

Z warsztatów badawczych i doświadczeń klinicznych

Barbara Mroziak¹, Stanisław Wójtowicz¹, Bohdan T. Woronowicz²

¹Zakład Psychologii Klinicznej
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

²Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

PSYCHOSPOŁECZNE KORELATY UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

WSTĘP

Centralną badaną przez nas zmienną psychologiczną jest poczucie koherencji (sense of coherence, SOC), wprowadzone przez Antonovsky'ego (1, 2, 3) i uważane za interesujący oraz wart badania psychologiczny determinant zdrowia (11, 24, 27).

Ogólna orientacja życiowa, którą Antonovsky (3, 4) nazwał poczuciem koherencji (SOC), ma trzy podstawowe składniki: zrozumiałość, czyli spostrzeganie świata jako zrozumiałego i przewidywalnego; sterowalność, czyli 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 się, podjęcia wysiłku.

Coraz liczniejsze badania weryfikujące teorię Antonovsky'ego wskazują, że silne poczucie koherencji sprzyja zachowaniu zdrowia i podejmowaniu zachowań pro-zdrowotnych oraz ułatwia adaptację życiową (3, 1, 23), podczas gdy w patologii i chorobie poziom SOC jest niski: najsłabsze SOC mają chorzy na raka i porażenie mózgowie oraz bezdomne kobiety, m.in. uzależnione od substancji psychoaktywnych (1). Frenz i in. (10) stwierdzili, że poziom SOC w grupach nie-klinicznych jest wyższy niż w grupach klinicznych. Podłużne badania szwedzkie nad dorosłymi obciążonymi ryzykiem zaburzeń psychicznych (8) wykazały, że spośród kilku psychologicznych dyspozycji indywidualnych SOC był najlep-

szym predyktorem zdrowia psychicznego. Langius i in. (16) w badaniu osób dorosłych z populacji ogólnej w Szwecji opisują istotnie wyższy poziom lęku i wrogości u osób z niższym SOC. W tej samej próbie (15) okazało się, że SOC jest istotnie skorelowany z większością skal dotyczących zdrowia psychicznego (im niższy SOC, tym gorszy „stan funkcjonalny” badanych). Istotne ujemne korelacje między SOC a depresją uzyskali Carstens i Spangenberg (7), przy czym niski poziom poczucia sensowności, jednego ze składników SOC, był najlepszym predyktorem depresji. W polskich badaniach (20) poziom SOC był istotnie niższy w grupach klinicznych (kobiet z depresją endogenną i z nerwicą) w porównaniu ze zdrowymi osobami z grupy kontrolnej, zaś najniższe poczucie koherencji miała grupa pacjentek depresyjnych. Niski poziom SOC, a przede wszystkim jego dwóch składników – poczucia zrozumiałości i sterowalności, czyli możliwości oddziaływania na świat, swój los – okazał się predyktorem ponawiania prób samobójczych przez pacjentów hospitalizowanych po usiłowaniu samobójstwa (25).

SOC ma również związek z piciem i uzależnieniem od alkoholu. Midanik i in. (18) podają, że w ich badaniu SOC był istotnym negatywnym predyktorem problemu alkoholowego, a także, iż poziom SOC był istotnie wyższy u osób mało pijących w porównaniu z alkoholikami. H. Antonovsky i in. (5) stwierdzili niskie poczucie koherencji u pijących codziennie osób uzależnionych. W polskich badaniach nad młodzieżą (26) poziom SOC był związany z ilością i mocą wypijanego alkoholu. Wysoki poziom ogólnego poczucia koherencji, a także każdej z jego składowych związany był z mniej intensywnym piciem alkoholu u młodych mężczyzn, podczas gdy u młodych kobiet – tylko niski poziom poczucia sensowności wiązał się z istotnie większą intensywnością picia (13). Kucińska, Mellibruda i Włodawiec (14) stwierdzili, że w porównaniu z innymi grupami kobiet opisywanymi w literaturze badane przez nich kobiety współuzależnione od alkoholu mają najniższy poziom SOC.

W cytowanych badaniach analizowano bezpośredni związek poczucia koherencji ze zdrowiem psychicznym i używaniem alkoholu. Pośrednim mechanizmem oddziaływania SOC na zdrowie może być styl radzenia sobie ze stresem (9). Według Sheridana i Radmacher (27) picie alkoholu może pełnić dwojaką funkcję w radzeniu sobie ze stresem: umożliwia uwolnienie się od negatywnych emocji (zapomnienie, „zalenie robaka”), oraz poszukiwanie emocji pozytywnych (dostarczenie dodatkowej stymulacji, przyjemności, lepszego samopoczucia). Obie te funkcje są związane z nieprzystosowawczym, skoncentrowanym na emocjach, nie-zadaniowym stylem radzenia sobie. Stwierdzono, że styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach takich jak lęk i poczucie winy jest pozytywnie związany z nasileniem objawów psychopatologicznych, natomiast styl zadaniowy – negatywnie (9). W badaniach Siwiak-Kobayashi i Dakowskiej (30) otrzymano pozytywne korelacje stylu polegającego na unikaniu oraz negatywne – stylu polegającego na rozwiązywaniu problemów – z poziomem psychopatologii u leczonych pacjentów nerwicowych. Dotychczasowe badania nad poczuciem

koherencji i stylem radzenia sobie ze stresem u osób uzależnionych od alkoholu są jednak nieliczne.

Przedstawiamy tu fragment większego programu prospektywnego badawczego dotyczącego socjopsychologicznych korelatów uzależniania od alkoholu i zmian w tym zakresie po terapii i w okresie katamnesticznym. Celem prezentowanej tu części naszej pracy było sprawdzenie, czy osoby uzależnione od alkoholu badane przed rozpoczęciem terapii różnią się istotnie od porównawczej grupy ludzi zdrowych pod względem następujących ważnych dla zdrowia parametrów:

- nasilenia objawów psychopatologicznych,
- poczucia koherencji (SOC),
- stylu radzenia sobie ze stresem.

Wysunięto przypuszczenie, że uzależnieni od alkoholu rozpoczynający 6-tygodniowy program psychoterapeutyczny w Ośrodku Terapii Uzależnień (OTU) IPN, w porównaniu z dobraną grupą osób zdrowych będą mieli:

- 1) istotnie większe nasilenie objawów psychopatologicznych;
- 2) istotnie niższy poziom ogólnego poczucia koherencji (SOC) oraz jego składowych (poczucia zrozumiałości, sterowalności i sensowności);
- 3) odmienny styl radzenia sobie ze stresem: w porównaniu z ludźmi zdrowymi osoby uzależnione będą w większym stopniu używały nieprzystosowanego stylu skoncentrowanego na emocjach oraz na unikaniu przez odwracanie uwagi.

METODA I OSOBY BADANE

Badano 106 osób (71 mężczyzn i 35 kobiet) z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu na podstawie kryteriów ICD-10, przed rozpoczęciem intensywnego leczenia w Ośrodku Terapii Uzależnień IPiN w Warszawie, oraz porównawczą grupę 84 ludzi zdrowych bez uzależnienia, dobraną proporcjonalnie pod względem wieku, płci i poziomu wykształcenia.

Wszystkie osoby badane wypełniały zestaw kwestionariuszy dwukrotnie: przed rozpoczęciem przez uzależnionych podstawowego programu terapii w OTU oraz po jego zakończeniu 6 tygodni później. Przedmiotem analizy będą dane uzyskane w obu grupach w pierwszym pomiarze. Zastosowano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 – Orientation to Life Questionnaire (3), w autoryzowanej wersji polskiej opracowanej przez Zakład Psychologii Klinicznej IPN, Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Kwestionariusz służy do pomiaru poczucia koherencji i ma dobre parametry psychometryczne (19, 22, 23).

2. Skala CISS – Coping Inventory for Stressful Situations (Endler i Parker, 9), w polskiej adaptacji Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego (31, 22) – 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 (29), do pomiaru nasilenia objawów psychopatologicznych.

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

WYNIKI

1. Charakterystyka grupy osób uzależnionych od alkoholu

W badanej grupie osób uzależnionych podejmujących terapię kobiety różniły się od mężczyzn: były nieco starsze (średni wiek kobiet = 42,09, SD = 6,08; mężczyzn 39,7, SD = 8,71) i miały za sobą więcej prób leczenia odwykowego (była to pierwsza hospitalizacja odwykowa dla 33% kobiet i 54% mężczyzn, druga – dla 40% kobiet i 24,6% mężczyzn, i trzecia – dla 17% kobiet i 6,6% mężczyzn). Średni staż picia wynosił odpowiednio: dla kobiet 26,3 (od 14 do 37 lat), a dla mężczyzn 24,7 (8-38) lat. Mężczyźni natomiast mieli istotnie dłuższy niż kobiety staż picia ciągami (11,8 lat w porównaniu z 7,03 kobiet, $F = 11,36$, $p < 0,001$). Rozkład wykształcenia w badanej grupie też nieco się różnił: wśród uzależnionych kobiet przeważały osoby o wykształceniu średnim (60%), przy 20% z wykształceniem wyższym i 17% – zawodowym. Odpowiednie wskaźniki w grupie uzależnionych mężczyzn wynoszą: wykształcenie zawodowe – 15,5%, średnie 38%, wyższe – 38%. Grupa porównawcza osób bez uzależnienia była dobrana proporcjonalnie ze względu na płeć, wiek i poziom wykształcenia.

2. Wiek inicjacji alkoholowej

TABELA 1
Średni wiek inicjacji alkoholowej w badanych grupach

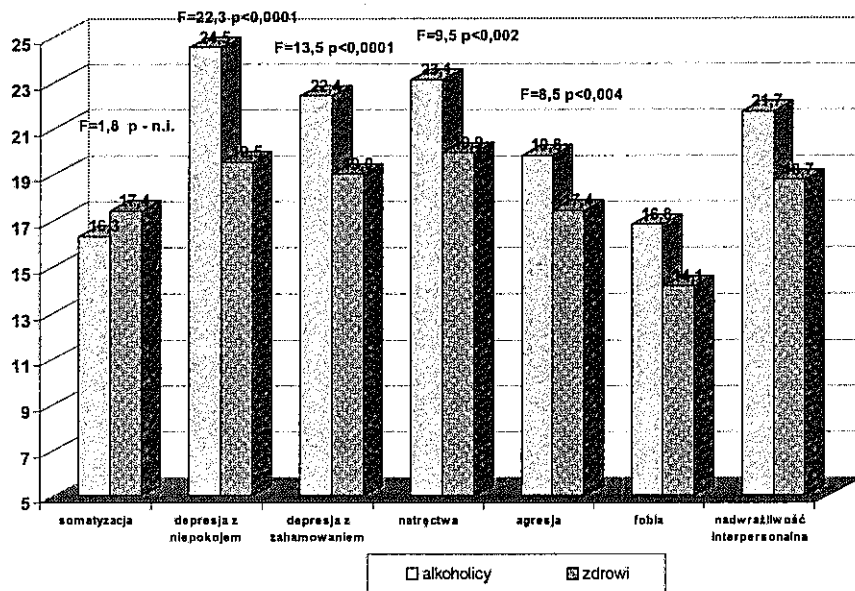
	Alkoholicy (N=106)	Zdrowi (N=73)	F	p <
Kobiety (N=66)	15,5	18,7	9,84	0,003
Mężczyźni (N=113)	14,7	16,2	6,67	0,01

Jak wynika z Tabeli 1, uzależnieni podejmujący terapię w OTU istotnie różnili się od proporcjonalnie dobranej grupy porównawczej pod względem wieku inicjacji alkoholowej – zarówno kobiety jak i mężczyźni uzależnieni od alkoholu zaczęli pić przeciętnie w istotnie młodszym wieku niż nieuzależnieni.

W dalszych analizach istotność różnic międzygrupowych oceniano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA i testu Duncana. Ponieważ i mężczyźni i kobiety z uzależnieniem od alkoholu tak samo różnili się od osób nieuzależnionych w zakresie badanych parametrów psychologicznych, wszystkie dalsze analizy przeprowadzono dla całej grupy osób uzależnionych łącznie.

3. Nasilenie objawów psychopatologicznych

Jak wynika z Ryc. 1, nasilenie niemal wszystkich rodzajów objawów psychopatologicznych (z wyjątkiem dolegliwości somatycznych typu nerwicowego, tzw. somatyzacji, $F = 1,8$, n.i.), było istotnie większe u osób uzależnionych niż w porównawczej grupie

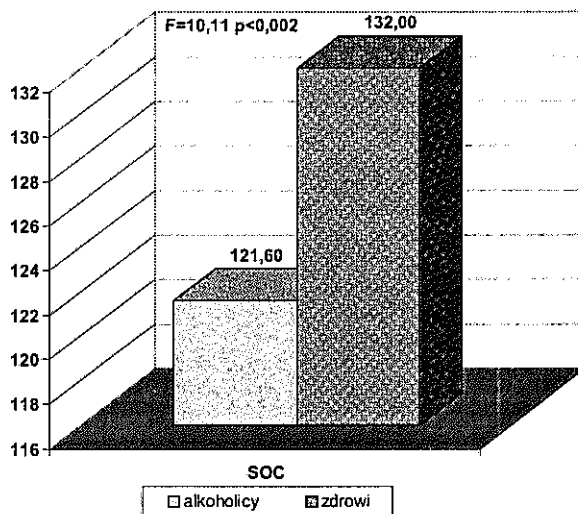


Ryc. 1. Nasilenie objawów psychopatologicznych u alkoholików i osób bez uzależnienia.

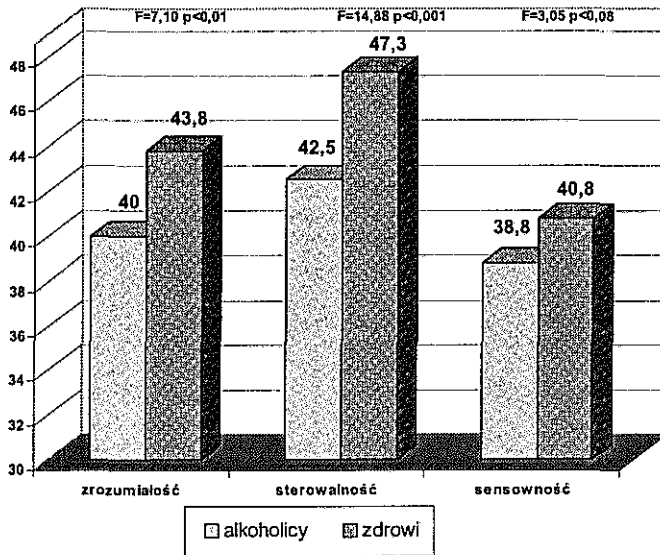
ludzi zdrowych. Dotyczy to następujących skal objawów: depresji z niepokojem, depresji z zahamowaniem, natręctw, agresji, fobii oraz nadwrażliwości interpersonalnej.

4. Poczucie koherencji

Porównanie obu grup wskazuje na statystycznie istotne różnice międzygrupowe: ogólne poczucie koherencji (Ryc. 2), a także dwie jego składowe (Ryc. 3): poczucie



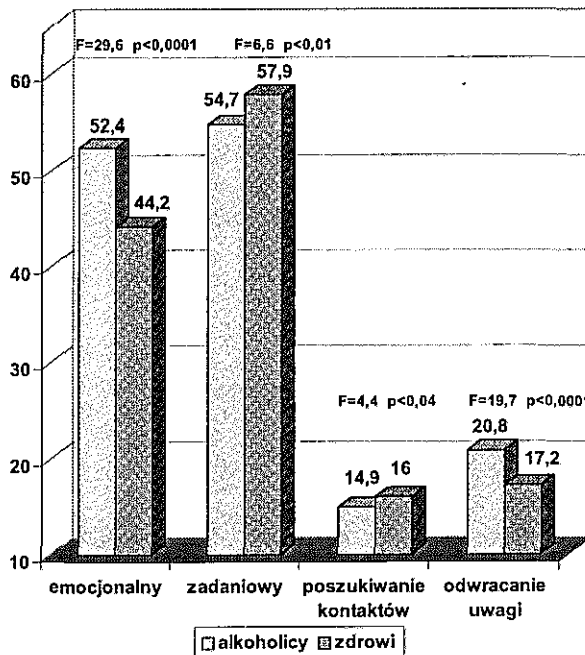
Ryc. 2. Poczucie koherencji u osób uzależnionych od alkoholu i osób bez uzależnienia.



Ryc. 3. Składowe poczucia koherencji u osób uzależnionych od alkoholu i osób bez uzależnienia.

rozumiałości oraz sterowności okazały się statystycznie istotnie niższe u osób uzależnionych. Alkoholicy mieli również słabsze poczucie sensowności, lecz ta różnica wystąpiła tylko na poziomie tendencji, nie jest istotna statystycznie ($p<0,08$).

5. Styl radzenia sobie ze stresem



Ryc. 4. Porównanie stylu radzenia sobie ze stresem u alkoholików i osób bez uzależnienia.

Dane przedstawione na Ryc. 4 wskazują na statystycznie istotnie silniejszą tendencję do posługiwania się stylem skoncentrowanym na emocjach ($p < 0,0001$) oraz unikaniem przez odwracanie uwagi ($p < 0,0001$) u osób uzależnionych od alkoholu niż w grupie porównawczej ludzi zdrowych. Istotne różnice wystąpiły także pod względem dwóch innych stylów radzenia sobie ze stresem: zadaniowego i poszukiwania kontaktów z innymi ludźmi. Oba te style były w istotnie większym stopniu stosowane przez ludzi zdrowych niż przez alkoholików przed rozpoczęciem terapii.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I WNIOSKI

Wszystkie postawione przez nas hipotezy zostały potwierdzone przez uzyskane wyniki: w porównaniu z proporcjonalnie dobraną grupą ludzi bez uzależnienia, osoby uzależnione od alkoholu miały istotnie bardziej nasilone objawy psychopatologiczne. Jedynym wyjątkiem była skala somatyzacji, czyli nerwicowych dolegliwości somatycznych, gdzie nie stwierdzono istotnych różnic międzygrupowych. Może się to wiązać z procedurą kwalifikacji do leczenia w OTU; wszyscy klienci po wstępnej kwalifikacji oczekują na miejsce w OTU, uczestnicząc w spotkaniach tzw. grupy wstępnej i zachowując trzeźwość w tym dość długim okresie, nie ma więc osób z objawami zespołu abstynencyjnego. Być może pacjenci OTU badani przez nas tuż przed rozpoczęciem intensywnego programu psychoterapii nie zgłaszają już dolegliwości somatycznych.

Uzależnionych cechowało ponadto słabsze poczucie koherencji i jego dwóch składowych: alkoholicy spozrzegali świat jako mniej zrozumiały, bardziej nieprzewidywalny i zaskakujący, a jednocześnie w mniejszym stopniu podlegający kontroli. Wyniki te są zgodne z cytowanymi w literaturze nielicznymi doniesieniami świadczącymi o niższym poczuciu koherencji osób z uzależnieniami (6, 17). Słabsze poczucie koherencji osób uzależnionych od alkoholu w porównaniu z ludźmi zdrowymi jest także zgodne z założeniami salutogenetycznej teorii Antonovsky'ego, według której SOC wyznacza miejsce jednostki na kontinuum zdrowie – choroba: osoby o silnym poczuciu koherencji znajdują się w pobliżu bieguna „zdrowie”, zaś im słabsze poczucie koherencji, tym bliżej do przeciwnego krańca kontinuum, „choroby”. Zależność tę potwierdza wiele badań empirycznych (1). Interesujące wydaje się też, że alkoholicy mają podobne jak ludzie zdrowi poczucie sensowności (najbardziej zbliżone znaczeniowo do woli życia, apetytu na życie, przekonania, że ma się w życiu coś, co człowieka obchodzi i dla czego warto żyć), natomiast istotnie słabsze są u nich pozostałe dwa składniki SOC: poczucie, że świat jest zrozumiały i przewidywalny, oraz że można mieć wpływ i oddziaływać na swój los, otoczenie, życie. Obniżone wyniki w obu tych podskalach, zrozumiałości i sterowalności, okazały się predyktorami myśli samobójczych i podejmowania dalszych prób samobójczych w ciągu sześciu miesięcy po wypisie ze szpitala osób hospitalizowanych z powodu próby samobójczej (25).

Okazało się też, że w porównaniu z ludźmi zdrowymi alkoholicy inaczej radzą sobie ze stresem (mają silniejszą tendencję do posługiwania się nieprzystosowanym stylem skoncentrowanym na emocjach negatywnych oraz stylem polegającym

na unikaniu problemów poprzez odwracanie uwagi, przy jednocześnie słabszej tendencji do radzenia sobie ze stresem przez koncentrowanie się na zadaniu (styl zadaniowy) i poszukiwanie kontaktów z innymi. Obydwa stwierdzone w naszych badaniach silniejsze u alkoholików style radzenia sobie ze stresem (poprzez koncentrację na emocjach negatywnych, takich jak lęk i poczucie winy, oraz na unikaniu poprzez odwracanie uwagi – np. pójście do kina, zajęcie się czymś innym) są stylami niezadaniowymi, polegają na unikaniu problemu, zamiast prób zmierzenia się z trudnościami. Jest to także zgodne z wielokrotnie opisywaną tendencją alkoholików do posługiwania się mechanizmami zaprzeczania i unikania – jednym ze sposobów unikania może być picie alkoholu.

W innych badaniach naszego zespołu (12) stwierdzono, że wbrew założeniom autorów mierzącej style radzenia sobie ze stresem skali CISS (9, 31) proponowana przez nich skala unikania obejmująca dwa podstyle: unikania przez odwracanie uwagi i unikania przez poszukiwanie kontaktów z ludźmi, w warunkach polskich daje odwrotne korelacje z poczuciem koherencji – poszukiwanie kontaktów z innymi jest charakterystyczne dla ludzi o silnym poczuciu koherencji, podczas gdy unikanie przez odwracanie uwagi od problemu jest stylem stosowanym raczej przez ludzi o słabym poczuciu koherencji. Poszukiwanie kontaktów z innymi ludźmi wydaje się więc w warunkach polskich przystosowawczym stylem radzenia sobie ze stresem, być może jest to różnica kulturowa. Z tego względu w przedstawionej tu analizie wyników nie obliczano ogólnego wyniku w skali unikania, lecz traktowano osobno unikanie poprzez odwracanie uwagi i radzenie sobie przez poszukiwanie kontaktów z innymi ludźmi. Warto zauważyć, że tylko ten pierwszy styl był istotnie chętniej stosowany przez alkoholików niż przez osoby bez uzależnienia.

Zmienną różnicującą osoby uzależnione i zdrowe był też wiek inicjacji alkoholowej, istotnie wcześniejszy u osób uzależnionych od alkoholu. Być może, ma to związek z niższym poczuciem koherencji takich osób w okresie dorastania, z ich większą podatnością na nacisk grupy rówieśniczej, i/lub odmiennymi wzorcami środowiskowymi w tej grupie. Wszystkie te hipotezy można by sprawdzić tylko w badaniach prospektywnych nad czynnikami ryzyka w okresie dorastania. Hipotezy te wydają się jednak prawdopodobne, ponieważ z naszych wcześniejszych badań nad młodzieżą zdrową wynika po pierwsze, że dorastający chłopcy o niższym poczuciu koherencji, jak już wspomniano, piją więcej i to napoje alkoholowe o większej mocy (26), a po drugie, że poczucie koherencji ma związek ze statusem socjoekonomicznym rodziny: jest istotnie niższe u dorastających, którzy oceniają sytuację materialną swojej rodziny jako niekorzystną i których rodzice, szczególnie ojcowie, mają niższy poziom wykształcenia (21). Trzeba tu dodać, że badana grupa alkoholików podejmujących terapię w OTU jest dość wyselekcjonowana, nie tylko przez wykluczanie osób uzależnionych z licznymi przeciwwskazaniami (upośledzeniem umysłowym, ciężkimi stanami somatycznymi, psychozami, zespołami abstynencyjnymi, wyraźnymi zespołami otępiennymi), ale przez wspomniany już wymóg zachowania trzeźwości w okresie uczestniczenia w grupie wstępnej podczas oczekiwania na miejsce w OTU. Wnioski z niniejszego badania trudno więc uogólniać na całą populację alkoholików.

Warto jednak zauważyć, że nawet w tak wyselekcjonowanej grupie osób uzależnionych, prawdopodobnie o wysokiej motywacji do leczenia, poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem okazały się istotnymi korelatami alkoholizmu.

Podsumowując, badanie nasze pokazało, że w porównaniu z osobami zdrowymi alkoholicy inaczej postrzegają świat: jako nieprzewidywalny i mało zrozumiały, na który nie mają wpływu (o czym świadczy obniżenie dwóch składników ich poczucia koherencji – słabsze poczucie zrozumiałości i sterowalności). Takiemu spostrzeganiu świata towarzyszą dwa nieprzystosowawcze style radzenia sobie ze stresem, tzn. koncentracja na emocjach (lęku, złości, niepokoju, poczuciu winy) oraz unikanie przez odwracanie uwagi – jednym ze sposobów takiego unikania może być picie alkoholu. Oba te style radzenia sobie są u osób uzależnionych silniej wyrażone niż u zdrowych, posługujących się raczej stylem skoncentrowanym na zadaniu i radzeniem sobie ze stresem poprzez poszukiwanie kontaktów z innymi ludźmi.

Stwierdziliśmy, że pod względem badanych przez nas zmiennych psychologicznych alkoholicy istotnie różnią się od osób zdrowych. Powstaje pytanie: czy poprzez oddziaływania terapeutyczne można spowodować u osób uzależnionych wzrost poczucia koherencji (zmianę sposobu spostrzegania świata), a także zmienić styl radzenia sobie ze stresem na bardziej przystosowawczy, taki, jak u ludzi zdrowych? Z doniesień w literaturze (28) wynika, że zmiany takie uzyskano u osób zagrożonych chorobą wieńcową. Poszukiwanie odpowiedzi na to pytanie w odniesieniu do osób uzależnionych od alkoholu będzie przedmiotem dalszej części naszego programu badawczego.

STRESZCZENIE

106 osób uzależnionych od alkoholu (71 mężczyzn i 35 kobiet) przed rozpoczęciem programu intensywnego leczenia odwykowego porównywano z grupą 84 osób bez uzależnienia, proporcjonalnie dobraną pod względem płci, wieku i poziomu wykształcenia. Przedmiotem pomiaru były następujące zmienne: natężenie objawów psychopatologicznych (mierzone za pomocą polskiej adaptacji skali HSCL L.Derogatisa), poczucie koherencji (mierzone kwestionariuszem SOC-29 A. Antonovsky'ego w polskiej autoryzowanej adaptacji), styl radzenia sobie ze stresem (mierzony polską wersją skali CISS Endlera i Parkera w adaptacji Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego) oraz zmienne demograficzne i wywiad alkoholowy (w opracowaniu B. Woronowicza). Stwierdzono, że alkoholicy różnią się istotnie od grupy porównawczej w następujących zakresach: 1) mieli istotnie wyższe wyniki w niemal wszystkich skalach objawów psychopatologicznych (poza skalą somatyzacji); 2) poziom ich poczucia koherencji (SOC), a także jego dwóch składowych – poczucia zrozumiałości i sterowalności, był istotnie niższy ($p < 0,0001$); 3) uzależnieni mieli istotnie silniejszą tendencję do radzenia sobie ze stresem poprzez posługiwanie się stylem skoncentrowanym na emocjach i odwracanie uwagi, podczas gdy osoby z grupy porównawczej w istotnie większym stopniu stosowały styl zadaniowy i poszukiwały kontaktów z innymi ludźmi; 4) osoby uza-

leżnione od alkoholu przechodziły inicjację alkoholową istotnie wcześniej niż ludzie nieuzależnieni.

Barbara Mroziak, Stanisław Wójtowicz, Bohdan T. Woronowicz
Psychosocial concomitants of alcohol dependence

SUMMARY

In the study 106 alcoholics (71 males, 35 females, mean age 40.5 years), prior to their entering an in-patient alcohol treatment program, were compared to 84 controls without alcohol dependence. The control group was matched proportionally for age, sex, and educational level. The following psychosocial variables were measured: psychopathological symptoms severity (using a checklist based on the HSCL by Derogatis), sense of coherence (using the SOC-29 questionnaire by Antonovsky, in the Polish authorized adaptation, and coping styles (using the CISS by Endler and Parker, adapted by Szczepanik, Streulau and Wrześniewski). Alcoholics were found to differ significantly from the controls in a number of measures: 1) they had significantly higher scores in almost all symptom scales (except for "somatization"); 2) their SOC level, as well as that of two SOC components (comprehensibility and manageability), was lower ($p < 0.0001$); 3) alcoholics tended to use more emotion-oriented and avoidance-through-distraction coping styles than did controls ($p < 0.0001$), while the latter had a significantly stronger tendency to task-oriented and social diversity styles; 4) in alcohol dependent subjects, as compared to controls, initiation to alcohol drinking occurred at a significantly younger age.

Key words: alcoholism / sense of coherence (SOC) / coping / initiation to alcohol

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. (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.
4. Antonovsky A. (1979): *Health, stress and coping.* San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
5. 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
6. Berg J.E., Andersen S. (1997): Sense of coherence as evaluated by treatment counsellors and substance abusers as an indication of length of stay. *European Addiction Research*, 3,99-102
7. Carstens J.A., Spangenberg J.J. (1997): *Major depression: a breakdown in sense of coherence?* *Psychological Reports* 80, (3 Pt 2), 1211-1220.

8. Cederblad M., Hansson K. (1996): *Sense of coherence – a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group*. *Isr. Journal of Medical Sciences*, 32 (3-4), 194-199.
9. 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.
10. Frenz, A.W., Carey, M.P., Jorgsen-Randall S. (1992): *Psychometric evaluation of Antonovsky's SOC scale*. *Psychological Assessment*, 5,2,145-153.
11. Gochman D.S. (1988): *Health behavior research – present and future*. W: D.S.Gochman (red.) *Health Behavior research. Emerging research perspectives*. New York, Plenum Press.
12. Jelonekiewicz I., Kosińska-Dec K. (1998): *On relations between the sense of coherence (SOC) and coping styles in senior adolescents*. *Polish Psychological Bulletin*, w przygotowaniu.
13. Kosińska-Dec K. (1996): *Poczucie koherencji a style 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 współuzależnionych*. *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. Langius A., Bjorvell H., Antonovsky A. (1992): *The SOC concept and its relation to personality traits in Swedish samples*. *Scand. J. of Caring Sciences*, 6,3,165-171.
17. 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.
18. 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.
19. Mroziak B., Czabała J.C., Zwoliński M. (1996): *Poczucie koherencji (SOC) jako determinant zdrowia psychicznego młodzieży – sprawozdanie z badań pilotażowych*. W: H.Skłodowski (red.) *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, 101-105.
20. Mroziak B., Czabała J.C., Wójtowicz S. (1997a): *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne*. *Psychiatria Polska*, t. XXXI, 3, 257-268.
21. Mroziak B., Czabała J.C., Wójtowicz S. (1997b): *Gender differences in the sense of coherence, primary appraisal, coping styles and health*. Referat przedstawiony na konferencji *Sense of Coherence, Coping and Health*, Konstancin, 23-25 kwietnia.
22. 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.
23. Mroziak B. (1994). *A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC)*. *Nowiny Psychologiczne* 1, 6-16.
24. Noack H. (1991): *Conceptualizing and measuring health*. W: B. Badura, I. Kickbush (red.) *Health promotion research*. WHO Regional Publications No. 37, Kopenhaga
25. Petrie K., Brook R. (1992): *Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide*. *British Journal of Clinical Psychology*, 31 (3), 293-300.

26. 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.
27. Sheridan C.L., Radmacher S.A. (1992): *Health Psychology*. Challenging the biomedical model. New York, Wiley & Sons.
28. Sherwitz L., Ornish D. (1994): *The impact of major lifestyle changes on coronary stenosis, CHD risk factors, and psychological status: Results from the San Francisco Lifestyle Heart Trial*. *Homeostasis in Health and Disease*, vol. 35 (4-5), 190-197.
29. Siwiak-Kobayashi M. (1989): *„Rozpacz i drzenie” po polsku, japońsku i angielsku. Badania transkulturowe nad poznawczymi aspektami zespołów depresyjnych i lękowych*. Warszawa, IPN.
30. Siwiak-Kobayashi M., Dakowska H. (1994): *Coping mechanisms and integrated comprehensive psychotherapy*. Proceedings, 16th International Congress of Psychotherapy, Seoul, Korea.
31. 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.