

Andrzej Jakubik, Beata Kowaluk
Zakład Psychiatrii Społecznej
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

27

WSPARCIE SPOŁECZNE A UTRZYMYWANIE ABSTYNENCJI U MĘŻCZYŹN UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

WPROWADZENIE

Podstawowym celem leczenia choroby alkoholowej – niezależnie od bardzo zróżnicowanych form, metod czy założeń teoretycznych stosowanych terapii – jest obecnie dążenie do osiągnięcia bezterminowej, całkowitej abstynencji. Minął już bowiem ponad dwudziestoletni okres burzliwych dyskusji i sporów między zwolennikami bezwzględnej, pełnej abstynencji a propagatorami leczenia odwykowego ukierunkowanego na picie kontrolowane [31, 36, 37, 47], ponieważ długofalowe badania katanestyczne na kilkunastotysięcznych, reprezentacyjnych próbach populacji chorych dostarczyły przekonujących argumentów na rzecz słuszności stanowiska tych pierwszych [12, 30, 39, 48]. I chociaż według Nathana [cyt. 31], możemy przyjąć, że ok. 10% osób uzależnionych jest w stanie nauczyć się picia kontrolowanego, to bez wątpienia dominują współcześnie w świecie modele leczenia, których ostatecznym celem jest utrzymanie abstynencji [12, 33, 35, 36, 39]. W ten sposób czasokres zachowania całkowitej abstynencji stał się jednocześnie głównym wskaźnikiem efektywności leczenia alkoholizmu.

Mimo różnych, kompleksowych (np. złożonych z farmakoterapii, psychoterapii indywidualnej, grupowej, małżeńskiej i rodzinnej, uczestnictwa w ruchu AA, klubach abstynenta itp.) metod leczenia oraz autentycznej, silnej motywacji do zaprzestania picia, przerywanie abstynencji i występowanie nawrotów jest dość częstym zjawiskiem wśród chorych, którzy przeszli terapię odwykową. Stąd w poszukiwaniu najbardziej skutecznych metod leczenia uzależnienia od alkoholu, badacze koncentrują swoje wysiłki głównie na ustaleniu tych czynników, które sprzyjają utrzymaniu

długotrwałej abstynencji lub wpływają na jej przerwaniu. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że w wieloczynnikowych uwarunkowaniach utrzymywania abstynencji istotną rolę obok ważnych zmiennych osobowościowych [25, 26, 40] – odgrywają przede wszystkim umiejętności konstruktywnego radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami życiowymi [8, 28, 33, 34, 35, 36, 39]. Jednym z najważniejszych i najskuteczniejszych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi okazało się wykorzystywanie tzw. systemu wsparcia społecznego [2, 11, 14, 16, 19, 23, 24, 42, 49].

Problematyka wsparcia społecznego ma rodowód pragmatyczny i mieści się w szerokim nurcie badań nad wpływem zmiennych psychospołecznych, a zwłaszcza krytycznych wydarzeń (stresowych doświadczeń) życiowych człowieka, na jego stan zdrowia psychicznego [2, 3, 19, 20, 24, 46] i fizycznego [29, 41]. Wsparcie społeczne uważa się powszechnie za czynnik, który może przyczyniać się do powstania choroby lub chronić przed nią. Formalną podstawą wsparcia jest sieć społeczna (inaczej: otoczenie społeczne) jednostki, dzięki której otrzymuje ona różnego rodzaju pomoc w sytuacjach trudnych. Stwierdzono, że brak grupy wsparcia przy subiektywnym poczuciu osamotnienia obniża znacznie zarówno odporność psychiczną, jak i fizyczną jednostki [44]. Wyniki licznych badań wskazują, że u osób o niskim wsparciu społecznym częściej występuje wiele chorób somatycznych (np. zawał serca, wrzód żołądka, reumatyzm, nowotwory) i psychicznych (np. psychozy schizofreniczne, depresja endogenna, zaburzenia osobowości) [2, 4, 41]. Nadal jednakże istnieją poważne trudności w ustaleniu rzeczywistej relacji między wsparciem a chorobą oraz w opisanu mechanizmów jego działania.

Upowszechniło się także przekonanie, że każdy rodzaj wsparcia społecznego jest pożądaną i oczekiwaną formą pomocy ludziom w sytuacjach trudnych. Tymczasem krytyczna analiza rezultatów badań empirycznych z tego zakresu wskazuje, że problem jest znacznie bardziej złożony, a wsparcie społeczne może niejednokrotnie powodować nawet skutki ujemne [17, 22, 41, 43, 45], np. poczucie zagrożenia, poczucie nadmiaru kontroli ze strony otoczenia, ograniczenie rozwoju samodzielnych form radzenia sobie z trudnościami i wymaganiami życia codziennego itp.

WSPARCIE SPOŁECZNE

Ze szczegółowego przeglądu światowej literatury przedmiotu, dokonanego przez autorów polskich [por. 2, 27, 41, 43] wynika m. in., że pojęcie wsparcia społecznego [social support] nie jest jednoznaczne i nadal posiada jedynie status hipotetyczny, gdyż nie ma ani odpowiednich ram teoretycznych, ani wypracowanych swoistych procedur metodologicznych. Świadczy o tym m.in. brak naukowych i poprawnych logicznie definicji wsparcia społecznego oraz wieloznaczność i niespójność dotychczasowych badań. „W dziedzinie wsparcia społecznego – jak słusznie podkreśla Sękowa [43, s. 791] – istnieje przede wszystkim ogromne bogactwo pomysłów empirycznych, jednakże te liczne badania nie układają się w zbiór, a już z pewnością nie w system wiedzy z tego zakresu”.

W badaniach nad wpływem wsparcia społecznego na stan zdrowia można wyodrębnić dwa ogólne podejścia: 1) ilościowe – powołuje się na wskaźniki obiektywne, wynikające z analizy licznych wymiarów tzw. sieci społecznej [social networks], czyli systemu więzów społecznych, w których uczestniczy podmiot, 2) jakościowe – odwołuje się do wskaźników subiektywnych, takich, jak np. poczucie wsparcia, jego postrzegana dostępność, wartość oraz adekwatność.

Badania nad relacją wsparcie społeczne–stan zdrowia skupiają się głównie wokół trzech zasadniczych hipotez. Pierwsza z nich zakłada, że wysoki poziom wsparcia społecznego chroni (działając jak bufor) przed patologią spowodowaną krytycznymi wydarzeniami życiowymi, natomiast jego poziom jest mało istotny przy braku takich sytuacji trudnych. Druga z nich głosi, że wsparcie społeczne jako miara stopnia integracji jednostki ze środowiskiem jest niezależnym czynnikiem wpływającym na zdrowie psychiczne. Bez względu na poziom stresu, jednostka dobrze zintegrowana ze wspierającym ją otoczeniem powinna być zdrowsza niż osoba nie doświadczająca wsparcia. I wreszcie hipoteza trzecia, odwracając relacje między wsparciem a chorobą zakłada, że osłabienie więzi społecznych jest konsekwencją osobniczych predyspozycji do zaburzeń psychicznych. Jak dotąd nie potwierdzono ostatecznie żadnej z wymienionych hipotez.

Wydaje się, że obecnie najbardziej uporządkowana i jednorodna teoretycznie jest propozycja Sekowej [45], dlatego jej koncepcja została przyjęta w naszej pracy. Autorka rozumie wsparcie społeczne jako rodzaj interakcji charakteryzującej się tym, że:

- zostaje podjęta w sytuacji problemowej lub trudnej;
- ukierunkowana jest na zbliżenie jednego lub obu uczestników do rozwiązania problemu, przezwyciężenie trudności, restrukturalizację zakłóconej relacji z otoczeniem i podtrzymanie emocjonalne;
- w jej toku zachodzi wymiana emocji (wsparcie emocjonalne), informacji (wsparcie informacyjne), instrumentów działania (wsparcie instrumentalne) oraz dóbr materialnych (wsparcie rzeczowe);
- wymiana może być jednostronna lub dwustronna, a kierunek relacji wspierający-wspierany – stały bądź zmienny w różnych odstępach czasowych;
- skuteczność tej wymiany społecznej zależy od stopnia zgodności między wsparciem oczekiwanym a uzyskanym.

Tak rozumiane wsparcie społeczne stanowi więc jedną z form mechanizmów radzenia sobie (coping) z krytycznymi wydarzeniami życiowymi i może zachodzić przede wszystkim w grupach odniesienia, zwłaszcza w rodzinie i grupach rówieśniczych. Warunkiem podstawowym i koniecznym wystąpienia interakcji wsparcia jest obiektywne istnienie sieci społecznych, z którymi powiązana jest jednostka lub które są dla niej dostępne, np. rodzina, grupa koleżeńska, towarzyska czy samopomocowa, stowarzyszenie, instytucje pomocy społecznej, konsultacji i doradztwa. Wsparcie może zachodzić w diadzie, między jednostkami na tle grupy, między jednostką a grupą oraz między grupami osób. Stwierdzono, że ludzie najbardziej oczekują wsparcia emocjonalnego, chociaż jego przeciętna efektywność jest mniejsza od rzadziej oczekiwanego wsparcia instrumentalnego i rzeczowego [44].

Istnieje wiele czynników wpływających na przebieg i skuteczność wsparcia społecznego [3, 8, 14, 19, 21, 22, 23, 27, 43, 45], które najogólniej – naszym zdaniem – można podzielić na cztery kategorie:

1. Zmienne kontekstowe: sieć społeczna, grupy odniesienia i właściwości tych sieci takie, jak m.in. struktura (wielkość, spójność, liczba osób w grupie, liczba grup, pozycje jednostek w grupie), interakcje (częstotliwość, kierunek, wzajemność, symetryczność), treść interakcji (poziom przyjaźni, intymności bezpieczeństwa, zadaniowości), funkcje (informacyjna, ludyczna, oparcie emocjonalne, pomoc w konstruktywnym rozwiązywaniu problemów).

2. Zmienne procesualne (cechy treściowe wsparcia): procesy wymiany emocjonalnej, procesy informacyjne, ewaluatywne, instrumentalne, odbiór wsparcia, efekty wsparcia oraz jego poszukiwania lub unikania.

3. Zmienne osobowościowe: poczucie kompetencji i zlokalizowania kontroli, potrzeba autonomii vs. zależności, postawy prospołeczne vs. egocentryczne, swoistość struktur poznawczych, zdolność do inicjowania, poszukiwania i utrzymania więzi dających gwarancję wsparcia, subiektywne poczucie potrzeby wsparcia i umiejętność jego wykorzystywania itp.

4. Zmienne społeczne (kontakty, w których zachodzą interakcje wsparcia): partnerskie-niepartnerskie, formalne-nieformalne, zinstytucjonalizowane-niezinstytucjonalizowane, profesjonalne-nieprofesjonalne, poziom zaufania interpersonalnego. Wsparcie społeczne, jak wynika z przedstawionego modelu oraz rezultatów licznych badań empirycznych jest więc procesem złożonym, uwarunkowanym wieloczynnikowo i ciągle jeszcze niezbyt dobrze poznanym i zbadanym.

Wsparcie społeczne a choroba alkoholowa

Dotychczas niewiele prac poświęcono ściśle wzajemnym związkom wsparcia społecznego i uzależnienia od alkoholu [5, 6, 18, 35], mimo iż publikacje dotyczące etiopatogenezy, obrazu klinicznego, przebiegu, terapii i skutków choroby alkoholowej liczą już obecnie tysiące pozycji piśmiennictwa. Większość z nich wskazuje na fakt, że wskutek działania różnorodnych czynników podtrzymujących chorobę i sprzyjających nawrotom, sytuacja życiowa osób uzależnionych jest niezwykle skomplikowana psychologicznie i środowiskowo. Wśród elementów współtworzących taką sytuację trudną najczęściej wymienia się:

– Podstawowe cechy choroby alkoholowej: popędowy charakter przymusu picia, utrata samokontroli, uciążliwość objawów zespołu abstynencyjnego, niemożność picia umiarkowanego (kontrolowanego), czyli konieczność zachowania bezwzględnej abstynencji po leczeniu odwykowym.

– Zmiany osobowościowe powstałe w trakcie utrwalania się choroby: odrzucanie obrazu własnego „ja” jako alkoholika, brak silnej i świadomej motywacji do leczenia, picie jako jedyny sposób rozwiązywania problemów i radzenia sobie ze stresem, dominująca rola alkoholu w mechanizmach regulacji i integracji zachowania się, nadmierna koncentracja na zaspokojeniu potrzeby picia (stąd

m. in. wszelkie działania w rodzinie, grupie towarzyskiej czy pracy podejmowane są z tego punktu widzenia, a wszystkie zainteresowania zawężone do spraw związanych bezpośrednio lub pośrednio z alkoholem) i niezdolność odraczania w czasie gratyfikacji w tym zakresie, zaburzenia w sferze emocjonalnej (drażliwość, niecierpliwość, labilność, dysforyczność itp.) i uczuciowej (np. zanik więzi rodzinnych, koleżeńskich i partnerskich, degradacja uczuć moralnych, pogłębiająca się niezdolność do wchodzenia we względnie trwałe, pozytywne związki uczuciowe z innymi), poczucie małej wartości i niski stopień samoakceptacji, skłonność do patologicznej zazdrości, brak krytycyzmu, pojawienie się zachowań antyspołecznych, destrukcyjnych i autoagresywnych (np. tendencja do samouszkodzeń i samobójstw usiłowanych), wyraźne pogorszenie poziomu funkcjonowania w rolach społecznych. Stwierdzono, że im większa zależność od alkoholu, tym głębszy deficyt aktywności i spełniania obowiązków w rolach partnera seksualnego, opiekuna, żywiciela, wychowawcy, przełożonego i podwładnego [13].

– Czynniki środowiskowe (dodatkowo zapoczątkowane lub pogłębione rozwijającym się nałogiem): konflikty małżeńskie, rodzinne i partnerskie, konflikty w miejscu pracy, zaburzone relacje interpersonalne, utrata autorytetu, szacunku i zaufania ze strony najbliższego otoczenia, obyczajowość (tradycje picia towarzyskiego, powszechność picia w miejscach pracy, nawyk używania alkoholu dla celów instrumentalnych lub konformistycznych, naciski i namowy na spożycie alkoholu itp.), ujemna ocena, a nawet odrzucenie ze strony środowiska nie tolerującego zachowań abstynencyjnych, trudności z powrotem do pełnienia utraconych poprzednio ról społecznych lub podjęciem nowych, brak wsparcia społecznego w okresie remisji po terapii odwykowej.

Z przeglądu literatury przedmiotu wynika więc jednoznacznie, że samo zaprzestanie picia nie rozwiąże zasadniczych problemów osoby uzależnionej, a nawet może być źródłem nowych trudności. Szczególnie brak racjonalnego, ukierunkowanego wsparcia ze strony otoczenia społecznego najczęściej powoduje nawrót do nałogu, pogłębianie się choroby i dalszą stopniową degradację osobowości.

Wyrazem szeroko rozumianego wsparcia społecznego są różne postaci pomocy psychologicznej udzielanej w chorobie alkoholowej. Pomoc psychologiczną określa się jako swoiste zachowanie społeczne, działalność prospołeczną uwarunkowaną motywacją empatycznoautoteliczną, w której wykorzystuje się wiedzę psychologiczną, aby w interakcji z człowiekiem potrzebującym – najczęściej na zasadach współpracy – zmierzać do rozwiązania problemów życiowych osoby wspomaganej, do przezwyciężania jej trudności oraz do zapobiegania zaburzeniom lub usuwania ich przejawów [45]. Najogólniej wyróżnia się dwie formy pomocy psychologicznej: 1) pomoc profesjonalną, udzielaną przez specjalistę – np. psychologa, psychiatrę czy pedagoga – posiadającego odpowiednie wykształcenie, kompetencje, wiedzę, umiejętności praktyczne i przygotowanie osobiste oraz 2) pomoc nieprofesjonalną, tj. przebiegającą w naturalnych grupach odniesienia. Pomoc profesjonalna obejmuje przede wszystkim psychoterapię indywidualną i grupową, natomiast nieprofesjonalna – grupy Anonimowych Alkoholików, grupy małżeńskie i rodzinne (w tym m. in. Al-Anon) oraz

różne grupy samopomocy (środowiska pracownicze, instytucje pomocy społecznej, samorządy lokalne itp.) [por. 50].

Najważniejsza rola we wsparciu społecznym przypada rodzinie chorego, jednakże – niestety – najczęściej stosunek najbliższego otoczenia nie sprzyja leczeniu i utrzymywaniu abstynencji. Stąd większość znawców zagadnienia postuluje konieczność włączenia osób bliskich choremu w zakres oddziaływań psychoterapeutycznych poprzez aktywny udział w terapii rodzin i/lub terapii małżeńskiej. Ogromną wagę własnego postępowania wobec alkoholików doceniają natomiast te ich żony, które są członkiniami grup rodzinnych AI-Anon. Istotą działania bowiem AI-Anonu jest „pomóc alkoholikowi w utrzymaniu całkowitej abstynencji poprzez pogłębianie wiedzy o chorobie alkoholowej i zmianę swego postępowania wobec chorego” [9, s. 59].

Lehmann i Pałowska [32] wśród podstawowych zadań rodziny chorego, spełniających bezpośrednio funkcje wspierające, wymieniają:

- starania w uzyskaniu wiadomości o chorobie alkoholowej i metodach jej leczenia;
- zachęcanie osoby uzależnionej do zdobycia wiedzy o jej chorobie;
- docenianie wysiłku trwania w trzeźwości i przy nawrocie choroby nieprzekleślanie jej dotychczasowych sukcesów w przebiegu terapii;
- wykazywanie postawy pełnej zrozumienia, cierpliwości, opanowania;
- niestawianie wymagań, które przekraczają możliwości chorego;
- niebranie na siebie konsekwencji spowodowanych jego pijaństwem, bowiem takie działanie jest doraźne, utwierdza pijącego w poczuciu bez troski i braku odpowiedzialności za swoje zachowanie;
- przyjmowanie z dystansem wszelkich obietnic poprawy, a jednocześnie nietraktowanie deklaracji o zaprzestaniu picia jako kłamstwa, gdyż jest to często próba podniesienia swojej wartości wobec otoczenia.

Do tych trudnych i złożonych zadań rodziny można jeszcze dodać: – okazywanie akceptacji, podtrzymywanie na duchu, wzbudzanie nadziei na poradzenie sobie z trudnościami żywioowymi;

- otwarte i bezpośrednie komunikowanie przeżywanych w danej sytuacji stanów emocjonalnych, celem odbudowania wzajemnego zaufania i współzależności;
- prowadzenie rozmów zgodnie z zasadami partnerskiego stylu komunikowania się z osobą uzależnioną, dzięki czemu umożliwia się jej nawiązanie nowych, satysfakcjonujących kontaktów z innymi ludźmi;
- zabezpieczenie tych potrzeb chorego (np. bezpieczeństwa, afiliacji, zachowania własnej wartości), których poczucie niezaspokojenia jest często przyczyną sięgania po alkohol.

Niezwykle ważna jest także pomoc ze strony środowiska pracowniczego [10], a więc właściwy stosunek współpracowników, zarówno tych najbliższych, jak przełożonych czy kierownictwa. Pozytywne postawy wobec usiłującego utrzymać abstynencję chorego są szczególnie pożądane w tych środowiskach, w których alkohol jest powszechnie używanym środkiem służącym społecznej integracji i nawiązywaniu bliższych kontaktów z innymi współpracownikami.

Reasumując, należy stwierdzić, że wszystkie rodzaje pomocy udzielanej osobom leczącym się z powodu choroby alkoholowej, stanowią dla nich formę wsparcia społecznego. Jest ono fundamentalnym czynnikiem sprzyjającym utrzymywaniu abstynencji.

HIPOTEZY

Przedmiotem podjętych badań była analiza wsparcia społecznego, jakiego udziela osobom uzależnionym od alkoholu ich otoczenie. Poszukując ewentualnego potwierdzenia pozytywnego wpływu wsparcia społecznego na utrzymywanie abstynencji, za główny cel pracy uznano zbadanie czy wsparcie społeczne otrzymywane przez mężczyzn z chorobą alkoholową jest większe w grupie osób zachowujących abstynencję niż w grupie osób z nawrotami picia. W związku z tym sformułowano hipotezy badawcze, że wśród mężczyzn uzależnionych utrzymujących abstynencję w porównaniu z mężczyznami uzależnionymi, ale nie zachowującymi abstynencji:

- wielkość wsparcia społecznego jest wyższa [H1];
- zakres wsparcia społecznego jest szerszy [H2];
- liczba osób spełniających poszczególne funkcje wspierające jest większa [H3];
- struktura systemów wsparcia obejmuje większą liczbę osób [H4];
- rekrutacja osób z otoczenia do systemu wsparcia jest większa [H5];
- ocena wsparcia społecznego jest wyższa [H6].

Jednocześnie założono odpowiednie hipotezy zerowe o braku istotnych różnic w zakresie wymienionych zmiennych.

BADANE GRUPY I METODY

Badaniami objęto mężczyzn pozostających w stałym leczeniu z powodu choroby alkoholowej. Spełniali oni kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu określone w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-III-R [15]. Na podstawie danych uzyskanych z wstępnych badań kwalifikacyjnych – za pomocą ustrukturalizowanego wywiadu – 100 osób uzależnionych, wyodrębniono 60 mężczyzn spełniających następujące warunki: aktualne zatrudnienie, posiadanie rodziny (żony, dzieci, rodziców, rodzeństwa), trwanie nałogu powyżej 8 lat, brak organicznych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Wyselekcjonowanych w ten sposób badanych podzielono na dwie równorzędne 30-osobowe podgrupy: jedną stanowili mężczyźni, którzy od momentu rozpoczęcia leczenia odwykowego nie przerwali abstynencji co najmniej przez okres jednego roku (grupa A), drugą – ci, którzy kilkakrotnie powracali do picia (grupa B).

Wiek badanych zawierał się w granicach 30-50 lat i wynosił średnio 42,8 lat w grupie A, a 41,5 lat w grupie B. Ich pierwszy kontakt z alkoholem nastąpił między 11 a 35 rokiem życia, przeciętnie w 18,2 r. ż. w grupie A oraz w 17,4 r. ż. w grupie B. Wykształcenie w poszczególnych grupach przedstawiało się następująco: a) zawodowe – 43,3% (A) i 53,3% (B), b) średnie – 43,3% (A) i 36,6% (B) i c) wyższe – 13,4% (A) i 10,1% (B). Średni okres abstynencji w grupie A wynosił 2,5 roku, zaś średnia liczba nawrotów picia w grupie B – 3,2. Wśród wszystkich badanych 25%

mężczyzn było wcześniej leczonych farmakologicznie (23,3% – A, 26,6% – B), a w oddziale odwykowym przebywało 17% osób, w tym 13,3% z grupy A i 20% z grupy B. Średni okres uzależnienia przed podjęciem leczenia był podobny w obu grupach i wynosił odpowiednio 17 (A) i 18 (B) lat. Wszyscy badani uczestniczyli w psychoterapii indywidualnej i grupowej oraz byli członkami grup AA, a ponadto 20% osób z grupy A należało do klubu abstynenta.

Opisana charakterystyka grup badanych w zakresie ogólnych danych wskazuje, że były to grupy równorzędne o bardzo zbliżonych parametrach, zróżnicowane istotnie jedynie okresem utrzymywania całkowitej abstynencji.

Badania przeprowadzono indywidualnie w Poradni Przeciwalkoholowej przy ul. Płockiej 39 w Warszawie, po wcześniejszym uzyskaniu zgody ze strony pacjentów.

Do realizacji sformułowanego celu badawczego i weryfikacji hipotez zastosowano następujące metody:

– Inwentarz Podtrzymania Społecznego [4, 5, 6] do pomiaru postrzeganego przez badanych wsparcia społecznego;

– Dyferencjał Semantyczny C. E. Osgooda [38] – o sprawdzonej empirycznie użyteczności w badaniach psychiatrycznych [1] – do pomiaru znaczenia wsparcia społecznego dla badanych. W tym celu opracowano 6 pojęć: „doznawanie opieki”, „poczucie bliskości”, „otrzymywanie pomocy”, „pomaganie innym”, „prawdomówność”, „służenie radą” (trzy ostatnie pojęcia miały charakter buforowy) do oceny za pomocą 12 skal – par spolaryzowanych przymiotników.

WYNIKI

Na podstawie uzyskanych danych obliczono wstępnie wyniki surowe dla następujących zmiennych:

- wielkości wsparcia społecznego;
- zakresu wsparcia społecznego;
- stopnia zabezpieczenia takich funkcji, jak doradzanie, wyrażanie, protekcja, opieka, pomoc doraźna, pocieszanie, powiernictwo i bezwarunkowe oparcie;
- struktury systemów oparcia z obszarami: rodzina, krewni, koledzy, sąsiedzi, znajomi, terapeuci i inne osoby znaczące;
- stopnia rekrutacji
- ogólnego, rodzinnego, pozarodzinnego i instytucjonalnego – osób z otoczenia do systemu wsparcia;
- wskaźniki sumaryczne pojęć: D1, D2, D3; ogólny D-sum oraz wskaźniki podskal: V1 (cenne), V2 (radosne) i V3 (łatwe).

W pierwszym etapie obliczono średnie arytmetyczne (M) oraz odchylenia standardowe (σ), a także sprawdzono normalność rozkładów. Stwierdzono, że badane próby są niezależne, a skala zmiennych była porządkowa dla podskal Dyferencjału Semantycznego, zaś przedziałowa dla inwentarza i wskaźników sumarycznych pojęć. Istotność różnic dla skal porządkowych obliczono testem Mann-Whitneya. Co się tyczy skal przedziałowych, to po zastosowaniu testu Kołmogorowa okazało się, że w Inwentarzu Podtrzymania

TABELA 1

Wyniki skal Inwentarza Podtrzymania Społecznego

| Grupy badane | Grupa A | | Grupa B | | z | α |
|----------------------|---------|-------|---------|------|-------|----------|
| | MR | M | MR | M | | |
| Wielkość | 43,03 | 14,76 | 17,07 | 5,33 | -5,57 | 0,0005 |
| Zakres | 39,30 | 7,90 | 21,70 | 6,16 | -4,52 | 0,0005 |
| Doradzanie | 38,57 | 3,63 | 22,43 | 1,60 | -3,66 | 0,0003 |
| Wyręczanie | 40,05 | 2,93 | 20,95 | 1,06 | -4,33 | 0,00005 |
| Protekcja | 39,77 | 8,16 | 21,23 | 2,56 | -4,14 | 0,00005 |
| Opieka | 41,70 | 4,30 | 19,30 | 1,33 | -5,02 | 0,00005 |
| Pomoc doraźna | 40,60 | 7,36 | 20,40 | 2,73 | -4,50 | 0,00005 |
| Pocieszanie | 38,88 | 7,70 | 22,12 | 3,03 | -3,74 | 0,00002 |
| Powiernictwo | 40,08 | 4,50 | 20,92 | 1,50 | -4,33 | 0,00005 |
| Bezwarunkowe oparcie | 41,90 | 4,90 | 19,10 | 2,00 | -5,11 | 0,0005 |
| Rodzina | 38,67 | 4,36 | 22,33 | 2,53 | -3,67 | 0,0002 |
| Krewni | 34,13 | 1,40 | 26,87 | 0,43 | -1,87 | 0,0607* |
| Koledzy | 34,65 | 1,46 | 26,35 | 0,70 | -1,94 | 0,052* |
| Sąsiedzi | 34,12 | 0,60 | 26,88 | 0,10 | -2,37 | 0,017 |
| Znajomi | 35,85 | 1,90 | 25,15 | 0,70 | -2,54 | 0,01 |
| Terapeuci | 39,42 | 2,83 | 21,58 | 0,60 | -4,14 | 0,00005 |
| Inne osoby | 39,92 | 2,20 | 21,08 | 0,30 | -4,68 | 0,00005 |
| Rekrutacja ogólna | 39,47 | 0,80 | 21,53 | 0,50 | -3,98 | 0,0001 |
| rodzinna | 37,42 | 0,79 | 23,58 | 0,55 | -3,09 | 0,002 |
| pozarodzinna | 36,88 | 0,77 | 24,12 | 0,50 | -2,88 | 0,003 |
| instytucjonalna | 38,93 | 0,87 | 22,07 | 0,33 | -4,24 | 0,00005 |

* Różnice nieistotne statystycznie

nia Społecznego wiele skal ma rozkład różny od normalnego. Dlatego też, aby zwiększyć czytelność analizy, do wszystkich skal inwentarza zastosowano metody nieparametryczne. Za pomocą testu Manna-Whitneya wyznaczono średnią rang w łącznym uporządkowaniu grup (MR), wartość funkcji testu (z) oraz poziom istotności (α). Różnice są istotne statystycznie, gdy $\alpha < 0,05$. Szczegółowe wyniki ilustruje Tabela 1.

Stwierdzono, że z wyjątkiem skal Krewni i Koledzy, pozostałe różnice między wynikami są istotne statystycznie, przy czym w porównaniu z grupą B, grupa A uzyskała we wszystkich skalach inwentarza wyniki wyższe. Po zastosowaniu identycznej procedury w odniesieniu do podskal Dyferencjału Semantycznego okazało się, że i tutaj grupa A osiągnęła wyniki wyższe niż grupa B, a różnice są istotne oprócz podskal V1, V2 i V3 w skali D2 (por. Tabela 2).

TABELA 2

Wyniki podskal Dyferencjału Semantycznego

| Grupy badane | Grupa A | | | Grupa B | | | z | α |
|--------------|---------|------|----------|---------|------|----------|-------|----------|
| | MR | M | σ | MR | M | σ | | |
| D1 - V1 | 35,37 | 5,60 | 0,62 | 25,63 | 5,90 | 1,26 | -2,38 | 0,01 |
| D1 - V2 | 36,42 | 6,16 | 1,36 | 24,58 | 5,26 | 1,50 | -2,74 | 0,006 |
| D1 - V3 | 38,23 | 5,06 | 1,91 | 22,77 | 3,20 | 1,93 | -3,47 | 0,0005 |
| D2 - V1 | 33,67 | 6,83 | 0,37 | 27,38 | 6,53 | 0,73 | -1,82 | 0,06* |
| D2 - V2 | 33,12 | 6,63 | 0,55 | 27,88 | 6,30 | 0,95 | -1,33 | 0,18* |
| D2 - V3 | 32,83 | 5,10 | 0,91 | 32,83 | 4,56 | 2,16 | -1,05 | 0,29* |
| D3 - V1 | 36,05 | 6,90 | 0,30 | 24,95 | 6,50 | 0,57 | -3,14 | 0,001 |
| D3 - V2 | 38,74 | 6,70 | 0,59 | 22,22 | 5,46 | 1,54 | -4,03 | 0,0001 |
| D3 - V3 | 37,22 | 5,10 | 1,90 | 23,78 | 3,50 | 1,94 | -3,03 | 0,002 |

TABELA 3

Wyniki skal Dyferencjału Semantycznego

| Grupy badane | Grupa A | | Grupa B | | Test Fishera | | Test t-Studenta | | |
|--------------|---------|----------|---------|----------|--------------|----------|-----------------|-------|----------|
| | M | σ | M | σ | F | σ | t | dt | α |
| D1 | 75,76 | 7,67 | 66,56 | 8,74 | 1,30 | 0,48 | 4,33 | 58 | 0,0005 |
| D2 | 79,03 | 5,06 | 73,13 | 7,25 | 2,05 | 0,06 | 3,65 | 58 | 0,001 |
| D3 | 79,10 | 4,65 | 68,06 | 9,26 | 3,96 | 0,0005 | 5,83 | 42,77 | 0,0005 |
| D-sum. | 233,90 | 14,59 | 207,76 | 20,54 | 1,98 | 0,07 | 5,68 | 58 | 0,0005 |

* Różnice nieistotne statystycznie

W przypadku wskaźników sumarycznych pojęć w Dyferencjale Semantycznym zmienne były wyrażone na skali przedziałowej, a ich rozkłady zgodne z normalnym. Sprawdzone więc homogeniczność wariancji testem Fishera (wyznaczając wartość funkcji testu – F i poziom istotności – α), a następnie obliczono istotność różnic za pomocą testu t-Studenta. W odniesieniu do zmiennych D1, D2 i D-sum wariancje były homogeniczne więc użyto I wersji tego testu, przy wariancjach niehomogenicznych (D3) – II wersji. Szczegółowe dane egzemplifikuje Tabela 3.

Stwierdzono, że wyższe wyniki uzyskano w grupie A niż w grupie B, przy czym różnice istotne statystycznie charakteryzowały wszystkie skale dyferencjału.

OMÓWIENIE

Wyniki naszych badań wskazują, że wsparcie społeczne we wszystkich rozpatrywanych tu elementach jest istotnie większe w grupie osób utrzymujących abstynencję. Potwierdziły się bowiem kolejne przyjęte przez nas hipotezy badawcze (H1-H6):

1. Wielkość wsparcia społecznego jest wyższa wśród mężczyzn utrzymujących abstynencję.

Wystąpiły tu największe różnice między badanymi grupami. Z wymienionych przez badanych osób w grupie A, aż 78% spełniało przynajmniej jedną funkcję podtrzymującą, natomiast w grupie B – 47%. Wyniki średnie wskazują, że wszyscy mężczyźni z grupy A mieli istotnie większe wsparcie w porównaniu z grupą B. Rezultaty te są zgodne z wcześniejszymi badaniami innych autorów [por. 35] i przemawiają na rzecz tezy, że wsparcie społeczne zależy od liczby osób, która je udziela.

2. Zakres wsparcia społecznego jest większy u mężczyzn utrzymujących abstynencję.

W grupie A zakres wsparcia był optymalnie szeroki i obejmował wszystkie z 7-8 funkcji podtrzymujących [zob. Tabela 1], a w grupie B odsetek ten wynosił jedynie 47%. Ponadto 7% osób z tej grupy korzystało tylko z 1 lub 2 rodzajów wsparcia społecznego.

3. Liczba osób spełniających poszczególne funkcje wspierające jest większa wśród mężczyzn utrzymujących abstynencję.

Największe różnice wystąpiły w odniesieniu do takich funkcji podtrzymujących, jak dostarczanie opieki i bezwarunkowego oparcia. Świadczy to o tym, że mężczyźni z grupy B najrzadziej mogą liczyć na tego rodzaju wsparcie.

Podobne wyniki uzyskali Bizoni i in. [5, 6]. Jest to zgodne z ogólnym przekonaniem o poczuciu opuszczenia osób uzależnionych i ich niepewnością, czy zawsze znajdzie się ktoś na kogo można liczyć. O wiele rzadziej doświadczają one także pomocy w niespodziewanych problemach lub kłopotach. Przy braku szybkiej interwencji sytuacje takie mogą być typową okazją do sięgania po alkohol. Niezwykle ważna jest więc obecność osób spełniających wszystkie funkcje podtrzymujące.

4. Struktura systemów wsparcia u mężczyzn utrzymujących abstynencję charakteryzuje się większą liczbą osób w poszczególnych obszarach.

Hipoteza ta nie potwierdziła się jedynie w odniesieniu do krewnych i kolegów. Badani z obu grup w podobnej i niskiej mierze korzystali ze wsparcia tych osób. Ich stosunki z krewnymi nie były zbyt zażyłe, a środowisko kolegów często traktowali jako zagrażające trzeźwości. Sugeruje to konieczność podjęcia określonych oddziaływań w tym kierunku, jak chociażby usprawnienie umiejętności asertywnych w otoczeniu koleżeńskim. Natomiast w obu grupach badani otrzymywali najwięcej wsparcia od członków najbliższej rodziny. Na tę prawidłowość wskazują także badania Mellibrudy i Pommersbach [35]. Dowodzi to doniosłej roli rodziny w procesie zmagania się z uzależnieniem od alkoholu. Poza tym, zdaniem cytowanych autorów, im większa liczba osób udziela wsparcia uzależnionym, tym lepsze jest ich samopoczucie psychiczne, mierzone na takich wymiarach, jak pomyślność, jasność myślenia, optymizm, samoocena, sprawność, poczucie oparcia, związki z ludźmi [35].

5. Stopień rekrutacji osób z otoczenia do systemu wsparcia jest wyższy u mężczyzn utrzymujących abstynencję.

Największe różnice wystąpiły wśród osób wywodzących się z obszaru instytucjonalnego. Z wymienionych przez badanych terapeutów też więcej skutecznych miała grupa A (87%) niż grupa B (33%).

6. Ocena wsparcia społecznego jest wyższa u mężczyzn utrzymujących abstynencję.

Hipotezę tę potwierdziły istotnie wyższe oceny pojęć będących wyrazem wsparcia. Największą wagę przywiązywali badani z grupy A do „otrzymywania pomocy w sytuacji trudnej”. Najmniej różnicowało obie grupy znaczenie „poczucia bliskości”, które okazało się nieistotne na wymiarach: cenne, radosne i łatwe. Świadczy to, że dla badanych populacji bliskość drugiej osoby, potrzeba silnych więzi emocjonalnych i psychicznych jest jednakowo ważna i pożądana. Uzyskane przez nas wyniki są zgodne z rezultatami wielu innych badań [por. 6, 7].

WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników badań można stwierdzić, że wsparcie społeczne u mężczyzn uzależnionych od alkoholu wpływa pozytywnie na utrzymywanie długotrwałej abstynencji, zwłaszcza gdy:

- większa liczba osób go udziela,
- jest ono bardziej zróżnicowane,
- więcej osób spełnia poszczególne funkcje wspierające,
- udzielają wsparcia osoby z różnych obszarów systemu wspierania,
- osoby z najbliższego otoczenia społecznego podejmują się roli wspierających,
- osoba uzależniona docenia wartość wsparcia społecznego.

Okazało się, że ważne są zarówno wielkość i rodzaj okazywanej pomocy, jak i kto jej udziela oraz w jakim stopniu jest ona wykorzystywana i ceniona. Wydaje się, że wielkość czy zakres wsparcia nie stanowią jedynych czynników różnicujących. W dalszych badaniach warto byłoby poddać weryfikacji empirycznej wpływ na utrzymywanie abstynencji takich zmiennych, jak np. poziom zapotrzebowania na wsparcie społeczne, stopień zgodności między wsparciem oczekiwany a otrzymywanym, umiejętność efektywnego korzystania z uzyskiwanego wsparcia, czy też rodzaj wsparcia spostrzeganego jako zagrożenie. Bez wątplenia istotnymi zmiennymi różnicującymi powinny okazać się także płeć oraz zastosowane metody leczenia odwykowego.

Andrzej Jakubik, Beata Kowaluk

Social support and abstinence maintenance among alcohol dependent men

Summary

The main problem in alcohol treatment consists in maintaining abstinence by the patients. The study was aimed at an evaluation of the effect of social support on long-term abstinence among male alcoholics. 60 male outpatients with the diagnosis of alcohol dependence were divided into two subgroups on the grounds of the duration of their

abstinence after alcohol treatment. The first subgroup of 30 patients abstained for over 12 months, while the other included 30 patients who had several relapses in that period. The Semantic Differential and Social Support Questionnaire were used to measure the variables under study. Our data indicate that a high level of social support is significantly related to long-term abstinence. The results corroborate findings reported by other authors.

Key words: alcohol dependence/social support/abstinence

PIŚMIENNICTWO

1. Andrzejczyk E., Jakubik A., Jaroszewski T., Lutyńska E., Nowik E., Watras J.: *Zastosowanie metody dyferencjału semantycznego w psychiatrii*. Psychiatr. Pol., 1981, 15, 79-89.
2. Axer A.: *Spoleczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie*. Stud. Socjol., 1983, 4/9, 199-223.
3. Biegel D., Naparstek A.: *Community support systems and mental health*. Springer, New York 1982.
4. Bizoń Z., Bernstein E., Kraśko N., M. Marzański, Ostrowska I.: *Analiza porównawcza społecznych systemów oparcia u chorych psychicznie i chorych somatycznie*. Biul. Inst. Psychoneurol., 1985, 4, 33-63.
5. Bizoń Z., Bernstein E., Kraśko N., Ostrowska I.: *Charakterystyka otoczenia społecznego pacjentów alkoholików*. W: Z. Bizoń, W. Szyszkowski (red.): *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień*. PWN, Warszawa 1989a, t. II, 11-16.
6. Bizoń Z., Bernstein E., Kraśko N., Ostrowska I.: *Spoleczny system podtrzymania u osób uzależnionych od alkoholu*. W: Z. Bizoń, W. Szyszkowski (red.): *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień*. PWN, Warszawa 1989b, t. II, 17-24.
7. Brown S.: *Leczenie alkoholików*. IPiN, Warszawa 1992.
8. Canton G., Giannini L., Magni G., Bertinaria A., Cibin A., Gallim betti L.: *Locus of control, life events and treatment outcome in alcohol dependent patients*. Acta Psychiat. Scand., 1988, 78, 18-23.
9. Cierpiałkowska L.: *Rodzina a alkohol - diagnoza i terapia*. W: *Człowiek a społeczeństwo*. Tom VII. UAM, Poznań 1990, 52-60.
10. Cierpiałkowska L., Trepieński B.: *Alkohol a bezpieczeństwo pracy*. IWZZ, Warszawa 1983.
11. Cobb S.: *Social support as a moderator of stress*. Psychosom. Med., 1976, 38, 300-314.
12. Cook C. C. H.: *The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part II. Evidence and conclusions*. Brit. J. Addict., 1988, 83, 735-748.
13. Dąbkowski M.: *Badania funkcjonowania społecznego chorych uzależnionych od alkoholu*. W: XXXVI Zjazd Naukowy Psychiatrów Polskich: *Psychiatria jako nauka interdyscyplinarna*. PTP, Warszawa 1989, t. II.
14. Dean A., Lin N.: *The stress - buffering role of social support*. J. Nerv. Ment. Dis., 1977, 165, 403-417.
15. *DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third edition - revised). APA, Washington 1987.

16. Eaton W.: *Life events, social supports and psychiatric symptoms*. J. Hlth. Soc. Behav., 1978, 19, 230-234.
17. Felner R. D., Jason J. N., Moritsugu M., Farber S. (eds.): *Preventive psychology*. Pergamon Press, New York 1983.
18. Galanter M., Pattison E. M. (eds.): *Psychosocial treatment of alcoholism*. AP Press, Washington 1984.
19. Gottlieb B. H. (ed.): *Social networks and social support*. Sage, Beverly Hills 1981.
20. Greenblatt M., Becerra R. M., Serafetinides E. A.: *Social networks and mental health: an overview*. Amer. J. Psychiat., 1982, 139, 977-984.
21. Harari H., Johns C. H., Sęk H.: *The stress syndromes and stress predictors in American and Polish college students*. J. Cross-Cult. Psychol., 1988, 19, 243-255.
22. Heller K., Swindle R. W.: *Social networks, perceived social support and coping with stress*. W: R. D. Felner, J. N. Jason, M. Moritsugu, S. Farber (eds.): *Preventive psychology*. Pergamon Press, New York 1983, 87-103.
23. Hirsch B.: *Natural support system and coping with major life changes*. Amer. J. Comm. Psychol., 1980, 8, 159-168.
24. Hirsh R. G., Levi B. (eds.): *The changing mental health scene*. Spectrum, New York 1976.
25. Jakubik A.: *Zaburzenia osobowości*. PZWL, Warszawa 1997.
26. Jakubik A., Brodniak W. A., Pałyska M., Raduj J., Świt T., Welbel S.: *Ocena funkcjonowania osobowości u osób uzależnionych od alkoholu (badania empiryczne)*. Alkoholizm i Narkomania, 1992, 11/12, 129-148.
27. Jaworowska-Oblój Z., Skuza B.: *Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych*. Przegląd Psychologiczny, 1986, 29, 733-746.
28. Kadden R. M., Getter H., Cooney N. L., Litt M. D.: *Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results*. J. Consult. Clin. Psychol., 1989, 57, 698-704.
29. Kaplan B. H., Cassel J. C., Gore S.: *Social support and health*. Med. Care, 1977, 15 (Suppl.), 47-58.
30. Keso L., Salaspuro M.: *Inpatient treatment of employed alcoholics: a randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment*. Alc. Clin. Exp. Res., 1990, 14, 584-589.
31. Król-Fijewska M.: *Zjawiska psychologiczne towarzyszące rozwojowi uzależnienia*. PTP IPZiT, Warszawa 1988 [raport z badań].
32. Lehmann Z., Pawłowska M.: *Poradnik dla żony alkoholika*. Zdr. Trzeźw., 1980, 8, 9-11.
33. Leksowski W.: *Analiza wybranych czynników warunkujących nawroty picia pacjentów uzależnionych od alkoholu - Doniesienie wstępne*. Alkoholizm i Narkomania, 1995, 4, 55-64.
34. Maharaj K.: *Life stress events, depression and purpose in life in first admission alcoholics and members of A. A. W. I. Med. J.*, 1990, 30, 161-165.
35. Mellibruda J., Pommersbach J.: *Kontrola abstynencji a transakcje psychospołeczne i radzenie sobie ze stresem u osób uzależnionych*. PTP IPZiT, Warszawa 1988 [raport z badań].
36. Moos R. H., Finney J. W., Cronkite R. C.: *Alcoholism treatment: context, process, and outcome*. Oxford Univ. Press, New York 1990.
37. Nathan P., Marlatt G., Loberg T. (red.): *Problemy alkoholizmu*. SPP PTP, Warszawa 1984.
38. Osgood C. E., Suci G. J., Tannenbaum P. H.: *The measurement of meaning*. Univ. Ill. Press, Urbana 1957.

39. VIII Raport Specjalny dla Kongresu USA. Alkohol i zdrowie. Wrzesień 1993. PARPA, Warszawa 1995.
40. Pałyska M., Raduj J.: *Funkcjonowanie osobowości u osób uzależnionych od alkoholu (przeгляд piśmiennictwa)*. Alkoholizm i Narkomania, 1992, 10, 7-28.
41. Pommersbach J.: *Wsparcie społeczne a choroba*. Przegląd Psychologiczny., 1988, 31, 503-525.
42. Sarason I. G., Spielberger C. D. (eds.): *Stress and anxiety*. Hemisphere, Washington 1980.
43. Sęk H.: *Wsparcie społeczne - co zrobić aby stało się pojęciem naukowym?* Przegląd Psychologiczny, 1986, 29, 791-800.
44. Sęk H.: *Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego. Ustalenia teoretyczne i metodologiczne*. Przegląd Psychologiczny, 1988, 31, 787-808.
45. Sęk H. (red.): *Społeczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1991.
46. Silberfeld M.: *Psychological symptoms and social supports*. Soc. Psychiat., 1978, 13, 11-17.
47. Strachan J. G.: *Alcoholism: treatable illness*. Hazelden Foundation, New York 1982.
48. Walsh D. C., Hingson R. W., Merrigan D. M., Levenson S. M., Cupples L. A., Heeren T., Coffman G., Becker C. A., Becker T. A., Hamilton S. K., McGuire T. G., Kelly C. A.: *A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers*. N. Engl. J. Med., 1991, 325, 775-782.
49. Whittaker J. K., Garbarino J.: *Social support networks*. Aldine, New York 1983.
50. Wiślak W. (red.): *Pomoc nieprofesjonalna i grupy wzajemnej pomocy*. SPP PTP, Warszawa 1987.