metodach.

Analiza danych wskazuje, że pacjenci uzyskali w SCQ najwyższe wyniki dotyczące poczucia radzenia sobie w sytuacjach związanych z fizycznym dyskomfortem, problemami w pracy oraz odczuwaniem przyjemnych emocji, niską punktację natomiast w ocenie radzenia sobie z pozytywnymi sytuacjami towarzyskimi

i piciem kontrolowanym. Większe poczucie radzenia sobie w sytuacji dyskomfortu fizycznego może być związane z tym, że tego typu niedyspozycja nie usposabia do picia alkoholu, a w odniesieniu do problemów zawodowych – z odroczeniem w czasie możliwości sięgnięcia po alkohol, np. ze względu na zakaz jego spożywania w wielu miejscach pracy. Z drugiej strony wiadomo, iż konflikty w pracy i konflikty w rodzinie są ważnymi czynnikami przepowiadającymi nawrót picia (45). Być może więc u części pacjentów problemy w pracy skutkują obniżeniem nastroju i występowaniem przykrych emocji, które są regulowane przez picie alkoholu nie bezpośrednio, lecz dopiero po pewnym czasie? Możliwe wydaje się również inne wyjaśnienie – podobnie jak w przypadku nieprzyjemnych emocji, również w odniesieniu do problemów w pracy pacjenci nie zauważają bezpośredniego związku tych sytuacji z piciem przez nich alkoholu. Odpowiedź na to pytanie wymaga dalszych badań. Z kolei dane o niskim poczuciu kontroli w pozytywnych sytuacjach społecznych pokrywają się w pewnym stopniu z wynikami IDS dotyczącymi częstszego spożywania alkoholu w sytuacjach presji społecznej. Zgodność tą można tłumaczyć, odwołując się do silnych społecznych i kulturowych uwarunkowań picia alkoholu, zwłaszcza przez mężczyzn (46, 47). W dalszych badaniach wskazane jest sprawdzenie związków wyników SCQ z wynikami innych narzędzi do badania poczucia własnej skuteczności, m.in. powszechnie stosowanej Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności Schwarzera i wsp. (48).

Interesująco przedstawiają się również wyniki wskazujące na brak zależności między analizowanymi zmiennymi lub słabe między nimi związki. Brak związków między pewnymi zmiennymi mierzonymi przez IDS i przez SCQ można wyjaśniać istnieniem trzech głównych wymiarów wyróżnionych przez niektórych autorów, analizujących wymieniane przez Marlatta i Gordon sytuacje ryzykowne (15, 16). Skoro są one uważane za względnie odrębne kategorie sytuacji, być może również radzenie sobie z nimi przebiega niezależnie? Powyższe pytanie otwiera pole do dalszych badań i analiz statystycznych. Ciekawy jest również wynik wskazujący na brak związku lub słabe związki między zmiennymi klinicznymi a sytuacjami ryzykownymi i poczuciem radzenia sobie z nimi. Z preferencją określonych sytuacji picia i radzeniem sobie związane są prawdopodobnie w większym stopniu czynniki psychologiczne i społeczne, a nie kliniczne.

Implikacje praktyczne. Zarówno IDS, jak i SCQ mogą mieć znaczenie dla prowadzonych badań nad tworzeniem wielowymiarowych modeli nawrotów. W dotychczasowych doniesieniach zwracano uwagę głównie na zmienne psychologiczne i socjodemograficzne związane z łamaniem abstynencji, a wyniki były niejednokrotnie sprzeczne. Wzbogacenie badań nad fenomenem nawrotów o związki sytuacji ryzykownych i poczucia radzenia sobie w tych sytuacjach ze stałymi cechami indywidualnymi może przyczynić się do pełniejszego zrozumienia tego, nadal słabo poznanego zjawiska. Opisując bowiem fenomen nawrotów należy zawsze zwracać uwagę na dynamiczne związki indywidualnych zmiennych psychologicznych, prowadzonego leczenia oraz czynników wyzwalających (49, 50).

Ograniczenia. Prezentowane badania mają ograniczenia wynikające przede wszystkim z ich wstępnego charakteru. Podstawowym ograniczeniem jest dobór próby, składającej się wyłącznie z mężczyzn leczonych stacjonarnie w jednym ośrodku, głęboko uzależnionych. Dalsze badania będą więc zmierzać do określenia dominujących sytuacji wysokiego ryzyka i poziomu radzenia sobie z nimi u uzależnionych kobiet oraz sprawdzenia różnic w tych obszarach występujących u pacjentów ambulatoryjnych i stacjonarnych. Z kolei ograniczeniem obu stosowanych metod, a zwłaszcza IDS, na które zwraca się uwagę w literaturze przedmiotu jest fakt, iż opierają się na retrospektywnych relacjach osób uzależnionych, a w przypadku takich relacji może zachodzić proces pomniejszania roli własnej decyzji i odpowiedzialności, a przecenianie znaczenia czynników, które zdaniem pacjentów są poza ich kontrolą, może również zawodzić pamięć (12, 51). W dalszych badaniach przy użyciu obydwu metod wskazane wydaje się więc, poza sugestiami wymienionymi powyżej, sprawdzenie zależności między wynikami IDS i SCQ a stosowanymi przez pacjentów mechanizmami obronnymi.

Wnioski. Polska wersja Inwentarza Sytuacji związanych z Piciem (IDS) oraz Kwestionariusza Radzenia sobie w Sytuacjach Ryzykownych charakteryzuje się zadowalającą rzetelnością.

Badani, uzależnieni od alkoholu mężczyźni, najczęściej w ostatnim roku pili alkohol w sytuacjach presji społecznej oraz przeżywania przykrych emocji.

Pacjenci najgorzej oceniają swoje możliwości radzenia sobie z pokusami picia w sytuacjach towarzyskich i związanych ze sprawdzaniem możliwości kontroli picia.

Występują istotne statystycznie związki między większością wyróżnionych w IDS i SCQ zmiennych, co oznacza, że picie dużych ilości alkoholu w różnych sytuacjach związane jest ujemnie z poczuciem radzenia sobie z występującymi pokusami lub potrzebami picia.

Zarówno IDS, jak i SCQ mogą znaleźć szerokie zastosowanie w diagnostyce i terapii osób uzależnionych od alkoholu.

PIŚMIENNICTWO

1. Cameron AD (2004) *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner.
2. Ziółkowski M (1999) *Ocena skuteczności farmakoterapii w zapobieganiu nawrotowi picia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane AM.
3. Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG (1999) Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 159 (15), 1681–1689.
4. Davidson R, Raistrick D (1986) The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: a short-self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 81, 217–222.
5. Chodkiewicz J (2006) Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej – przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria*, 3 (3), 105–112.
6. Amor D, Polich J, Stambul H (1978) *Alcoholism and Treatment*. New York: Wiley.

7. Chick J, Howlett H, Morgan MY, Ritson B (2000) United Kingdom multicentre acamprosate study (UKMAS): a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 176–187.
8. Wojnar M, Ślufarska A, Jakubczyk A (2006) Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część I: Definicje i modele. *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 4, 379–394.
9. Maludzińska E, Zakrzewska M, Rybakowski J, Ziółkowski M (1999) Ocena sytuacji zwiększających ryzyko picia u kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu leczonych w warunkach ambulatoryjnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 36 (3), 405–413.
10. Brown SA, Vik PW, Patterson TL, Grant I, Schuckit MA (1995) Stress, vulnerability, and adult alcohol relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 56 (5), 538–545.
11. Marlatt GA, Gordon JR (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
12. Allsop S, Saunders B (1997). Nawroty i problemy związane z nadużywaniem alkoholu W: Gossop M (red.) *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: PARPA, 15–39.
13. Marlatt GA, Gordon J (1980) Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. W: Davidson P, Davidson S (red.) *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York: Brunner/Mazel, 410–452.
14. Cummings C, Gordon J, Marlatt GA (1980) *Relapse: prevention and prediction. The Addictive Behaviors*. New York: Pergamon.
15. Cannon DS, Leeka JK, Patterson ET, Baker TB (1990) Principal components analysis of the inventory of drinking situations: Empirical categories of drinking by alcoholics. *Addictive Behaviors*, 15, 265–269.
16. Isenhardt CE (1993) Psychometric evaluation of a short form of the Inventory of Drinking Situations. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 345–349.
17. Bilings A, Moos R (1983) Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: implications for clinicians and programmed evaluators. *Addictive Behaviors*, 8, 205–218.
18. Lindenmeyer J (2005) *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
19. Annis MH, Graham MJ, Davis ChS (1987) *Inventory of Drinking Situations (IDS) User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
20. Allen JP, Columbus M (1995) *Assessing Alcohol Problems: A Guide. Drinking Relapse Risk and Self-Efficacy*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
21. Hester RK, Miller WR (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Relapse Prevention*. New York: Pergamon Press.
22. Annis HM, Graham MJ (1995) Profile Types on Inventory of Drinking Situations: Implications for Relapse Prevention Counseling. *Psychology of Addictive Behavior*, 9 (3) 176–182.
23. Annis HM (1990) Relapse to Substance Abuse: Empirical Findings within a Cognitive-Social Learning Approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22 (2), 117–124.
24. Annis HM, Graham JM (1988) *Situational Confidence Questionnaire (SCQ 39): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation
25. Baker TB, Cannon DS (1988) *Assessment and treatment of addictive disorders*. New York: Praeger, 88–109.
26. Miller PJ, Ross SM, Emmerson RY, Todt EH (1989) Self-efficacy in alcoholics: Clinical validation of the Situational Confidence Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 14, 217–224.
27. Parra GR, Martin CS, Clark DB (2005) The drinking situations of adolescents treated for alcohol use disorders: a psychometric and alcohol-related outcomes investigation. *Addictive Behavior*, 30 (9), 1725–1736.
28. Ilgen M, McKellar J, Tiet Q (2005) Abstinence Self-Efficacy and Abstinence 1 Year After Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 6, 1175–1180
29. Marlatt AG, Donovan DM, (2005) *Relapse Prevention, Second Edition: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
30. Sobell MB, Sobell LC (1993) *Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment*. New York: Guilford Press.

31. Wilson PH (1992) *Principles and Practice of Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.
32. Villa RS (1997) Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9, 2, 259–270.
33. Victorio-Estrada A, Mucha RF, Stephan ER (1996) Excessive drinking situations in German alcoholics: Replication of a three-factor model used for North Americans. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 1, 75–79.
34. Maludzińska E, Rybakowski J, Ziółkowski M (1991) Stereotypy związane z nadużywaniem alkoholu u osób z uzależnieniem alkoholowym. *Problemy Alkoholizmu*, 2, 11–12.
35. Ziółkowski M (1998) Zaburzenia lękowe w uzależnieniu alkoholowym. *Lęk i Depresja*, 2 (3), 62–71.
36. Ziółkowski M (1994) *Polska adaptacja Inwentarza Ryzykownych Sytuacji Picia (IDS) oraz Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Ryzykownych (SCQ)*. Materiał niepublikowany.
37. Annis HM, Sobell LC, Ayala-Velazquez H, Rybakowski JK, Sandahl Ch, Saunders B, Thomas S, Ziółkowski M (1996). Drinking-related assessment instruments: cross-cultural studies. ARF/WHO Research Protocol. *Substance Use&Misue*, 31, 11–12, 1525–1546.
38. Chodkiewicz J (2007) *Sytuacje wysokiego ryzyka u mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu*. Niepublikowany raport z badań. Łódź: Instytut Psychologii UŁ.
39. Scientific Advisory Committee of Work Group No. 4. *Drug and Alcohol Abuse*. World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (WHO/ADAM-HA) project on the classification and diagnosis of mental disorders and alcoholism, 1982.
40. Samoluk SB, Stewart SH (1998) Anxiety sensitivity and situation-specific drink. *Journal of Anxiety Disorders*, 12 (5), 407–419.
41. Isenhardt CE, Silversmith DJ (1996) MMPI-2 response styles: Generalization to alcoholism assessment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10 (2), 115–123.
42. Di Clemente CC (1986) Self efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302–315.
43. Risk F, Watzl H (1983) Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviors*, 8, 121–127.
44. Sandahl C, Lindberg S, Ronnenberg S (1990) Efficacy expectations among alcohol dependent patients – a Swedish version of the situational confidence questionnaire. *Alcohol*, 25 (1), 67–73.
45. Kulka Z, Świątkiewicz G, Zieliński A (1999) Społeczne predyktory nawrotów picia alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 34, 81–97.
46. Rahav G, Teichman M (1996) *Sense of coherence and alcohol consumption*. Tel Aviv University.
47. Lindenmeyer J (2007) *Ile możesz wypić*. Gdańsk: GWP.
48. Juczyński Z (2001) *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP.
49. Moos RH, Schaefer JA (1993) Coping Resources and Process: Current Concepts and Measures. W: Goldberger L, Breznits S (red.) *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: The Free Press, 234–257.
50. Shiffman S (1997) Problemy pojęciowe w badaniach nad nawrotami. W: Gossop M (red.) *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: PARPA, 125–149.
51. Sutton SR (1993) Is wearing clothes a high risk situation for relapse? The base rate problem in relapse prevention research. *Addiction*, 88, 725–727.

Adres do korespondencji

Jan Chodkiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia

Uniwersytet Łódzki

ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź

tel. 0605 346 935

e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

otrzymano: 16.02.09

przyjęto do druku: 12.08.09