

TYPY ALKOHOLIZMU U KOBIET

Krzysztof Gąsior

Akademia Świętokrzyska w Kielcach
i Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji w Kielcach

TYPES OF ALCOHOLISM AMONG WOMEN

ABSTRACT – The issue of the research is the correlation between the types of alcoholism among women and the types of response to the same therapeutic program.

The are two main goals of the research:

1) distinction of typological groups of women in context of clinical factors (family history of alcoholism, onset of addiction, premorbid personality traits, criticism and sense of guilty) also in the Cattell's psychometric evaluation of anxiety factors;

2) description of changes in the range of personality structure, self-image and noetic dimension of personality in relation to the types of alcoholism differentiated during therapy.

The research is based on the evaluation of 144 addicted women who took part in 7-week therapeutic program. The cluster analysis shows 3 types of women's alcoholism, which are similar to types described by Cloninger, Babor and Hauser.

Type 1 (neurotic-depressive): without alcoholism in family, increased level of anxiety and considerably intensified pre-disease anxiety-depressive features;

Type 2A (emotionally unstable): alcoholism in family, high level of anxiety and low level of adaptation, emotional instability and considerably high pre-disease asocial traits;

Type 2B (antisocial): alcoholism in family, low level of anxiety and disadaptation, moderate intensity of pre-disease asocial traits.

Women with various types of alcoholism react in different way to the same therapeutic program. The difference appears especially in dissimilar changes in personality features and in noo-dimension of personality.

Key words: women, types of alcoholism, therapy.

STRESZCZENIE – Problematyka badań dotyczyła zależności między typami alkoholizmu u kobiet oraz typem reakcji na jednakowy program terapeutyczny.

Ogólne cele badawcze sformułowano następująco: 1) wyodrębnienie grup typologicznych kobiet w oparciu o czynniki kliniczne (występowanie alkoholizmu w rodzinie, wiek początku uzależnienia, cechy osobowości przedchorobowej, krytycyzm i poczucie winy) oraz w oparciu o psychometryczną oceną czynników niepokoju wg Cattella; 2) określenie zmian w zakresie struktury osobowości, obrazu siebie i noetycznego wymiaru osobowości w zależności od wyodrębnionych typów alkoholizmu w trakcie przebytej terapii.

Badaniom poddano 144 kobiety uzależnione od alkoholu, które przeszły jednakowy 7-tygodniowy program terapeutyczny.

Przeprowadzona analiza skupień pozwoliła na wyodrębnienie trzech typów alkoholizmu u kobiet, zbliżonych do typów opisywanych przez Cloningera, Babora i Hausera:

Typ 1 (z dominującymi cechami osobowości neurotyczno – depresyjnej): bez występowania alkoholizmu w rodzinie, o podwyższonym poziomie niepokoju i znacznie nasilonych przedchorobowych cechach lękowo-depresyjnych;

Typ 2A (z dominującymi cechami osobowości emocjonalnie chwiejnej): z występowaniem alkoholizmu w rodzinie, wysokim poziomem niepokoju i nieprzystosowania oraz znacznie nasilonymi przedchorobowymi cechami asocjalnymi;

Typ 2B (z dominującymi cechami osobowości asocjalnej): z występowaniem alkoholizmu w rodzinie, niskim poziomem niepokoju i nieprzystosowania i umiarkowanym nasileniem przedchorobowych cech asocjalnych.

Kobiety o różnych typach alkoholizmu w odmienny sposób reagowały na jednakowy program terapii. Uwidoczniło się to przede wszystkim poprzez różnicowane zmiany w cechach i noetycznym wymiarze osobowości.

Słowa kluczowe: kobiety, typy alkoholizmu, terapia.

WSTĘP

W ostatnich trzech dekadach w większości krajów uprzemysłowionych zaobserwowano zmniejszanie się różnic między mężczyznami a kobietami zarówno w odniesieniu do ilości wypijanego alkoholu, jak i częstości problemów związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu. Kobiety wypijają około 25-30% alkoholu, a proporcja uzależnionych kobiet do mężczyzn stale się zmniejsza i wynosi obecnie około 1:4, ponadto u 4-7% kobiet występują problemy alkoholowe (1, 2, 17, 30, 33). Wydaje się, że w niektórych krajach, jak np. USA, dzięki odpowiednio prowadzonej profilaktyce i terapii zahamowano te niekorzystne trendy. W Polsce jesteśmy najprawdopodobniej jeszcze przed apogeum ujawnienia problemów alkoholowych u kobiet. Spadkowa tendencja spożycia alkoholu *per capita*, obserwowana pod koniec lat dziewięćdziesiątych, minęła. Od roku 2002 obserwujemy ponownie znaczące zwiększenie jego spożycia. Z badań epidemiologicznych wynika, że obecnie najbardziej narażone grupy społeczne na pojawianie się problemów alkoholowych to młodzież i kobiety (30, 32). Z danych z badań prowadzonych w latach 2000-2001 (32, 34, 35) wynika, że proporcja ryzykownie pijących dziewcząt do chłopców wynosiła 1:2, zaś w tym samym czasie proporcja kobiet podejmujących leczenie odwy-

kowe w stosunku do mężczyzn wyniosła 1:4. W ciągu niespełna 10 lat ta ostatnia proporcja uległa zmniejszeniu z 1:10, co z jednej strony wskazuje na narastanie liczby problemów alkoholowych, z drugiej zaś - na większą odwagę w podejmowaniu leczenia przez kobiety. Jest ona niezbędna, ponieważ istnieje jeszcze wiele obiegowych mitów na temat trudności w przebiegu, leczeniu alkoholizmu i jego efektach u kobiet. Do dziś w piśmiennictwie można spotkać opinie o „złośliwym” przebiegu alkoholizmu u kobiet.

Specyfika problemów alkoholowych kobiet

Od dawna zwracano uwagę na odmiennosc i specyfikę alkoholizowania się kobiet. Zwiększenie liczby problemów alkoholowych w tej populacji spowodowało podjęcie szeregu prac badawczych i analiz teoretycznych skoncentrowanych na tej problematyce (3, 7, 13, 15, 16, 17, 24, 25, 28, 29). Najczęściej wymienia się następujące różnice związane z płcią, a dotyczące przebiegu i leczenia uzależnienia u kobiet:

1. Kobiety zazwyczaj w późniejszym wieku niż mężczyźni zaczynają nadużywać alkoholu, jednak wśród dziewcząt ujawniają się tendencje do upodabniania się ich stylu picia do stylu picia przez chłopców. W odróżnieniu od mężczyzn, kobiety doświadczają szybciej i więcej negatywnych skutków nadużywania alkoholu i to zarówno w wymiarze biologicznym, psychologicznym, jak i społecznym. Szybkie narastanie negatywnych skutków nadużywania alkoholu określa się jako „teleskopowy rozwój uzależnienia u kobiet”.

2. Występowanie alkoholizmu w rodzinie, choć prawdopodobnie pełni mniejszą rolę w jego powstawaniu niż u mężczyzn, ale jest również istotne. Obciążenia środowiskowe, zaburzenia seksualne, lękowo-depresyjne cechy osobowości i zamieszkiwanie z pijącym partnerem w sposób istotny zwiększają ryzyko uzależnienia się od alkoholu u kobiet.

3. Kobiety, które podejmują leczenie zgłaszają więcej różnorodnych problemów związanych z życiem rodzinnym, osobistym, finansami, pracą zawodową i zdrowiem niż mężczyźni. To właśnie owe problemy stają się często głównym motywem podejmowania leczenia.

4. U kobiet w połączeniu z alkoholizmem w odróżnieniu od mężczyzn występuje więcej problemów psychicznych i emocjonalnych, zwłaszcza związanych z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Mają też zazwyczaj większe poczucie winy i większy krytycyzm wobec uzależnienia niż mężczyźni.

5. Najbardziej znaczącymi zwiastunami pojawienia się problemów alkoholowych u kobiet są: początek nadużywania alkoholu w wieku dorastania, przebywanie w nieformalnym związku z partnerem nadużywającym alkoholu, zaburzenia seksualne i/lub wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, zaburzenia depresyjne i/lub lękowe, przyjmowanie leków i innych substancji psychoaktywnych,

6. Chociaż jest mało bezpośrednich dowodów dotyczących właściwego doboru celów i metod leczenia w zależności od płci lub typów alkoholizmu, wśród terapeu-

tów panuje zgodność, że u alkoholiczek występują swoiste potrzeby fizyczne oraz społeczne oraz problemy psychologiczne. Stąd też konieczne jest budowanie specjalnych programów leczenia dla kobiet uzależnionych od alkoholu.

Typologie alkoholizmu

Zmienność obrazu powstawania i przebiegu uzależnienia, różnice w modelach picia, w wieku, w jakim się ono pojawia, wreszcie różnice dotyczące płci, wskazują na to, że uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem heterogennym i najprawdopodobniej istnieje więcej niż jeden typ alkoholizmu. W latach 80. i 90. XX w. pojawiły się liczne nowe typologie alkoholizmu (4, 5, 10, 11, 12). Do najbardziej znanych należą: klasyfikacja Cloningera (10, 12, 16, 18, 31) oraz wielowymiarowy model Babora i wsp. (4, 5). Warto wspomnieć o polskich badaniach nad typologią alkoholizmu u mężczyzn, prowadzonych przez Hauser (20).

Typologia Cloningera (1987). Cloninger i wsp. (10, 11, 12, 31) przedstawili bardzo interesujący oraz dobrze zweryfikowany teoretycznie i klinicznie model typologii alkoholizmu. Zebrali dane 862 mężczyzn adoptowanych we wczesnym okresie życia. Badaniami objęto rodziców biologicznych jak i adopcyjnych. Celem było prześledzenie interakcji czynników genetycznych i środowiskowych w powstawaniu i przebiegu alkoholizmu. Szczegółowa analiza doprowadziła do wyodrębnienia dwóch grup badanych ze względu na wzorce picia i cechy biologiczne rodziców, predysponujące do alkoholizmu. W połowie lat dziewięćdziesiątych Sigvardson i wsp. (31) przeprowadzili powtórne badania nad typami alkoholizmu stosując tę samą procedurę i metodologię, jaką zastosowali Cloninger i wsp. Potwierdzono wiele wcześniej uzyskanych w badaniach sztokholmskich wyników, ale były też i różnice. Podsumowując jednak oba badania stwierdzić można, że (12):

– **typ 1 alkoholizmu** (zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet) wiąże się z predyspozycjami wynikającymi z podłoża genetycznego i czynników środowiskowych, charakteryzuje się on zazwyczaj łagodnym (lub intensywnym) nadużywaniem alkoholu, utratą kontroli nad piciem, wzmożonym poczuciem winy i lękiem przed uzależnieniem, początek alkoholizmu pojawia się już w wieku dorosłym (po 25 r.ż.). Cloninger twierdzi, że w podtypie tym generalnie rejestruje się wysoki poziom unikania sytuacji stresujących, małą potrzebę poszukiwania nowości, a główną motywacją do picia jest zmniejszenie niepokoju i lęku,

– **typ 2 alkoholizmu** (najczęściej występujący u mężczyzn) wynika przede wszystkim z predyspozycji genetycznych, wpływ środowiska jest niewielki. Podtyp ten charakteryzuje silna potrzeba picia połączona z niemożnością powstrzymywania się od picia, wczesny (przed 25 r.ż.) początek uzależnienia, jak i pojawiania się zachowań antyspołecznych i przestępczych. Najczęściej występująca cecha osobowości, to poszukiwanie nowości, zaś główna motywacja do picia to chęć osiągnięcia stanu euforii.

Cloninger podkreśla, że „oba podtypy reprezentują wzorce lub krańcowe formy manifestowania się jednego zjawiska, jakim jest alkoholizm” (12). Niektórzy badacze, jak np. Hill, opierając się na koncepcji Cloningera postulowali tworzenie III

typu alkoholizmu, niezwiązanego bezpośrednio z patologią społeczną, lecz cechującego się ciężkim przebiegiem (za: 20). W Polsce typologia Cloningera spotkała się ze znacznym zainteresowaniem (18).

Wielowymiarowy model Babora (1992) Babor i wsp. (4, 5) oceniali wiele czynników potencjalnie różnicujących typy alkoholizmu. W wyniku zastosowania analizy skupień oraz przyjęcia takich kryteriów różnicujących, jak: przedchorobowe czynniki ryzyka (obciążenia dziedziczne, zaburzenia w okresie dzieciństwa, wczesne problemy z piciem i in.), używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (ilość i częstość picia, używanie innych substancji psychoaktywnych), konsekwencje zdrowotne i przewlekłość picia (nasilenie uzależnienia, szkody zdrowotne, konsekwencje społeczne i in.) oraz zaburzenia psychiczne (depresja, osobowość antysocjalna, lęk) wyodrębniono 16 cech różnicujących dwa skupienia, dwa typy alkoholizmu: typ A i typ B. Oba typy zostały scharakteryzowane w następujący sposób (4, 5):

– **typ A** – charakteryzuje się późnym początkiem uzależnienia, występowaniem mniejszej liczby czynników ryzyka w dzieciństwie (zaburzenia zachowania, problemy wychowawcze), mniejszą głębokością uzależnienia oraz mniejszym nasileniem problemów społecznych spowodowanych piciem, w typie tym obserwuje się również mniejszą liczbę zaburzeń psychicznych,

– **typ B** – charakteryzuje się wczesnym początkiem uzależnienia, występowaniem większej liczby czynników ryzyka w dzieciństwie łącznie z alkoholizmem w rodzinie, ponadto występuje tu większa głębokość i nasilenie uzależnienia oraz używanie innych substancji psychoaktywnych, zdecydowanie więcej występuje zaburzeń psychicznych, częściej też zdarzają się nawroty ostrego picia w trakcie leczenia.

Warto zwrócić uwagę, że klasyfikacja Babora dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn, a wielokrotne powtórzenie badań nad tą typologią potwierdziło różnice w proporcjach mężczyzn i kobiet w zależności od typów (por. 13, 14, 22, 29). W typie B mężczyźni stanowią zdecydowaną większość, w typie A płeć rozkłada się dość podobnie. Typologie Babora i wsp. oraz Cloningera są do siebie podobne (6).

Model Hauser (1996). Hauser dokonała analizy typologicznej mężczyzn uzależnionych od alkoholu (296 osób leczonych szpitalnie) z wykorzystaniem analizy skupień (20). Badania te metodologicznie bardzo skrupulatnie przygotowane należą do najciekawszych przeprowadzonych na gruncie polskim. Dokonując analizy typologicznej uzależnionych mężczyzn Hauser oparła się o następujące kryteria: wiek początku uzależnienia, obciążenia rodzinne problemem alkoholowym, występowanie innych zaburzeń psychicznych, występowanie chorób somatycznych, głębokość uzależnienia (20). Wyodrębniła ona dwie a następnie trzy grupy typologiczne zróżnicowane pod względem czynników klinicznych:

– **typ 1:** późny początek uzależnienia, brak lub małe obciążenia rodzinne alkoholizmem, małe nasilenie głębokości uzależnienia, rzadkie występowanie chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych,

– **typ 2:** wczesny początek uzależnienia, znaczne obciążenia rodzinne alkoholizmem, głęboki stopień uzależnienia, rzadkie występowanie chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych,

– typ 3: wczesny wiek początku uzależnienia, małe obciążenia rodzinne uzależnieniem, głęboki stopień uzależnienia, częste występowanie zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych (20, s. 95-96).

Wyodrębniona trzecia grupa typologiczna dotyczy osób, u których alkoholizm wiąże się z współwystępowaniem innych głębokich zaburzeń psychicznych lub chorób somatycznych. Spośród różnorodnych klasyfikacji najbardziej podobny do tego typu jest typ „psychotyczny” alkoholizmu wg Lescha. Ani Babor ani Cloninger nie uwzględniają tego typu, choć ten ostatni wyraźnie podkreśla, że opisywane przez niego dwa typy są tylko krańcowymi formami alkoholizmu. Ponadto warto przypomnieć, że Babor i wsp. w swoich wcześniejszych badaniach wyodrębnili 3 i 4 skupienia alkoholików. Ze względu na znaczne trudności interpretacyjne nie dokonali ich charakterystyki klinicznej.

Typ 1 alkoholizmu opisany przez Hauser odpowiada typowi 1 wg Cloningera, typowi A wg Babora. Typ 2 alkoholizmu wg Hauser odpowiada typowi 2 wg Cloningera oraz typowi B w klasyfikacji Babora. Typ 3 wg Hauser charakteryzuje się wczesnym początkiem choroby oraz najczęstszym występowaniem innych zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych. Choć Babor i Cloninger nie wyodrębnili tego typu, ale mieści się on w typie 2 wg Cloningera oraz typie B wg Babora.

Prawdopodobnie w niektórych typach alkoholizmu większe i silniejsze znaczenie mają wpływy genetyczne, w innych zaś środowiskowe. Badania nad podtypami alkoholizmu prowadzone były głównie wśród mężczyzn. Stosunkowo niewiele z nich prowadzono w odniesieniu do kobiet. Podobnie rzecz ma się, jeśli idzie o ocenę skuteczności czy reakcji na terapię w kontekście doboru płci i/lub typu alkoholizmu do typu terapii. Najszerze w tym zakresie badania prowadzone w USA w latach dziewięćdziesiątych (27) przyniosły jednak więcej niejasności i pytań niż zdecydowanych odpowiedzi.

METODA

Praca niniejsza koncentruje się na osobowościowych i typologicznych uwarunkowaniach przebiegu terapii u kobiet uzależnionych od alkoholu leczonych stacjonarnie. Podstawowy problem pracy zawiera się w pytaniu, jakie zależności zachodzą między wyodrębnionymi (ze względu na określone cechy kliniczne i osobowościowe) typami alkoholizmu kobiet a sposobami reakcji na jednakowy program terapeutyczny uwidoczniającymi się poprzez zmiany w obrazie siebie oraz w cechach osobowości i noetycznym wymiarze egzystencji?

Tak postawiony problem pozwala na sformułowanie następujących ogólnych celów badawczych:

1. Wyodrębnienie znaczących grup typologicznych kobiet uzależnionych od alkoholu:

– w oparciu o czynniki kliniczne: obciążenia rodzinne problemem alkoholowym, wiek początku uzależnienia, nasilenie przedchorobowych cech antysocjalnych lub neurotyczno-depresyjnych, krytycyzm i poczucie winy;

– oraz w oparciu o psychometryczną ocenę osobowościowych czynników niepokoję wg Cattella,

2. Określenie dynamiki zmian w zakresie ogólnej struktury osobowości, obrazu siebie i noetycznego wymiaru osobowości kobiet w zależności od wyodrębnionych typów alkoholizmu w trakcie przebytej terapii.

Aby osiągnąć zamierzone cele zaprojektowane zostały badania psychologiczne.

Badaniami objęte zostały 144 kobiety z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu leczone w oddziale odwykowym dla kobiet. Kobiety te uczestniczyły w siedmiotygodniowym programie psychoterapii uzależnienia od alkoholu, spełniały kryteria uzależnienia wg ICD-10, była to ich pierwsza próba leczenia stacjonarnego. Badania objęły kobiety, które dobrowolnie podjęły i ukończyły terapię uzależnienia.

W celu zebrania podstawowego materiału empirycznego zastosowane zostały następujące narzędzia badawcze:

– Wywiad biograficzno – kliniczny zebrany w oparciu o analizę zgromadzonej dokumentacji,

– Kwestionariusz Osobowościowy CAQ; cz. I., K.H. Delhees, R.B. Cattell (służy do badania struktury osobowości wg koncepcji Cattella) (9),

– Test Przymiotników ACL Gougha i Heilbrune’a (służy do badania obrazu siebie),

– Test Noo-Dynamiki Popielskiego (służy do badania noetycznego wymiaru osobowości związanego ze specyficznie ludzką „potrzebą potrzeb”, jaką jest nadawanie swemu życiu sensu) (26).

Badania psychometryczne przeprowadzano dwukrotnie: na początku i na końcu terapii. Początkowo badana grupa podzielona została na dwie podgrupy ze względu na określony typ alkoholizmu w ujęciu Cloningera. Podziału dokonano metodą kompetentnych sędziów (sędziami byli: psycholog kliniczny i lekarz psychiatra). Przyjęte kryteria (za: 19) różnicują typ 1 i 2 alkoholizmu wg Cloningera i stanowią je: wiek początku uzależnienia, obciążenia rodzinne alkoholizmem, dominujące asocjalne lub neurotyczno-depresyjne cechy osobowości przedchorobowej oraz krytycyzm wobec uzależnienia. Niektóre klasyfikacje typologiczne (23) oprócz cech klinicznych czy cech osobowości przedchorobowej uwzględniają również aktualne cechy osobowości (por. hybrydowy model typologiczny Morey’a i Skinnera, w którym wyodrębniono 3 typy alkoholizmu). Z tego względu zdecydowano się na poszerzenie analizy czynników różnicujących typy o osobowościowe czynniki niepokoju w ujęciu Cattella (9, 26). Przy pomocy analizy skupień dokonano podziału na trzy grupy, trzy typy alkoholizmu. W wyodrębnionych trzech grupach dokonano ponownego pomiaru po ukończeniu przez badane terapii, a uzyskane wyniki porównano z pierwotnymi pomiarami. Do analiz statystycznych zastosowano m.in. jednoczynnikową analizę wariancji, test różnicy średnich t-Studenta oraz analizę regresji wielokrotnej.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I WNIOSKI

Wywiad biograficzno-kliniczny zebrany bezpośrednio od badanych kobiet oraz w oparciu o analizę dokumentacji szpitalnej pozwolił na dokonanie następującej ogólnej charakterystyki badanych kobiet:

1. W badanej grupie prawie połowa (49%) kobiet wychowywała się w rodzinie, gdzie głównie ojciec, czasem matka byli uzależnieni od alkoholu, warto zwrócić uwagę, że u ponad 22% badanych rodzeństwo też miało problemy z alkoholem, a prawie 44% miało męża lub partnera uzależnionego od alkoholu, wskazuje to na występowanie wyraźnych obciążeń rodzinnych alkoholizmem, u 20% badanych kobiet występowało nadużywanie leków,

2. Ponad połowa (58%) badanych kobiet początek nadużywania alkoholu lokowała powyżej 25 r.ż., niemniej najliczniejszy przedział wiekowy związany z początkiem nadużywania alkoholu to 21-25 lat (40%),

3. U 30% kobiet wystąpiły głębsze zaburzenia psychiczne: majaczenie alkoholowe, halucynozja, stan przedmajaczeniowy, napad drgawkowy,

4. Kobiety żyjące samotnie (wdowy, rozwiedzione lub stanu wolnego) stanowiły 35% badanych, 17% z nich zamieszkuje samotnie,

5. W badanej grupie przeważają kobiety z wykształceniem średnim (47%),

6. Sytuację materialną jako złą lub zagrażającą postrzegało 65% badanych, podobnie oceniano też sytuację rodzinną (64%), 58% kobiet sytuację zawodową oceniło jako złą lub zagrażającą, większość badanych kobiet (70%) dobrze oceniła swój stan zdrowotny.

Badana grupa kobiet uzależnionych od alkoholu znajduje się w trudnej sytuacji zdrowotnej, rodzinnej, zawodowej i społecznej. Przytoczone dane wskazują na silnie destrukcyjny i „teleskopowy” rozwój uzależnienia. Częste obciążenia rodzinne alkoholizmem, przebywanie z pijącym partnerem oraz inne, wymienione wyżej, niekorzystne czynniki stanowiąc mogą znaczne utrudnienie dla procesu terapii.

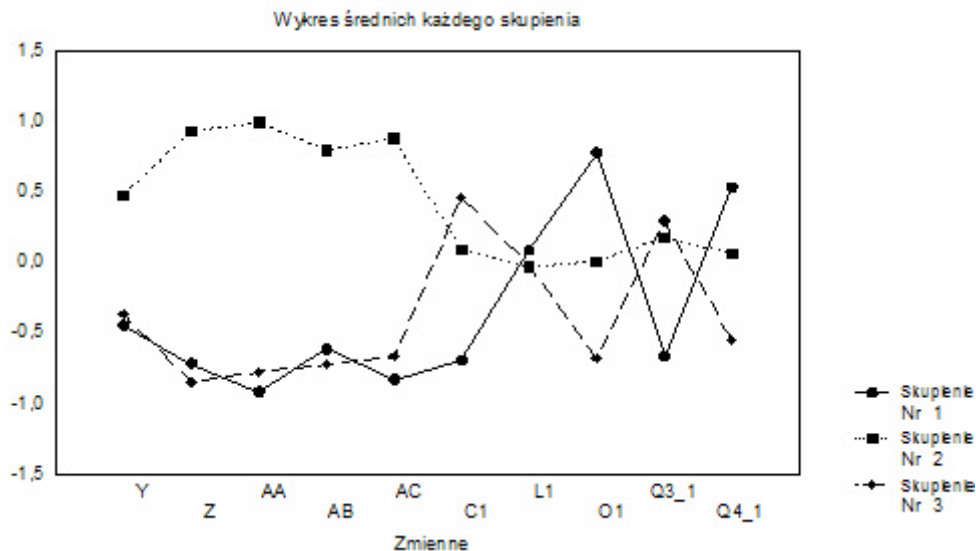
Typy alkoholizmu u kobiet

Przeprowadzona analiza skupień, w której wzięto pod uwagę zarówno czynniki kliniczne, jak i wybrane cechy osobowości, pozwoliła na wyodrębnienie 3 skupień (ryc. 1 i tab.1). Wyodrębniono trzy typy (grupy typologiczne) kobiet uzależnionych od alkoholu.

Uzyskane typy charakteryzowały się następującymi właściwościami (cechami):

– typ 1 (bez obciążeń rodzinnych, podwyższony poziom niepokoju i znaczne nasilenie przedchorobowych cech lękowo-depresyjnych): niewielki stopień obciążeń rodzinnych alkoholizmem, późne zapoczątkowanie nadużywania alkoholu, znaczne nasilenie przedchorobowych cech depresyjno-lękowych, znaczne nasilenie krytycyzmu, podwyższony poziom niepokoju, raczej dobra ocena sytuacji zawodowej, materialnej i rodzinnej, ciąg alkoholowy jako dominujący motyw podejmowania leczenia. Typ ten nazwać można typem alkoholizmu z dominującymi cechami osobowości neurotyczno-depresyjnej.

– typ 2A (obciążenia rodzinne alkoholizmem, wysoki poziom niepokoju i nieprzystosowania oraz znaczne nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych): częste występowanie alkoholizmu w rodzinie, wczesny początek nadużywania alkoholu, znaczne nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych, mały krytycyzm, bardzo wysoki



Rycina 1. Charakterystyka 3 skupień wyodrębnionych w oparciu o kryteria różnicujące typy alkoholizmu. Y – występowanie alkoholizmu w rodzinie, Z – początek nadużywania alkoholu, AA – cechy neurotyczne, AB – cechy antyspoleczne, AC – krytycyzm wobec uzależnienia. Czynniki niepokoju wg Cattella: C – siła ego, L – podejrzliwość, O – pewność siebie, Q3 – samoocena, Q4 – napięcie wewnętrzne.

TABELA 1
Analiza wariancji różnicowania skupień pod względem nasilenia każdej z uwzględnionych zmiennych.

	Między SS	df	Wewn. SS	df	F	Istotn. p
Y	27,9611	2	115,0388	141	17,1356	0,000000
Z	105,4054	2	37,5945	141	197,6639	0,000000
AA	120,5446	2	22,4554	141	378,4574	0,000000
AB	76,9626	2	66,0373	141	82,1636	0,000000
AC	94,5940	2	48,4060	141	137,7696	0,000000
C	26,6267	2	116,3733	141	16,1307	0,000000
L	0,3638	2	142,6362	141	0,1798	0,835625
O	41,3280	2	101,6720	141	28,6571	0,000000
Q3	21,4561	2	121,5439	141	12,4453	0,000011
Q4	23,3910	2	119,6090	141	13,7871	0,000003

poziom nasilenia niepokoju, zła ocena sytuacji zawodowej, materialnej i rodzinnej, ciągły alkoholizm i psychoza alkoholowa jako dominujące powody podejmowania leczenia. Przedstawiona charakterystyka tego typu wydaje się wskazywać na występowanie u pacjentek tej grupy cech osobowości emocjonalnie chwiejnej (borderline), które przejawiają się wysokim poziomem niepokoju, chwiejnością emocjonalną, słabością ego, zmiennością obrazu siebie, zaburzeniami w kontaktach międzyludzkich.

– typ 2B (obciążenia rodzinne alkoholizmem, niski poziom niepokoju i umiarkowane nasilenie przedchorobowych cech socjalnych): częste występowanie alkoholizmu w rodzinie, wczesny początek nadużywania alkoholu, umiarkowane nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych, umiarkowane nasilenie krytycyzmu, małe nasilenie niepokoju, zagrażająca ocena sytuacji zawodowej, materialnej i rodzinnej, ciąg alkoholowy lub nakaz sądowy jako dominujące powody podejmowania leczenia (typ ten nazwać można typem alkoholizmu z dominującymi cechami antysocjalnymi osobowości).

Dynamika struktury osobowości, obrazu siebie i noetycznego wymiaru osobowości w zależności od typu alkoholizmu

Analiza struktury osobowości (tab. 2 i 3), obrazu siebie i noetycznego wymiaru osobowości (tab. 4 i 5) w badaniu przeprowadzonym przed i po terapii pozwoliła stwierdzić, że przynależność do grupy typologicznej determinuje sposób reakcji na terapię, co przejawia się poprzez zróżnicowaną dynamikę zmian cech osobowości, obrazu siebie i noetycznego wymiaru osobowości. Osobowościowe uwarunkowania przebiegu terapii w zależności od typu alkoholizmu kobiet przedstawiają się następująco:

– Typ 1 (z dominującymi cechami osobowości neurotyczno- depresyjnej) cechowały największe zmiany wśród badanych kobiet w zakresie struktury osobowości, obrazu siebie i noetycznego wymiaru osobowości. Zmiany te dotyczyły nie tylko

TABELA 2

Porównanie średnich arytmetycznych profili osobowości testu CAQ 3 grup (T1,T2A,T2B) przed terapią.

Czynnik	I	II	III	F	P	Istotne statystycznie różnice w parach (test Duncana) p=0,05)
	Typ T1	Typ 2A	Typ 2B			
A	5,59	6,31	5,24	2,91	0,057#	II z III
C	3,58	2,39	4,14	16,13	0,000	Grupy różnią się istotnie
E	3,97	2,97	4,90	12,63	0,000	Grupy różnią się istotnie
F	2,64	3,31	3,10	1,57	n.i.	Brak różnic
G	6,26	5,69	5,21	4,53	0,012	I z III
H	3,73	2,78	4,40	7,36	0,001	II z I; II z III
I	5,56	6,61	4,90	7,31	0,001	II z I; II z III
L	6,20	6,39	6,21	0,18	n.i.	Brak różnic
M	5,42	6,42	5,07	4,16	0,017	II z I; II z III
N	5,08	3,39	5,95	10,34	0,000	II z I; II z III
O	7,64	9,25	6,19	28,66	0,000	Grupy różnią się istotnie
Q1	4,85	5,53	4,81	3,11	0,048	II z I; II z III
Q2	5,94	5,92	5,00	3,62	0,031	III z I; III z II
Q3	5,50	3,83	5,74	12,45	0,000	II z I; II z III
Q4	6,23	7,14	5,02	13,79	0,000	Grupy różnią się istotnie

– trend statystyczny

TABELA 3
Porównanie struktury osobowości grup T1, T2A, T2B po terapii.

Czynnik	I	II	III			Istotne statystycznie różnice w parach (test Duncana) $p=0,05$
	Typ T1	Typ T2A	Typ T2B	F	p	
A	5,53	6,11	5,74	0,92	n.i.	Brak różnic
C	4,05	3,00	4,26	8,14	0,000	II z I; II z III
E	4,38	3,36	5,31	9,93	0,000	Grupy różnią się istotnie
F	2,76	3,03	3,38	1,77	n.i.	Brak różnic
G	6,44	6,28	5,79	2,20	n.i.	Brak różnic
H	4,14	3,22	4,88	7,12	0,001	II z I; II z III
I	5,52	6,31	5,05	3,66	0,028	II z III
L	6,50	6,44	6,14	0,53	n.i.	Brak różnic
M	5,26	6,03	4,98	2,59	0,079*	II z III
N	5,15	3,58	5,69	8,28	0,000	II z I; II z III
O	6,39	8,19	5,21	20,04	0,000	Grupy różnią się istotnie
Q1	4,52	5,25	4,60	2,67	0,073*	I z II
Q2	6,09	6,61	5,12	5,85	0,004	I z III; II z III
Q3	6,05	4,47	6,55	11,65	0,000	II z I; II z III
Q4	5,38	5,72	5,21	0,55	n.i.	Brak różnic

ogólnego poziomu niepokoju, który wyraźnie zmaleł, ale wzrosła też siła ego, niezależność i śmiałość w kontaktach z innymi. Pacjentki o typie T1 bardzo wyraźnie zareagowały na terapię poprzez zmiany przejawiające się w noetycznym wymiarze osobowości. Istotnej zmianie uległo odniesienie do jakości noetycznych i wartości oraz temporalności noetycznych. Skoncentrowane na terażniejszości nie odrzucają przeszłości, a w przyszłość patrzą z pewną nadzieją. Również znaczne (choć nie aż tak radykalne) zmiany zaszły w aktywnościach i postawach noetycznych.

Podsumowując: w przypadku typu kobiet T1 najbardziej widoczne zmiany po ukończeniu terapii dotyczą przystosowania oraz aktywności noodynamicznej, kobiety te otwarły się na wartości egzystencjalne i wzrosła u nich zdolność do radzenia sobie z emocjami oraz wzrosły zdolności przystosowawcze.

– Typ T2A (z dominującymi cechami osobowości emocjonalnie chwiejnej – borderline) stanowi najbardziej zaburzoną grupę pacjentek uzależnionych od alkoholu. Z tego też względu reakcja na terapię w grupie tej, w porównaniu z innymi grupami, okazała się najslabsza. Poczucie zmian u tych pacjentek, uwidocznione w realnym obrazie siebie, jest bardzo duże. Niemniej zmiany zarówno w cechach osobowości, jak i w noetycznym wymiarze osobowości, nie potwierdzają zakresu tych subiektywnych odczuć. W tej grupie istotnie zmniejszyło się nasilenie niepokoju, ale nadal utrzymuje się na wysokim poziomie. Znaczące zmiany wystąpiły w noetycznym wymiarze osobowości. Dotyczą głównie odniesienia się do jakości noetycznych i wartości. Najmniejsze zmiany obserwuje się w aktywnościach noetycznych, które odnoszą się do zachowaniowego aspektu noodynamiki. Badane kobiety o typie T2A,

doświadczając potrzeb związanych z jakościami egzystencjalnymi, nie potrafią jeszcze uruchomić w odpowiednim zakresie aktywności noodynamicznych. Brak im nooumiejętności w spełnianiu i realizowaniu jakości egzystencjalnych. Powyższy opis potwierdza w tym typie dominację zaburzeń charakterystycznych dla borderline.

TABELA 4
Wyniki TND. Porównanie grup w zależności od typu alkoholizmu przed terapią.

Czynnik	grupa 1 T2A		grupa 2 T1		grupa 3 T2B		Test post-hoc*
	M	SD	M	SD	M	SD	
I. JAKOŚCI NOETYCZNE							
1. Wolność	2,56	0,607	3,03	0,710	2,88	0,716	1-2; 1-3
2. Odpowiedzialność	3,44	0,786	3,59	0,715	3,42	0,654	n.z.
3. Godność	3,25	0,638	3,40	0,595	3,29	0,693	n.z.
4. Wartość	3,57	0,774	3,78	0,779	3,86	0,828	n.z.
5. Znaczenie/Sens	3,43	0,691	3,53	0,731	3,63	0,810	n.z.
6. Dążenie/Wola	2,88	0,842	3,10	0,749	3,32	0,760	1-3
7. Odniesienie „ku...”	3,76	0,638	3,59	0,606	3,76	0,623	n.z.
8. Życzliwość/Miłość	3,83	0,654	3,77	0,675	3,90	0,558	n.z.
9. Cierpienie	3,24	0,784	3,35	0,712	3,35	0,681	n.z.
10. Nadzieja/Zaufanie	2,90	0,833	3,35	0,861	3,52	0,722	1-2; 1-3
11. Otwartość osobowa	3,62	0,994	3,74	0,863	3,78	0,875	n.z.
12. Cele/Ukierunkowanie	3,01	0,946	3,13	0,751	3,52	0,839	n.z.
13. Akceptacja bycia	2,31	1,007	2,69	0,910	2,98	0,908	1-3
14. Podmiotowość	3,29	0,651	3,39	0,715	3,39	0,564	n.z.
II. TEMPORALNOŚĆ NOETYCZNA							
15. Przeszłość/przedtem	2,85	1,048	3,17	0,990	3,23	0,835	n.z.
16. Teraz/teraz	3,44	1,126	3,35	0,928	3,50	1,024	n.z.
17. Przyszłość/potem	2,83	1,056	2,98	1,142	3,32	0,955	n.z.
III. AKTYWNOŚĆ NOETYCZNA							
18. Samopotwierdzenie	1,64	0,771	2,04	0,986	2,19	0,890	1-2; 1-3
19. Autotranscendencja	3,14	0,859	3,39	0,731	3,20	0,766	n.z.
20. Autodystans	2,56	1,061	2,80	0,911	2,96	0,807	n.z.
21. Życie jako zadanie	3,72	0,914	3,79	0,899	3,95	0,854	n.z.
22. Satysfakcja z osiągnięć	1,89	0,895	2,44	1,069	2,32	0,818	1-2; 1-3
23. Kierowanie się sumieniem	3,67	0,845	3,67	0,730	3,46	0,461	n.z.
24. Akceptacja życia	3,08	0,832	3,33	0,786	3,46	0,807	1-3
25. Kreatywność	3,53	0,948	3,63	0,900	3,82	0,909	n.z.
26. Nastawienie dialogalne	3,17	1,042	3,33	0,982	3,62	0,756	1-3
27. Gotowość do wyrzeczeń	3,69	0,864	3,60	0,781	3,70	0,797	n.z.
28. Akceptacja drugich	3,28	0,898	3,40	0,708	3,63	0,725	n.z.
29. Otwartość na drugiego	3,90	0,970	4,36	0,630	4,24	0,692	1-2; 1-3
30. Własna ocena sensu życia	3,10	1,126	3,76	1,027	3,75	0,958	1-2; 1-3
IV. POSTAWY NOETYCZNE							
31. Postawa wobec sukcesu	3,51	0,960	3,83	0,761	3,83	0,746	2-3
32. Postawa wobec śmierci	2,93	1,271	2,86	1,132	2,95	1,047	n.z.
33. Postawa zaangażowania	3,43	0,972	3,79	0,842	3,68	0,832	n.z.
34. Postawa intelektualna	3,10	0,838	3,11	0,854	3,37	0,797	n.z.
35. Postawa emocjonalna	2,78	0,806	3,21	0,907	3,16	0,737	1-2; 1-3
36. Postawa egzystencjalna	3,51	1,059	3,92	0,860	3,77	1,094	n.z.

* Test Duncana różnic między grupami. Wykazano tylko istotne statystycznie ($p < 0,05$) różnice między poszczególnymi grupami badanych kobiet.

TABELA 5
Wyniki TND. Porównanie grup w zależności od typu alkoholizmu po terapii.

Czynnik	grupa 1 T2A		grupa 2 T1		grupa 3 T2B		Test post-hoc*
	M	SD	M	SD	M	SD	
I. JAKOŚCI NOETYCZNE							
1. Wolność	3,26	0,738	3,68	0,758	3,63	0,644	1-2; 1-3
2. Odpowiedzialność	3,71	0,814	3,87	0,671	3,92	0,596	n.z.
3. Godność	3,76	0,688	4,05	0,683	4,11	0,550	1-2; 1-3
4. Wartość	3,94	0,813	4,27	0,728	4,32	0,598	1-2; 1-3
5. Znaczenie/Sens	3,76	0,753	3,98	0,807	4,00	0,642	n.z.
6. Dążenie/Wola	3,10	0,943	3,70	0,743	3,83	0,617	1-3
7. Odniesienie „ku...”	3,78	0,560	3,87	0,710	3,91	0,656	n.z.
8. Życzliwość/Miłość	3,77	0,678	4,02	0,646	3,95	0,643	n.z.
9. Cierpienie	3,35	0,775	3,47	0,814	3,84	0,702	n.z.
10. Nadzieja/Zaufanie	3,49	0,806	3,97	0,714	4,10	0,571	1-2; 1-3
11. Otwartość osobowa	4,13	0,785	4,35	0,739	4,20	0,818	n.z.
12. Cele/Ukierunkowanie	3,25	0,943	3,58	0,804	3,80	0,746	1-3
13. Akceptacja bycia	2,97	0,860	3,67	0,963	3,94	0,709	1-2; 1-3
14. Podmiotowość	3,16	0,664	3,70	0,725	3,95	0,643	1-3
II. TEMPORALNOŚĆ NOETYCZNA							
15. Przeszłość/przedtem	3,26	1,045	3,49	1,038	3,74	0,878	1-3
16. Terazniejszość/teraz	3,43	0,838	3,61	0,911	3,50	0,749	n.z.
17. Przyszłość/potem	3,35	0,970	3,47	0,954	3,95	0,840	1-2; 1-3
III. AKTYWNOŚĆ NOETYCZNA							
18. Samopotwierdzenie	2,54	1,045	2,88	1,092	3,35	1,107	1-3; 2-3
19. Autotranscendencja	3,40	0,583	3,63	0,978	3,44	0,717	n.z.
20. Autodystans	3,33	0,949	3,73	0,908	3,87	0,758	1-2; 1-3
21. Życie jako zadanie	4,03	1,000	4,30	0,779	4,41	0,783	n.z.
22. Satysfakcja z osiągnięć	2,72	1,168	2,90	1,175	2,96	1,056	n.z.
23. Kierowanie się sumieniem	3,43	0,812	3,74	0,851	3,56	0,759	n.z.
24. Akceptacja życia	3,56	0,893	3,80	0,837	3,83	0,831	n.z.
25. Kreatywność	3,68	0,927	4,02	0,804	4,26	0,656	1-2; 1-3
26. Nastawienie dialogalne	3,46	1,185	3,92	0,844	4,08	0,740	1-2; 1-3
27. Gotowość do wyrzeczeń	3,75	0,898	3,59	0,877	3,74	0,821	n.z.
28. Akceptacja drugich	3,43	0,911	3,58	0,747	3,63	0,819	n.z.
29. Otwartość na drugiego	3,82	0,904	4,18	0,711	4,13	0,804	1-2
30. Własna ocena sensu życia	3,93	1,116	4,27	0,865	4,35	0,745	n.z.
IV. POSTAWY NOETYCZNE							
31. Postawa wobec sukcesu	3,58	0,890	3,86	0,866	3,58	0,680	n.z.
32. Postawa wobec śmierci	2,68	1,141	3,29	1,113	3,29	0,918	1-2; 1-3
33. Postawa zaangażowania	3,78	1,038	3,93	0,798	4,13	0,797	n.z.
34. Postawa intelektualna	3,44	0,773	3,77	0,828	3,79	0,766	n.z.
35. Postawa emocjonalna	3,17	0,746	3,49	0,823	3,39	0,800	n.z.
36. Postawa egzystencjalna	4,13	0,881	4,30	0,759	4,35	0,620	n.z.

* test Duncana różnic między grupami. Wykazano tylko istotne statystycznie ($p<0,05$) różnice między poszczególnymi grupami badanych kobiet.

Podsumowując: u kobiet o typie T2A wystąpiły najmniejsze zmiany po terapii. Nadal cechuje je wysoki poziom nieprzystosowania, pomimo obniżenia niepokoju. Zdynamiczowaniu uległy aktywności noetyczne, ale brak im noo-umiejętności w realizowaniu jakości i wartości egzystencjalnych.

TABELA 6
Zestawienie czynników różnicujących typy alkoholizmu w powiązaniu z
osobowościowymi uwarunkowaniami reakcji na terapię i postulowanymi celami
i zadaniami terapeutycznymi.

Czynniki różnicujące typy alkoholizmu		Typ 1	Typ 2A	Typ 2B
Czynniki rozwojowo-biograficzne i kliniczne	Występowanie alkoholizmu w rodzinie	rzadkie	częste	częste
	Początek nadużywania alkoholu	powyżej 25 r.ż.,	poniżej 25 lat lub 25-30 lat	poniżej 25 lat
	Przedchorobowe cechy osobowości	umiarkowane nasilenie cech neurotyczno-depresyjnych	znaczne nasilenie cech antysocjalnych	znaczne nasilenie cech antysocjalnych
	Krytycyzm wobec uzależnienia	znaczny	brak lub mały krytycyzm i poczucie winy	mały bądź umiarkowany krytycyzm i poczucie winy
	Dominujący motyw podejmowania leczenia	ciąg alkoholowy i/lub zgłoszenie dobrowolne	ciąg alkoholowy i/lub występowanie psychozy alkoholowej	ciąg alkoholowy i/lub nakaz sądowy
Czynniki osobowościowe	nasilenie niepokoju	średnie	znaczne nasilenie niepokoju i nieprzystosowania	małe
	typ osobowości	tendencje do introwersji	tendencje do introwersji, problemy w kontaktach z innymi	tendencje do ekstrawersji
	integracja osobowości	mała	dezintegracja	dość dobra
Podmiotowe uwarunkowania reakcji na terapię	typ myślenia	realizm i refleksyjność	myślenie mało refleksyjne i mało realistyczne	myślenie sztywne, ale realistyczne
	niepokój, integracja i przystosowanie	małe nasilenie lęku i znaczne zwiększenie zdolności przystosowawczych	zmniejszenie nasilenia niepokoju, ale znaczny stopień trudności przystosowawczych	zwiększenie integracji osobowości i siły charakteru oraz tendencji do dominacji
Główne cele i zadania terapeutyczne	noetyczny wymiar osobowości	duże poczucie zmian i znaczne zwiększenie aktywności noodynamicznej, silne otwarcie na jakości egzystencjalne	zmiany głównie w jakościach i postawach noetycznych, zmniejszone zdynamizowania nooumiejętności	Znaczne zdynamizowanie w zakresie jakości i postaw, zmniejszona koncentracja na terażniejszości
	mechanizmy uzależnienia	koncentracja głównie na mechanizmie nałogowego regulowania uczuć i systemie ja	koncentracja głównie na mechanizmie zaprzeczania i iluzji oraz nawrotach	Koncentracja głównie na mechanizmie zaprzeczania i iluzji
Główne cele i zadania terapeutyczne	motywacja do zmiany, noetyczny wymiar egzystencji	ukierunkowanie na głęboką aktywizację noetycznego wymiaru osobowości	rozwijanie trwałej motywacji do leczenia, rozwój nooumiejętności,	Rekonstrukcja odniesień do systemu wartości i koncentracja na terażniejszości i przyszłości

•ródło: opracowanie własne

– Kobiety z grupy T2B (z dominującymi cechami osobowości antysocjalnej) przedstawiały się jako najmniej zaburzone, o najbardziej spójnej osobowości i niskim poziomie nieprzystosowania oraz niepokoju. Występowała u nich jednak najmniej-sza siła charakteru spośród badanych grup kobiet oraz antysocjalne cechy osobowości przedchorobowej. Zaistniałe w terapii zmiany dotyczyły głównie cech odnoszących się do integracji osobowości. Ta ostatnia wyraźnie zwiększyła się. U badanych wzrosła także pewność siebie i tendencje do dominowania. Znacznej zmianie uległ noetyczny wymiar osobowości, zwłaszcza w zakresie jakości, postaw i temporalności noetycznych. Nie były to zmiany tak radykalne jak w przypadku typu T1, ale

również rozległe. Bardzo ciekawie przedstawiają się zmiany w zakresie temporalności noetycznych. Przed terapią kobiety te skoncentrowane były zasadniczo na terażniejszości. Tymczasem po terapii, co różni je zdecydowanie od pozostałych grup, koncentrują się bardziej na przyszłości oraz przeszłości. Teraźniejszość stała się dla nich mniej ważna.

Podsumowując: pacjentki o typie T2B po terapii dość dobrze radzą sobie ze swymi emocjami, wzrosła też ich siła charakteru. Ekstrawertywne tendencje połączone z dominacją i koncentracją na przeszłości lub na ucieczce w przyszłość, stanowią zagrożenie dla utrzymania pozytywnych skutków terapii.

PODSUMOWANIE

Zdecydowanie przedwczesne jest określanie typów alkoholizmu jako konstruktu wyłącznie teoretycznego lub życzeniowego, jak to zasugerowali Litt i Babor (21). Przeprowadzone i opisane w niniejszej pracy badania wykazały, że kobiety w zależności od typu alkoholizmu w odmienny sposób reagują na jednakowy typ terapii. U podłoża tej reakcji znajdujemy wyraźnie zróżnicowane uwarunkowania osobowościowe i noodynamiczne.

Dychotomiczne ujęcie typów alkoholizmu jest zbyt redukcjonistyczne, podobnie jak różnicowanie ich wyłącznie (lub głównie) poprzez kryteria kliniczne i temperamentalne. Dowodzą tego z jednej strony wyniki projektu badawczego MATCH (27), jak i przeprowadzone oraz opisane w niniejszej pracy analizy. Cechy osobowościowe, poziom przystosowania, wreszcie noetyczny wymiar osobowości potwierdzają swoją wartość różnicową nie tylko w odniesieniu do typów alkoholizmu u kobiet, ale również w przewidywaniu przebiegu terapii. Przeprowadzone badania pozwoliły na wyodrębnienie trzech typów alkoholizmu. Dwa z nich w swej charakterystyce nie odbiegają od typów często opisywanych w literaturze. Uwagę natomiast zwraca trzeci typ (T2A), którego opis wskazuje na dominację cech osobowości emocjonalnie chwiejnej (borderline). Cechy tych zaburzeń występują częściej w populacji kobiet niż mężczyzn. Stąd jest prawdopodobne, że jest to typ szczególnie charakterystyczny dla pewnej grupy uzależnionych kobiet. Powstaje pytanie: czy cechy te są pierwotne tj. powstałe przed uzależnieniem, czy wtórne? Konieczne jest więc prowadzenie dalszych badań mających na celu wyjaśnienie tego zagadnienia.

Szczególne znaczenie dla zrozumienia typologii alkoholizmu kobiet, jak i doboru celów terapeutycznych, ma uwzględnienie noetycznego wymiaru osobowości. Wymiar ten związany ze specyficzną ludzką „potrzebą potrzeb”, jaką jest poszukiwanie i odkrywanie sensu życia pełni szczególnie ważną rolę w budowaniu dalszej motywacji do terapii. Określa również specyficzne cele i zadania terapii, zwłaszcza w jej dalszych, bardziej zaawansowanych i długoterminowych fazach.

Warto prowadzić dalsze badania nad osobowościowymi i noetycznymi uwarunkowaniami doboru programów terapii w zależności od typu alkoholizmu. Badania te winny koncentrować się na ściślejszym określeniu kryteriów różnicujących typy alkoholizmu. Wydaje się, że koniecznie należy zreflektować sensowność podziałów

dychotomicznych w typologii. W kryteriach różnicujących typy alkoholizmu cennym będzie uwzględnianie noetycznego wymiaru osobowości. Wymiaru, który wiąże się ze spostrzeganiem w człowieku jego duchowości.

Podsumowując wyniki przeprowadzonych badań, w tabeli 6 dokonano zestawienia czynników różnicujących wyodrębnione typy alkoholizmu w powiązaniu z postulowanymi celami i zadaniami terapeutycznymi.

Problem nadużywania alkoholu przez kobiety narasta. Programy terapeutyczne nie są w wystarczający sposób przygotowane do specyfiki alkoholizmu kobiet, choć kobiety coraz częściej przełamują różnorodne psychiczne, mentalne i środowiskowe bariery i podejmują terapię. Nie ma odrębnego alkoholizmu kobiet i mężczyzn, ale są różnorodne specyficzne problemy związane z powstawaniem i przebiegiem alkoholizmu w zależności od płci. Uwzględnienie tych problemów jak i typów alkoholizmu, wyjście naprzeciw owym szczególnym potrzebom pojawiającym się wśród uzależnionych kobiet, zwiększy skuteczność oddziaływań leczniczych.

PIŚMIENNICTWO

1. *IX Raport Specjalny dla Kongresu USA*. Seria: Alkohol i Zdrowie, Nr 28, PARPA, Warszawa 2002.
2. *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. NIAAA, Bethesda 2000.
3. *Alcohol and women: An overview*. W: 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. NIAAA, Bethesda 2000, 253-257.
4. Babor T.F.: *Klasyfikacja alkoholików. Teorie typologiczne od XIX wieku do współczesności*. W: Typologia alkoholizmu. Seria: Alkohol i zdrowie, Nr 20, PARPA, Warszawa 2000, 24-44.
5. Babor T.F., Hofmann M., DelBoca F.K., Hesselbrock V., Meyer R.E., Dolinsky Z.S., Rounsaville B.: *Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity*. Arch. Gen. Psychiatry, 1992, 49, 599-608.
6. Ball S.A.: *Typ A i typ B alkoholizmu. Zastosowanie do subpopulacji i odpowiednich sposobów leczenia*. W: Typologia Alkoholizmu, Warszawa: PARPA, Warszawa 2000, 81-95.
7. Blume S.B.: *Alcohol and other drug problems in women*. W: Lowinson J.H., Ruiz P., Milman R.B., Langrod J.G. (red.): Substance Abuse. A Comprehensive Textbook. Williams & Wilkins, Baltimore 1994, 749-807.
8. Blume S.B.: *Addiction in women*. W: Galanter, M., Kleber, H.D., (red.), Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington: American Psychiatric Press Inc. Washington 1999.
9. Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoka M.M.: *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. IPAT, Champaign 1970.
10. Cloninger C.R.: *Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism*. Science, 1987, 236, 410-416.
11. Cloninger C.R., Reich T., Sigvardsson S., von Knorring AL., Bohman, M.: *Effects of changes in alcohol use between generations on inheritance of alcohol abuse*. W: Rose R.M., Barrett J. (red.): Alcoholism: Origins and Outcome. Raven Press, New York, 1988.
12. Cloninger C.R., Sigvardsson S., Bohman M.: (2000). *Typ I i typ II alkoholizmu – uaktualnienie badań*. W: Typologia Alkoholizmu. PARPA, Warszawa, 50-64.

13. Del Boca F.K.: *Sex, gender and alcoholics typologies*. W: T.F. Babor i wsp. (red.): *Types of Alcoholics*. The New York Academy of Science, New York 1994, 34-48.
14. Del Boca F.K., Hesselbrock M.N.: *Płeć a podtypy alkoholizmu*. W: *Typologia Alkoholizmu*, PARPA, Warszawa 2000.
15. Gašior K.: *Niektóre osobowościowe uwarunkowania przebiegu terapii kobiet uzależnionych od alkoholu*. W: Śledzianowski J. (red.): *Wolontariat z pomocą rodzinie w walce z uzależnieniami*. Kielce: Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Wydziału Pedagogicznego Akademii Świętokrzyskiej. Kielce 2001.
16. Glenn S.W., Nixon S.J.: *Applications of Cloninger's subtypes in a female alcoholic sample*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 1991, 15, 851-858.
17. Gombert E.S.L.: *Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety*. W: *Kobiety i Alkohol*. Warszawa: PARPA, Warszawa 1997, 131-152.
18. Habrat B.: *Typologia alkoholizmu – nowsze badania, doświadczenia europejskie*. W: *Typologia Alkoholizmu*. PARPA, Warszawa, 7-21.
19. Habrat B., Chachaj L.: *Występowanie alkoholizmu typu 1 i typu 2 wg Cloningera u osób uzależnionych od alkoholu*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1992, 1, 161-164.
20. Hauser J.: *Ocena typologiczna mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. AM Poznań, Poznań 1996.
21. Litt M.D., Babor T.F.: *Alcoholic typology as an attribute for matching clients to treatment*. W: Longabaugh R., Wirtz P.W. (red.): *Project MATCH. Hypotheses: results and causal chain analyses*. NIAAA, Bethesda 2000, 8, 118-131.
22. Litt M.D., Babor T.F., DelBoca F.K., Kadden R.M., Cooney N.L.: *Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching*. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 1992, 49, 609-616.
23. Morey L.C., Skinner H.A., Blashfield R.K.: *A typology of alcohol abusers: Correlates and implications*. *J. Abnorm. Psychol.* 1984, 93, 408-417.
24. Plant M.L.: *Women and alcohol. A review of international literature on the use of alcohol by females*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen 1990.
25. Plant M.L.: *Problemy związane z piciem alkoholu*. W: McPherson A. (red.): *Problemy zdrowotne kobiet*. Springer-PWN, Warszawa 1997, 436-454.
26. Popielski K.: *Noetyczny wymiar osobowości*. Red. Wyd. KUL. Lublin 1994.
27. Project MATCH Research Group: *Hypotheses: Results and causal chain analyses*. Longabaugh R., Wirtz P.W. (red.): NIAAA, Bethesda 2000.
28. Raduj J., Pałyska M.: *Kobiety alkoholiczki w poradni odwykowej i klubie abstynenta. Związki między wybranymi zmiennymi psychologicznymi i socjomedycznymi*. *Alkoholizm i Narkomania*, 1991, Nr 8, 56-82.
29. Schuckit M.A.: *The alcoholic women: A literature review*. *Psychol. Med.* 1972, 3, 37-43.
30. Sierosławski J.: *Czy kobiety dogonią mężczyzn w picciu alkoholu?* Materiały z konferencji: „Kobieta i alkohol”, Kielce-Morawica 1996.
31. Sigvardsson S., Bohman M., Cloninger C.R.: *Replication of the Stockholm Adoption Study of Alcoholism: Confirmatory cross-fostering analysis*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996, 53, 681-687.
32. Śledzianowski J.: *Alkoholizm, nikotynizm, narkomania wśród młodzieży szkolnej województwa świętokrzyskiego*. Wyd. Jedność, Kielce 2003.

33. Wilsnack R.W., Wilsnack S.C. (red.): *Gender and alcohol. Individual and social perspectives*. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick NJ 1997, 1-16.
34. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 1994*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.
35. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2002*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2003.

Adres do korespondencji:

dr Krzysztof Gąsior

Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji

ul. Nowaka-Jeziorańskiego 65

25-432 Kielce

e-mail: gasion@kielce.com