

Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste

Therapy of alcohol dependent persons: anxiety
and depression versus personal resources

Jan Chodkiewicz

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

Abstract – Introduction. The purpose of this research was to examine the relationship between the level of anxiety and depression at the beginning of therapy of alcohol dependent patients and completion of the entire therapy. Moreover the relationship between the level of anxiety and depression and perceived social support, life satisfaction and self-efficacy was analysed.

Method. The sample consists of 120 alcohol dependent individuals (76 men and 44 women) who are asked to complete the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Life Satisfaction Questionnaire (FLZ), the Social Support Scale (F-SozU) and the Generalized Self-Efficacy Scale (GSES).

Results. Forty three men (56.5%) and 28 women (63.6%) completed therapy. There were no differences in the level of anxiety and depression comparing female patients who dropped out of therapy and those who completed the programme. Whereas male dropouts compared to male patients completing therapy showed higher levels both of anxiety and depression. The anxiety and depression were not associated with social support, while self-efficacy and many aspects of life satisfaction co-varied significantly.

Conclusions. The results point to the need of diagnosing alcohol dependent patients' anxiety and depression and to adapt therapeutic interventions to psychological functioning of this group.

Key words: anxiety, depression, gender, completed therapy, personal resources

Streszczenie – Wstęp. Celem badań była odpowiedź na pytanie, czy istnieje zależność między poziomem lęku i depresji, występującymi na początku terapii u pacjentów uzależnionych od alkoholu a ukończeniem przez nich leczenia. Analizowano także związki między poziomem lęku i depresji a odczuwanym wsparciem społecznym, zadowoleniem z życia oraz poczuciem własnej skuteczności.

Material i metoda. Badaniem objęto 120 osób uzależnionych od alkoholu – 76 mężczyzn i 44 kobiety, których poproszono o wypełnienie Skali Lęku i Depresji (HADS), Kwestionariusza Zadowolenia z Życia (FLZ), Skali Wsparcia Społecznego (F-SozU) i Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES).

Wyniki. Terapię ukończyło 43 mężczyzn (56,5%) i 28 kobiet (63,6%). Kobiety przerywające i kończące terapię nie różniły się na jej początku poziomem lęku i depresji, natomiast mężczyźni, którzy

Badania przeprowadzono w ramach grantu uniwersyteckiego – 505/464 „Wyznaczniki jakości życia osób od alkoholu uzależnionych”.

terapię przerwali, w porównaniu z tymi, którzy ją ukończyli, charakteryzowali się wyższym poziomem zarówno lęku, jak i depresji. Nie wykazano związków między poziomem lęku i depresji a wsparciem społecznym, istotne statystycznie związki występowały natomiast między lękiem i depresją a poczuciem własnej skuteczności oraz wieloma aspektami zadowolenia z życia.

Wnioski. Otrzymane wyniki wskazują na potrzebę diagnozowania zaburzeń lękowych i depresyjnych u pacjentów uzależnionych od alkoholu oraz dostosowania oddziaływań terapeutycznych do specyfiki funkcjonowania psychologicznego osób z tymi zaburzeniami.

Słowa kluczowe: lęk, depresja, płęć, ukończenie terapii, zasoby osobiste

WSTĘP

Od wielu lat w literaturze poświęconej genezie uzależnienia od alkoholu, czynnikom wpływającym na podjęcie i ukończenie leczenia oraz na utrzymywanie abstynencji, podkreśla się rolę zaburzeń psychicznych, w tym depresyjnych i lękowych. Liczni autorzy zwracają uwagę, że zaburzenia te występują u osób uzależnionych w większym stopniu niż ma to miejsce w populacji generalnej (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Lindenmeyer (8), dokonując obszernego przeglądu literatury dotyczącej omawianych zależności, zauważa, że zaburzenia afektywne współwystępują z uzależnieniem od alkoholu (w zależności od wielkości próby i metodologii badań) u 15–73% osób, zaburzenia lękowe u 10–69%, a u 25–35% osób uzależnionych odnotowywano podejmowanie prób samobójczych. Zależność „uzależnienie od alkoholu–zaburzenia afektywne” jest dwukierunkowa – w badaniach pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi leczonych psychiatrycznie stwierdzono, że ponad 13% z nich spełniało w jakimś okresie swego życia kryteria uzależnienia od alkoholu według DSM-IV (9). Ponadto, współwystępowanie objawów lęku i depresji z piciem alkoholu odnotowano nie tylko u uzależnionych, ale również wśród osób pijących ryzykownie i szkodliwie (10).

Diagnozowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych w omawianej grupie pacjentów musi być ostrożne, gdyż jego wynik może zależeć od stosowanych narzędzi badawczych, długości utrzymywania abstynencji oraz płci badanych. Zierau i wsp. (11) poddali mężczyzn uzależnionych od alkoholu badaniom przy użyciu MDI (Major Depression Inventory) stworzonego przez WHO i wykazali, że 17% z nich spełnia kryteria występowania depresji. Gdy tych samych pacjentów w tym samym czasie zbadano skalą Gotland Male Depression Rutza i wsp., mierzącą atypowe symptomy depresji występujące u mężczyzn (m.in. zachowania *acting-out*, problemy seksualne, decyzyjne, problemy z kontrolą impulsów, zmęczenie i wypalenie zawodowe), okazało się, że kryteria te spełnia 39% pacjentów. Z kolei Saaticioglu i wsp. (12) wykazali, że u pacjentów uzależnionych z zaburzeniami afektywnymi poziom lęku i depresji maleje wraz z wydłużaniem się uczestnictwa w terapii (korzystna zmiana występowała już po 3 tygodniach leczenia), natomiast u pacjentów uzależnionych bez zaburzeń towarzyszących, poziom lęku na początku leczenia wzrastał. Ustępowanie w okresie 3–4 tygodni po zaprzestaniu picia objawów depresyjnych i lękowych, indukowanych przez działanie alkoholu,

u niektórych uzależnionych pacjentów odnotowano również w innych badaniach (7, 13). W odniesieniu do różnic między płciami wykazano natomiast, że uzależnione kobiety, w porównaniu z mężczyznami, przejawiają większe nasilenie objawów depresyjnych i lękowych (14, 15).

W wielu doniesieniach wykazano związki zaburzeń lękowych i depresyjnych z przerywaniem terapii i abstynencji. Badania Kucińskiej i Mellibrudy (16), dokonane przy użyciu Skali Klinicznych Objawów Psychopatologicznych (SCL-90), potwierdziły istnienie na początku terapii różnic w nasileniu objawów depresji, lęku, poziomu wrogości, nadwrażliwości interpersonalnej i fobii między osobami, które ukończyły a tymi, które przerwały leczenie ambulatoryjne. W badaniach Chodkiewicza (17), dotyczących predyktorów ukończenia terapii ambulatoryjnej przez pacjentów uzależnionych, wykazano, że wysoki poziom lęku (mierzonego State-Trait Anxiety Inventory – STAI Spielbergera) oraz jego tłumienie są czynnikami niekorzystnymi dla ukończenia leczenia. Niski poziom lęku był także jednym z predyktorów utrzymywania abstynencji przez uzależnionych mężczyzn w okresie roku po zakończeniu terapii (18). Również w badaniach Brown i wsp. (13) okazało się, że osoby utrzymujące po terapii pełną abstynencję charakteryzowały się niższym poziomem lęku jako stanu i lęku jako cechy (mierzonego STAI) w porównaniu z osobami, które doświadczały „wpadek”.

W odniesieniu do roli depresji w utrzymywaniu abstynencji warto zwrócić uwagę na badania Greenfield i wsp. (19), którzy obserwowali pacjentów hospitalizowanych z powodu uzależnienia od alkoholu przez okres jednego roku od zakończenia terapii. Objawy dużej depresji stwierdzono u ponad 37% badanych, a różnorodne zaburzenia lękowe (lęk uogólniony, paniczny, fobia społeczna, agorafobia) u ponad 24%. Pacjenci, u których występowały objawy dużej depresji sięgali po alkohol po leczeniu w krótszym czasie niż pozostali, zauważono u nich także większą liczbę pełnych nawrotów choroby. Ponieważ najszybciej po ukończeniu terapii po alkohol sięgali osoby z dużą depresją, nieleczone lekami antydepresyjnymi, autorzy zwracają uwagę nie tylko na konieczność dokładnej diagnozy pacjentów, ale i podjęcia leczenia farmakologicznego. Do podobnych wniosków doszli Gamble i wsp. (20), analizując wyniki badania Skalą Depresji Becka (BDI) w ramach projektu MATCH. Wysokie wyniki w BDI (zarówno na początku, jak i na końcu terapii) były związane z większą częstotliwością i intensywnością picia po leczeniu.

Powyższe zależności nie zostały potwierdzone we wszystkich badaniach. Kranzler i wsp. (21) badali 225 osób uzależnionych od alkoholu w okresie 3 lat po zakończeniu leczenia. Autorzy wykazali, iż z bardziej intensywnym piciem po terapii wiązało się nadużywanie narkotyków bądź uzależnienie od nich oraz cechy osobowości dysocjalnej, natomiast współwystępująca duża depresja związana była z mniejszą, a nie większą intensywnością picia. Jin i wsp. (22) badali 77 pacjentów z abstynencją powyżej 18 miesięcy przez średni okres ponad 11 lat. Jak się okazało spośród skal MMPI jedynie wyniki w skali 4 (psychopatia) wiązały się z nawrotem picia, który wystąpił u 31% uzależnionych. Pozostałe skale (w tym skala 2 – depresja i 7 – psychastenia) nie różnicowały osób utrzymujących i przerywających

abstynencję. Wydaje się istotne poczynić zastrzeżenie, że badanie było prowadzone, gdy pacjenci utrzymywali już długotrwałą (ponad 1,5 roku) abstynencję. Z wielu doniesień (7, 8, 19, 23) wiadomo, że największy procent nawrotów występuje w ciągu pierwszych miesięcy po zakończenia leczenia, być może więc inne czynniki związane są z nawrotami bezpośrednio po terapii, a inne w późniejszym czasie.

Powyższy, z konieczności ograniczony, przegląd literatury przedmiotu przemawia zarówno za potrzebą zwrócenia szczególnej uwagi na diagnozowanie zaburzeń afektywnych u pacjentów uzależnionych, jak i za potrzebą dalszych badań w tym zakresie. Interesujące wydaje się sprawdzenie nie tylko związków poziomu lęku i depresji z ukończeniem terapii przez osoby uzależnione – kobiety i mężczyźni, ale również relacji tych zmiennych i czynników, których istotną rolę dla funkcjonowania pacjentów w terapii odwykowej i po jej zakończeniu potwierdzono w wielu badaniach. Szczególna rola przypada tutaj zasobom osobistym, określanym przez Moosa i Schaefera (24) jako: „względnie stałe czynniki osobowe i społeczne, które wpływają na sposób, w jaki jednostka próbuje opanować kryzysy życiowe i transakcje stresowe”. Wśród ważnych zasobów osobistych wymienia się między innymi poczucie własnej skuteczności, zadowolenie z życia oraz wsparcie społeczne. Liczne badania potwierdzają związki poziomu tych zasobów z ukończeniem leczenia i utrzymywaniem abstynencji (7, 17, 18, 23, 25, 26, 27, 28). Poznanie wspomnianych zależności może mieć duże znaczenie praktyczne, ukazując obszary pracy terapeutycznej, na które trzeba zwrócić szczególną uwagę u uzależnionych pacjentów, przejawiających zaburzenia afektywne.

Celem przeprowadzonych badań była odpowiedź na następujące pytania badawcze:

- Jaki jest poziom lęku i depresji u pacjentów uzależnionych od alkoholu, rozpoczynających terapię?
- Czy między kobietami i mężczyznami oraz osobami, które rozpoczynają terapię po raz pierwszy i po raz kolejny istnieją różnice w poziomie lęku i depresji na początku terapii?
- Czy istnieją zależności między poziomem lęku i depresji występującymi na początku terapii a jej ukończeniem?
- Czy istnieją związki między poziomem lęku i depresji występującymi na początku terapii a odczuwanym wsparciem społecznym, zadowoleniem z życia oraz poczuciem własnej skuteczności?

OSOBY BADANE I METODY POMIARU

Badania przeprowadzono w roku 2008/2009. Zbadano 120 osób uzależnionych od alkoholu – 76 mężczyzn i 44 kobiety w wieku 21–63 lata, średni wiek 45,37 (SD = 9,40) – w pierwszym tygodniu ambulatoryjnej terapii odwykowej w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień (MOPIT) w Łodzi. Jest to najpopularniejsza forma leczenia w Ośrodku i trwa około 4 miesiące. Wszyscy respondenci

Tabela 1.

Charakterystyka badanej grupy
Characteristics of the study group

	Mężczyźni <i>Men</i> N = 76	%	Kobiety <i>Women</i> N = 44	%	Ogółem <i>Total</i> N = 120	%
Stan cywilny <i>Marital status</i>						
Kawaler/panna <i>Single (never married)</i>	0	0	8	18,2	8	6,6
Żonaty/zamężna <i>Married</i>	33	43,4	20	45,4	53	44,2
Rozwiedziony/a <i>Divorced</i>	33	43,4	8	18,2	41	34,2
Wdowiec/wdowa <i>Widower/widow</i>	10	13,1	8	18,2	18	15,0
Wykształcenie <i>Education</i>						
Podstawowe/zasadnicze <i>Elementary/vocational training</i>	35	46,2	24	54,5	59	49,2
Średnie <i>Secondary education</i>	31	40,7	16	36,4	47	39,2
Wyższe <i>Tertiary education, e.g. university</i>	10	13,1	4	9,1	14	11,6
Zatrudnienie <i>Employment status</i>						
Bezrobotny/a <i>Unemployed</i>	15	19,8	20	45,4	35	29,2
Pracuje <i>Employed</i>	45	59,2	16	36,4	61	50,8
Renta/emerytura <i>Invalid/retirement pension</i>	16	21,0	8	18,2	24	20,0
Dotychczasowe leczenie <i>Treatment experience</i>						
Pierwszy raz <i>First admission</i>	58	76,3	44	100	102	85,0
Kolejny raz <i>Repeated admission</i>	18	23,7	0	0	18	15,0

spełniali kryteria uzależnienia od alkoholu według ICD-10, co potwierdzone zostało badaniem psychiatrycznym. Charakterystykę grupy badanej przedstawia tabela 1.

Wśród badanych większość stanowią osoby żonate/zamężne (choć w grupie mężczyzn liczba osób żonatyh dorównuje liczbie osób rozwiedzionych), z wykształceniem podstawowym i zawodowym, pracujące. Uwagę zwraca fakt, że żadna z kobiet nie podejmowała wcześniej terapii odwykowej.

Narzędzia zastosowane w badaniach

- Skala Lęku i Depresji – HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) Zigmunta i Snaita, zaadaptowana przez Majkowicza, de Walden-Gałuszko i Chojnacką-Szawłowską (29), która ocenia natężenie subiektywnie odczuwanego lęku oraz objawów depresyjnych w ostatnim tygodniu. Metoda ta, często używana w badaniach jakości życia chorych przewlekle, stosowana jest także w badaniach przesiewowych prowadzonych na populacji ogólnej. HADS znalazła zastosowanie również w badaniach osób pijących szkodliwie i uzależnionych od alkoholu (10, 30, 31, 32). Odpowiedzi oceniane są na 4-stopniowej skali. Im wyższy uzyskany wynik, tym większe nasilenie

symptomów psychopatologicznych. Zgodnie z sugestiami autorów przyjmuje się następujące przedziały sumy wyników: 0–7 punktów – brak zaburzeń, 8–10 punktów – wynik graniczny, powyżej 10 punktów – występowanie zaburzeń. W prezentowanych badaniach odwołano się do powyższych przedziałów wyników. Skala posiada dobre własności psychometryczne.

- Kwestionariusz Zadowolenia z Życia – FLZ (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit) Fahrenberga, Myrteka, Schumachera, Brählera, zaadaptowany przez Chodkiewicza (33). Kwestionariusz składa się z 10 podskal mierzących zadowolenie z takich aspektów życia jak: zdrowie, praca i zawód, sytuacja finansowa, czas wolny, małżeństwo/związek partnerski, relacje z dziećmi, własna osoba, przyjaciele/znajomi, mieszkanie, seksualność. Każda podskala zawiera 7 pozycji testowych. Odpowiedzi oceniane są na 7-stopniowej skali (od 1 – bardzo niezadowolony do 7 – bardzo zadowolony). Oblicza się również wskaźnik ogólnego zadowolenia z życia poprzez dodanie surowych wyników siedmiu skal. W wyznaczaniu ogólnego zadowolenia z życia nie bierze się pod uwagę wyników skal: praca i zawód, małżeństwo/związek partnerski oraz relacje z własnymi dziećmi, ponieważ skale te nie są wypełniane przez wszystkie badane osoby. Im wyższy uzyskany wynik, tym większe zadowolenie z życia. Polska wersja kwestionariusza charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi.
- Skala Wsparcia Społecznego – F-SozU (Soziale Unterstützung Fragebogen) Fydrycha, Geyera, Hessel, Sommer, Brählera, zaadaptowana przez Juczyńskiego (34). Skala określa ogólny wskaźnik subiektywnego poczucia wsparcia społecznego oraz wskaźnik trzech rodzajów wsparcia: emocjonalnego (akceptacja ze strony innych, okazywanie współczucia), praktycznego (pomoc praktyczna w codziennych problemach) i integracji społecznej (posiadanie kręgu przyjaciół, znajomych). Metoda składa się z 22 twierdzeń ocenianych na 5-stopniowej skali (od 1 – zupełnie mnie nie dotyczy, do 5 – całkowicie mnie dotyczy). Im wyższy uzyskany wynik, tym wyższe odczuwane wsparcie. Na podstawie dotychczasowych badań parametry psychometryczne wersji polskiej można uznać za dobre.
- Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES (Generalized Self-Efficacy Scale) Schwarzera, Jeruzalem, Juczyńskiego (35). Skala nawiązuje do koncepcji oczekiwań i pojęcia własnej skuteczności Bandury i ocenia siłę indywidualnych przekonań co do własnych zdolności poradzenia sobie w trudnych sytuacjach. Metoda składa się z 10 twierdzeń. Badany zaznacza wybrane przez siebie odpowiedzi, mając do wyboru 4 możliwości (od 1 – nie, do 4 – tak). Suma punktów daje wskaźnik ogólny. Im wyższy uzyskany rezultat, tym wyższe poczucie własnej skuteczności. Wersja polska skali, zaadaptowanej przez Juczyńskiego, podobnie jak wersja oryginalna, posiada dobre parametry psychometryczne.

W analizach statystycznych wykorzystano test *t* Studenta dla prób niezależnych oraz analizę wariancji. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu STATISTICA.

WYNIKI

Średnie wartości uzyskane w HADS wynosiły 8,30 dla lęku ($SD = 5,29$) oraz 5,98 dla depresji ($SD = 4,86$). W tabeli 2 przedstawiono rozkłady liczebności badanych osób należących do trzech wyodrębnionych przedziałów, tj. bez zaburzeń, z wynikami granicznymi oraz z występującymi zaburzeniami. Zarówno w odniesieniu do poziomu lęku, jak i depresji największy procent osób badanych uzyskało wyniki niskie (0–7), a najmniejszy procent wyniki uznane za graniczne.

W tabeli 3 pokazano porównanie wyników uzyskanych w HADS przez kobiety i mężczyzn oraz przez mężczyzn rozpoczynających terapię po raz pierwszy i po raz kolejny (wszystkie kobiety uczestniczyły w terapii po raz pierwszy). Wyróżnione

Tabela 2.

Rozkład objawów depresyjnych i lękowych w badanej grupie
Distribution of anxiety and depression symptoms in the study group

HADS	Kobiety <i>Women</i> N = 44	%	Mężczyźni <i>Men</i> N = 76	%	Ogółem <i>Total</i> N = 120	%
Lęk <i>anxiety</i>						
0–7	19	41,3	35	47,3	54	45,0
8–10	12	26,1	13	17,6	25	20,8
Powyżej 10 <i>above 10</i>	15	32,6	26	35,1	41	34,2
HADS – depresja <i>depression</i>						
0–7	25	54,3	56	75,7	81	67,5
8–10	12	26,1	1	1,3	13	10,8
Powyżej 10 <i>above 10</i>	9	19,6	17	23,0	26	21,7

Tabela 3.

Porównanie poziomu lęku i depresji u kobiet i mężczyzn oraz u mężczyzn rozpoczynających terapię – pierwszy i kolejny raz
Comparison of levels of anxiety and depression between men and women and men entering treatment – first admission and repeated admission

HADS	Kobiety <i>Women</i> (n = 44)		Mężczyźni <i>Men</i> (n = 76)		t	p
	M	SD	M	SD		
Lęk <i>anxiety</i>	8,45	4,93	8,21	5,53	0,24	ns
Depresja <i>depression</i>	7,36	4,01	5,10	5,16	2,53	0,01
	Mężczyźni – terapia po raz pierwszy <i>Men – first admission</i> (n = 58)		Mężczyźni – terapia po raz kolejny <i>Men – repeated admission</i> (n = 18)			
	M	SD	SD	M		
Lęk <i>anxiety</i>	7,97	5,34	9,56	4,99	-1,33	ns
Depresja <i>depression</i>	5,46	4,78	7,92	4,76	-2,28	0,02

Tabela 4.

Porównanie poziomu lęku i depresji u kobiet i mężczyzn kończących i przerywających terapię
Comparison of levels of anxiety and depression between men and women completing and dropping out of therapy

HADS	Kobiety kończące terapię <i>Women completing therapy</i> (n = 28)		Kobiety przerywające terapię <i>Women dropping out of therapy</i> (n = 16)		t	p
	M	SD	M	SD		
Lęk <i>anxiety</i>	7,33	4,78	9,53	4,78	-1,32	ns
Depresja <i>depression</i>	6,28	2,91	8,27	4,25	-1,59	ns
	Mężczyźni kończący terapię <i>Men completing therapy</i> (n = 43)		Mężczyźni przerywający terapię <i>Men dropping out of therapy</i> (n=33)			
	M	SD	M	SD		
Lęk <i>anxiety</i>	5,04	4,19	11,88	3,84	-6,71	0,001
Depresja <i>depression</i>	3,87	2,81	9,08	4,69	-5,87	0,001

grupy różnią się jedynie poziomem depresji. Na początku terapii kobiety oraz ci mężczyźni, którzy już leczyci się odwykowo, charakteryzują się wyższym poziomem tej zmiennej.

Ambulatoryjną terapię odwykową ukończyło 71 osób (59,2%), w tym 43 mężczyzn (56,5%) i 28 kobiet (63,6%). Tabela 4 pokazuje, osobno dla obydwu płci, różnice w poziomie lęku i depresji na początku leczenia między osobami, które ukończyły i przerwały terapię. Jak widać odpowiedź na pytanie, czy istnieją zależności między poziomem lęku i depresji występującym na początku terapii a jej ukończeniem, okazała się całkowicie odmienna dla kobiet i mężczyzn. Kobiety przerywające i kończące terapię nie różnią się na jej początku poziomem lęku i depresji mierzonej HADS, różnice takie, i to na bardzo istotnym statystycznie poziomie ($p < 0,001$), dotyczą natomiast mężczyzn. Mężczyźni kończący terapię, w porównaniu z tymi, którzy ją przerwali, charakteryzują się niższym poziomem zarówno lęku, jak i depresji.

Aby odpowiedzieć na pytanie dotyczące związków lęku i depresji z badanymi zasobami osobistymi porównano poziom poczucia własnej skuteczności, spostrzeganego wsparcia społecznego oraz zadowolenia z życia w wyodrębnionych trzech grupach, tj u osób o niskich, granicznych i wysokich wynikach. Ze względu na małą liczebność grup porównania dokonano łącznie dla kobiet i mężczyzn. Wyniki przedstawiają tabele 5 i 6.

Osoby z wysokim poziomem lęku, w porównaniu z osobami z niskim natężeniem tej zmiennej, charakteryzują się istotnie niższym poczuciem własnej skuteczności, są także mniej zadowolone z własnego zdrowia, samych siebie oraz

Tabela 5.

Porównanie poziomu wsparcia społecznego, poczucia własnej skuteczności i zadowolenia z życia u pacjentów z niskim, granicznym i wysokim poziomem lęku

Comparison of levels of social support, self-efficacy and life satisfaction between patients with low, border and high levels of anxiety

	Niski poziom lęku <i>Low level of anxiety</i> N = 54		Graniczny poziom lęku <i>Border level of anxiety</i> N = 25		Wysoki poziom lęku <i>High level of anxiety</i> N = 41		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	24,44	6,34	27,37	6,26	24,26	6,12	2,14	ns
Wsparcie praktyczne <i>Practical support</i>	32,22	5,15	30,79	8,55	30,85	8,80	0,41	ns
Integracja społeczna <i>Social integration</i>	27,33	4,74	26,51	7,79	25,75	6,62	0,56	ns
Wsparcie – wynik ogólny <i>General social support</i>	84,00	14,29	84,05	22,76	80,87	19,94	0,35	ns
Poczucie własnej skuteczności <i>Self-efficacy</i>	30,77	2,79	28,81	5,07	24,85	5,41	16,47bc	0,001
Zdrowie <i>Health</i>	30,72	7,08	26,39	7,03	24,24	7,27	8,12ab	0,001
Praca i zawód <i>Work and profession</i>	28,25	8,54	31,53	6,79	29,51	8,08	2,09	ns
Finanse <i>Financial status</i>	23,30	8,53	24,67	10,74	24,36	10,69	0,19	ns
Czas wolny <i>Leisure time</i>	31,00	4,73	33,23	8,49	30,63	8,76	1,64	ns
Dzieci <i>Children</i>	37,20	6,61	35,28	9,31	35,97	9,24	0,34	ns
Własna osoba <i>Own person</i>	31,19	6,78	30,95	7,99	26,60	6,38	5,29 bc	0,01
Przyjaciele/znajomi <i>Friends</i>	34,58	5,91	34,37	7,93	31,82	6,51	1,99	ns
Mieszkanie <i>Housing conditions</i>	29,44	8,13	31,34	7,60	31,56	7,47	0,86	ns
Małżeństwo/związek <i>Marriage/partnership</i>	36,71	7,01	34,66	8,17	25,76	8,12	9,18 bc	0,001
Seks <i>Sexual relationships</i>	28,67	12,01	28,13	13,52	29,75	9,71	0,20	ns
Ogólne zadowolenie z życia <i>General life satisfaction</i>	208,89	40,15	211,11	46,56	199,00	29,81	1,09	ns

Legenda: a – różnica między grupą osób o niskich i granicznych wynikach, b – różnica między grupą osób o niskich i wysokich wynikach, c – różnica między grupą osób o granicznych i wysokich wynikach

Legend: a – significant differences between subjects with low and border results, b – significant differences between subjects with low and high results, c – significant differences between subjects with border and high results

Tabela 6.

Porównanie poziomu wsparcia społecznego, poczucia własnej skuteczności i zadowolenia z życia u pacjentów z niskim, granicznym i wysokim poziomem depresji

Comparison of levels of social support, self-efficacy and life satisfaction between patients with low, border and high levels of depression

	Niski poziom depresji <i>Low level of depression</i> N = 81		Graniczny poziom depresji <i>Border level of depression</i> N = 13		Wysoki poziom depresji <i>High level of depression</i> N = 26		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p<
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	26,18	6,50	26,07	5,37	23,65	6,68	1,91	ns
Wsparcie praktyczne <i>Practical support</i>	31,54	7,90	29,45	8,44	32,26	6,79	1,12	ns
Integracja społeczna <i>Social integration</i>	26,93	6,98	24,83	7,67	26,91	4,64	0,95	ns
Wsparcie – wynik ogólny <i>General social support</i>	84,65	19,75	78,65	21,60	82,82	16,76	0,79	ns
Poczucie własnej skuteczności <i>Self-efficacy</i>	30,84	3,44	26,31	4,83	24,85	5,63	21,80ab	0,001
Zdrowie <i>Health</i>	27,96	7,25	29,27	8,26	23,29	6,15	6,42bc	0,001
Praca i zawód <i>Work and profession</i>	33,71	6,77	29,41	5,41	26,29	9,71	11,05ab	0,001
Finanse <i>Financial status</i>	24,15	9,40	23,89	10,51	24,38	11,03	0,02	ns
Czas wolny <i>Leisure time</i>	36,61	7,80	30,79	5,89	26,64	5,06	24,76abc	0,001
Dzieci <i>Children</i>	39,92	7,51	31,90	7,49	33,44	8,70	9,53ab	0,001
Własna osoba <i>Own person</i>	32,61	6,19	28,62	7,08	25,17	7,19	13,46ab	0,001
Przyjaciele/znajomi <i>Friends</i>	36,89	6,03	31,75	6,57	29,52	6,09	16,74ab	0,001
Mieszkanie <i>Housing conditions</i>	32,59	6,57	30,23	6,09	28,13	9,88	3,50b	0,05
Małżeństwo/związek <i>Marriage/partnership</i>	34,90	8,03	31,91	9,39	28,62	9,38	3,25b	0,05
Seks <i>Sexual relationships</i>	29,74	13,46	32,79	8,65	23,97	9,57	5,01bc	0,01
Ogólne zadowolenie z życia <i>General life satisfaction</i>	220,6	37,75	205,28	40,28	183,24	30,90	11,11bc	0,001

Legenda: a – różnica między grupą osób o niskich i granicznych wynikach, b – różnica między grupą osób o niskich i wysokich wynikach, c – różnica między grupą osób o granicznych i wysokich wynikach

Legend: a – significant differences between subjects with low and border results, b – significant differences between subjects with low and high results, c – significant differences between subjects with border and high results

bliskiego związku (tab. 5). Znacznie więcej różnic odnotowano u osób z różnym natężeniem depresji (tab. 6). Uzależnieni od alkoholu pacjenci z wysokim poziomem depresji, w porównaniu z badanymi, u których odnotowano niski, a także w wielu przypadkach graniczny jej poziom, różnią się poczuciem własnej skuteczności, licznymi aspektami zadowolenia z życia oraz ogólnym jego poziomem. Interesujące jest, że wsparcie społeczne nie różnicuje badanych – zarówno pod względem poziomu lęku, jak i depresji.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki prezentowanych badań wskazują, iż u pacjentów uzależnionych od alkoholu, rozpoczynających leczenie występował nieznacznie podwyższony poziom lęku oraz przeciętny poziom depresji.

Osób z podwyższonym i wysokim poziomem lęku (powyżej 8 punktów) wśród badanych pacjentów było 55%, a z analogicznym poziomem depresji – 32,5%. Rezultat ten jest więc porównywalny do wyników innych badań dotyczących osób uzależnionych (7, 8). Badania Jakitowicza i wsp. (36), prowadzone również przy użyciu HADS, wykazały u 35,9% pacjentów hospitalizowanych z powodu cukrzycy objawy depresyjne o istotnym znaczeniu klinicznym, za które autorzy uznali wyniki powyżej 8 punktów (poziomu lęku nie badano). Uzyskane rezultaty w obu grupach można więc uznać za porównywalne. Z kolei w badaniach nad rozpowszechnieniem objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku (n = 206), ocenianym przy użyciu HADS, Marek i wsp. (37) stwierdzili podwyższony i wysoki poziom lęku u ponad 40%, a depresji – u 15% osób; jest to więc znacząco niższy rezultat niż uzyskany w niniejszym badaniu.

Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety rozpoczynające terapię odwykową są bardziej depresyjne w porównaniu z mężczyznami. Można to tłumaczyć, potwierdzonym w wielu badaniach, wyższym poziomem depresji u kobiet oraz ich większą skłonnością do zachorowania na depresję w ciągu życia (38, 39). Wynik ten koresponduje z cytowanymi już analizami Petersa i wsp. (14), którzy oceniając jakość życia kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu podają, że depresja z towarzyszącymi zaburzeniami snu występuje istotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. W innych badaniach (40) wykazano z kolei współwystępowanie u kobiet uzależnionych od alkoholu w większym stopniu, niż ma to miejsce u mężczyzn, zarówno zaburzeń depresyjnych, jak i lękowych oraz somatyzacji i fobii. W prezentowanym badaniu nie wykazano różnic między mężczyznami i kobietami w poziomie lęku, zjawisko to wymaga zatem dalszych analiz.

Dalszych badań wymaga również rezultat wskazujący, że mężczyźni kolejny raz podejmujący terapię przejawiają wyższy poziom depresji w porównaniu z rozpoczynającymi leczenie po raz pierwszy. W literaturze przedmiotu nie spotyka się wielu porównań między zmiennymi psychologicznymi a liczbą przebytych terapii. Za koniecznością dalszych badań, przy użyciu innych metod (np. BDI Becka),

przemawia też fakt, iż mężczyzn podejmujących kolejną próbę leczenia było w prezentowanym badaniu stosunkowo niewiele. Interesujące byłoby także sprawdzenie powyższej zależności w grupie kobiet.

Niezwykle ciekawie przedstawiają się zależności między początkowym poziomem lęku i depresji a ukończeniem terapii. Analizowanie różnic między osobami, które kończą i przerywają terapię jest istotne głównie dlatego, że według badań Kucińskiej i Mellibrudy (16) po 2 latach od przerwania terapii u 94% pacjentów nie zanotowano zmian w ich kontaktach z alkoholem. Innymi słowy – prawie wszyscy pacjenci, którzy przegrali terapię odwykową powrócili wcześniej lub później do poprzedniego sposobu picia. Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki wskazują, że kobiety kończące i przerywające terapię nie różnią się na początku leczenia poziomem tych zmiennych, podczas gdy różnice takie, i to na bardzo istotnym statystycznie poziomie, zaobserwowano u mężczyzn. W przytaczanych już badaniach Chodkiewicza (17) wysoki poziom lęku jako cechy był negatywnym predyktorem ukończenia terapii – zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Doniesienia dotyczące zależności między zaburzeniami lękowymi a nawrotami picia po terapii dawały z kolei niejednoznaczne wyniki (7). Zależność ta wymaga więc dalszych poszukiwań, zwłaszcza że badania nad omawianą problematyką prowadzone były przez wiele lat łącznie dla kobiet i mężczyzn i przy użyciu różnych metod pomiaru, co utrudnia porównywanie rezultatów. W odniesieniu do poziomu depresji uzyskany wynik koresponduje natomiast z badaniami Rounsaville i wsp. (15). Autorzy, analizując rolę zmiennych psychopatologicznych (osobowości dyssocjalnej, depresji, używania narkotyków) jako predyktorów wyników terapii odwykowej, wykazali, że mężczyźni z towarzyszącymi objawami dużej depresji uzyskują znacząco gorsze wyniki w terapii w porównaniu z kobietami, u których także współwystępowała duża depresja. Ogólnie rzecz biorąc, powyższy wynik wpisuje się w nurt badań wykazujących znaczące różnice między kobietami i mężczyznami co do roli czynników psychopatologicznych dla ukończenia terapii i utrzymywania abstynencji.

Uzyskane wyniki wskazują także, iż osoby uzależnione od alkoholu o różnym poziomie lęku i depresji nie różnią się w kwestii odczuwanego wsparcia społecznego. Może to budzić zdziwienie, zwłaszcza w odniesieniu do depresji, gdyż w licznych badaniach wykazano ujemną zależność między jej poziomem a analizowanym wsparciem. Zależność ta była widoczna zarówno u pacjentów psychiatrycznych, osób chorych somatycznie, jak i u adolescentów i młodzieży studenckiej (41, 42, 43, 44). Wynik ten można tłumaczyć słabym wsparciem społecznym i silnym poczuciem osamotnienia wielu pacjentów rozpoczynających terapię (45, 46). Nie znaleźli jeszcze oparcia w grupie terapeutycznej ani w grupach samopomocowych (AA), natomiast ich dotychczasowe relacje społeczne sprowadzały się najczęściej do osób pijących alkohol, które prawdziwego wsparcia nie zapewniają (47). Budowanie pomocnego wsparcia społecznego jest jednym z ważnych celów terapii, między innymi dlatego, że zgodnie z buforowym modelem wsparcia może ono pełnić rolę ochronną w relacjach między stresującymi wydarzeniami żywymi a zaburzeniami depresyjnymi (48).

Zgodne z przewidywaniami są natomiast pozostałe wyniki badań. Osoby z niskim poziomem lęku charakteryzują się wyższym poczuciem własnej skuteczności, większym zadowoleniem z ogólnego stanu zdrowia, kondycji fizycznej, odporności na choroby i ból (zdrowie), a także z wielu aspektów związanych ze sobą – wyborów życiowych, uzdolnień, charakteru, zaufania do siebie (własna osoba) oraz relacji z partnerem (małżeństwo, związek). Osoby o niskim stopniu depresji przejawiają wyższe poczucie własnej skuteczności oraz większe zadowolenie ze wszystkich (poza finansami) sfer życia. Należy zauważyć, że podobne zależności między zadowoleniem z życia a poziomem depresji i lęku otrzymano również w badaniach osób zdrowych oraz chorych somatycznie (33, 49, 50, 51).

Jeśli odnieść uzyskane wyniki do wyników przytaczanych wcześniej badań – wskazujących na pozytywną rolę poczucia własnej skuteczności i zadowolenia z życia dla ukończenia terapii i utrzymywania trzeźwości – rodzi się pytanie o rodzaj oddziaływań terapeutycznych wobec osób z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Pytanie to jest ważne, ponieważ w prezentowanym badaniu wykazano, że w stosunku do wielu wyżej wymienionych zmiennych różnice istotne statystycznie występują nie tylko między grupami skrajnymi (o niskich i wysokich wynikach), ale również między grupą uzyskującą wyniki niskie i graniczne. Innymi słowy, nawet stosunkowo niewielkie różnice w poziomie lęku, a zwłaszcza depresji, przekładają się na różnice w poziomie zmiennych ważnych w procesie skutecznej terapii i w utrzymywaniu abstynencji. Pojawiają się więc wątpliwości co do stosowania na początku terapii metod konfrontacyjnych, które mogą prowadzić (przynajmniej we wstępnej fazie leczenia) do dalszego wzrostu depresji, lęku i obniżenia zadowolenia z życia. Być może w stosunku do pacjentów z towarzyszącymi zaburzeniami afektywnymi, także nieosiągającymi rozmiarów klinicznych, bardziej pomocne dla przebiegu terapii okazałoby się zwiększenie roli technik poznawczo-behawioralnych, które dobrze sprawdzają się w leczeniu tego typu zaburzeń (52, 53). Istotna wydaje się również praca terapeutyczna nad zwiększeniem poczucia własnej skuteczności i nie tylko dlatego, że pełni ono istotną rolę w zapobieganiu nawrotom (7). Negatywne wydarzenia życiowe (a tych w życiu osób uzależnionych, także w trakcie terapii, nie brakuje) obniżają to poczucie – zależność ta dotyczy zwłaszcza osób, u których występowała wcześniej lub występuje aktualnie depresja (54).

Wprowadzenie powyższych zmian do programów terapii i ich empiryczna weryfikacja byłoby zgodne z refleksjami Mueser i Kavanagha (55), którzy – analizując problematykę leczenia osób uzależnionych od alkoholu – zwracają uwagę, że choć powszechnie przyjmuje się fakt współwystępowania zaburzeń afektywnych i uzależnienia, to proponowane interwencje ograniczają się najczęściej do farmakoterapii. Zdaniem autorów zdecydowanie za mało jest dotąd prób zastosowania specyficznych interwencji psychologicznych w odniesieniu do tych właśnie pacjentów.

Pewnym ograniczeniem prezentowanych badań jest to, że przeprowadzono je w pierwszym tygodniu leczenia i przy użyciu jednego tylko narzędzia. W dalszych analizach warto sprawdzić, czy poziom lęku i depresji, mierzony na przykład BDI Becka, zmienia się wraz z wydłużeniem okresu trwania terapii i utrzymywania

abstynencji. A jeśli tak, to jakie zmienne związane są z tym procesem i w jakich zależnościach zmiany te pozostają w stosunku do funkcjonowania pacjentów. Interesujące byłoby również sprawdzenie występowania otrzymanych w prezentowanym badaniu zależności u osób z rozpoznanymi za pomocą badania psychiatrycznego zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi.

Wnioski

1. Na początku terapii 55% osób uzależnionych od alkoholu przejawia podwyższony poziom lęku, a 32,5% – podwyższony poziom depresji.
2. Kobiety w porównaniu z mężczyznami prezentują na początku terapii wyższy poziom depresji. Wyższy poziom depresji cechuje również tych mężczyzn, którzy podejmują terapię po raz kolejny.
3. Kobiety przerywające i kończące terapię nie różnią się na jej początku poziomem lęku i depresji, natomiast duże nasilenie skarg lękowych i depresyjnych można u mężczyzn uznać za czynnik ryzyka przerwania terapii uzależnienia.
4. Osoby z wysokim poziomem lęku i depresji deklarują niższy poziom poczucia własnej skuteczności oraz mniejsze zadowolenie z wielu aspektów życia. Nie potwierdzono zależności między poziomem lęku i depresji a wsparciem społecznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Scott J, Gilvarry E, Farrell M (1998) Managing anxiety and depression in alcohol and drug dependence. *Addictive Behaviors*, 23, 6, 919–93.
2. Lynskey MT (1998) The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: treatment implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 3, 201–209.
3. Burns L, Teesson M (2002) Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 3, 299–307.
4. Sher L (2004) Depression and alcoholism. *International Journal of Medicine*, 97, 237–240.
5. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K (2004) Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 8, 807–816.
6. Donham GW, Ludenia K, Sands MM, Holzer P (2006) Cross-validation of the state-trait anxiety inventory using an alcoholic population. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 2, 629–631.
7. Wojnar M, Ślufarska A, Klimkiewicz A (2007) Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 3. Społeczno-demograficzne i psychologiczne czynniki ryzyka. *Alkoholizm i Narkomania*, 20, 1, 81–102.
8. Lindenmeyer J (2005) Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.
9. Tsuang D, Cowley D, Ries R, Dunner DL, Roy-Byrne PP (1995) The effects of substance use disorder on the clinical presentation of anxiety and depression in an outpatient psychiatric clinic. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 549–555.
10. Nordström A, Bodlund O (2008) Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 3, 250–255.
11. Zierau F, Bille A, Rutz W, Bech P (2002) The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 4, 265–271.

12. Saatcioglu O, Yapici A, Cakmak D (2008) Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27, 1, 83–90.
13. Brown SA, Irwin M, Schuckit MA (1991) Changes in Anxiety among Abstinent Male Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 55–61.
14. Peters TJ, Millward LM, Foster J (2003) Quality of life in alcohol misuse: comparison of men and women. *Archives of Women's Health*, 6, 239–243.
15. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE (1987) Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44, 6, 505–513.
16. Kucińska M, Mellibruda J (1997) Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia przez pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 28, 373–389.
17. Chodkiewicz J (2005) Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14, 1, 39–45.
18. Chodkiewicz J (2004) Czynniki prognostyczne skutecznej terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Wiadomości Psychiatryczne*, 7, 1, 9–15.
19. Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, Michael J (1998) The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 259–265.
20. Gamble SA, Conner KR, Talbot NL, Yu XM, Connors GJ (2010) Effects of Pretreatment and Posttreatment Depressive Symptoms on Alcohol Consumption Following Treatment in Project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 71–77.
21. Kranzler HR, del Boca FK, Rounsaville BJ (1996) Comorbid Psychiatric Diagnosis Predicts Three-Year Outcomes in Alcoholics: A Posttreatment Natural History Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 619–626.
22. Jin H, Rourke SB, Patterson TL, Taylor MJ, Grant I (1998) Predictors of relapse in long-term abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 640–646.
23. Körkel J, Schindler Ch (2003) Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Berlin: Springer-Verlag.
24. Moos RH, Schaefer JA (1993) Coping resources and process: current concepts and measures. W: Goldberger L, Breznits S (red.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: The Free Press, 234.
25. Chodkiewicz J (2007) Zadowolenie z życia a ukończenie terapii odwykowej. Badania osób uzależnionych od alkoholu. *Psychologia Jakości Życia*, 6, 1, 1–17.
26. Sandahl C, Lindberg S, Ronnenberg S (1990) Efficacy expectations among alcohol dependent patients – A Swedish version of the situational confidence questionnaire. *Alcohol*, 25, 1, 67–73.
27. Murphy S, Hoffman A (1993) An empirical description of phases of maintenance following treatment for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse*, 5, 131–143.
28. Jakubik A, Kowaluk B (1997) Wsparcie społeczne a utrzymanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 1, 26, 98–105.
29. de Walden-Gałaszko K, Majkovicz M (2000) Praktyka i ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze. W: de Walden-Gałaszko K, Majkovicz M (red.) *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Akademia Medyczna, 21–42.
30. Newes Cardoso JM, Barbosa A, Fatima I, Pombo S (2006) Neter Alcoholic Typology (NAT). *Alcohol and Alcoholism*, 41, 2, 133–139.
31. MacManus E, Fitzpatrick C (2007) Alcohol dependence and mood state in a population receiving methadone maintenance treatment. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 24, 1, 19–22.
32. Spada MM, Wells A (2005) Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12, 2, 150–155.
33. Chodkiewicz J (2009) Adaptacja polska Kwestionariusza Zadowolenia z Życia (FLZ). *Studia Psychologiczne*, 47, 3, 5–21.
34. Juczyński Z (2005) *Skala Wsparcia Społecznego – podręcznik (maszynopis)*.
35. Juczyński Z (2001) *Narzędzia stosowane w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP.

36. Jakitowicz J, Nitka A, Orłowska-Kunikowska E, Nowicki Z, Semetkowska-Jurkiewicz E (2002) Zaburzenia snu i objawy depresyjne u chorych hospitalizowanych z powodu cukrzycy. *Sen*, 2, 4, 121–126.
37. Marek K, Białoń P, Wichowicz H, Melloch H, Nitka-Siemieńska A (2005) Przesiewowa ocena rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku. *Psychiatria*, 2, 4, 217–224.
38. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV* (1994) Washington: American Psychiatric Association.
39. Kessler R (2003) Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5–13.
40. Helzer JE, Pryzbeck TR (1988) The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 219–224.
41. Koivumaa-Honkanen HT, Vinamaki H, Honkanen R, Tanskanen A, Antikainen R, Niskanen L, Jaaskelainen J, Lehtonen J (1996) Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 372–378.
42. Kraaimaat FW, Van Dam-Baggen CM, Bijlsma JW (1995) Depression, Anxiety and Social Support in Rheumatoid Arthritis women without and with a spouse. *Psychology and Health*, 10, 387–396.
43. Stice E, Ragan J, Randall P (2004) Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support?. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 1, 155–159.
44. Pauley PM, Hesse C (2009) The effects of social support, depression, and stress on drinking behaviors in a college student sample. *Communication Studies*, 60, 5, 493–508.
45. Jakubik A, Kraszewska E (2002) Zespół alienacyjny u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 1, 95–106.
46. Chodkiewicz J, Świątkowska M (2007) Poczucie osamotnienia a wsparcie społeczne i zadowolenie z życia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Acta Universitatis Lodzensis Folia Psychologia*, 11, 81–95.
47. Wegschneider S (2000) *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*. Warszawa: IPZ.
48. Windle M (1992) A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28, 522–530.
49. Marquis P, Fayol C, Joire J, Lepage A (1995) Psychometric properties of a specific quality of life questionnaire in angina pectoris patients. *Quality of Life Research*, 4, 540–546.
50. Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J, Brähler E (2000) *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
51. Chodkiewicz J, Salamon M, Miniszewska J, Woźniacka A (2007) Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób chorych na trądzik różowaty. *Przegląd Lekarski*, 64, 12, 997–1001.
52. Popiel A, Pragłowska E (2008) *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*. Warszawa: Paradygmat.
53. Kokoszka A (2009) *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków: UJ.
54. Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM (2000) Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 176, 373–378.
55. Mueser KT, Kavanagh D (2004) Treating comorbid alcohol and psychiatric problems. W: Heather N, Stockwell T (red.) *Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. Chichester: John Wiley&Sons, 139–161.

Adres do korespondencji
Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii UŁ
ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź
tel. 605 346 935
e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

otrzymano: 23.07.2010
przyjęto do druku: 30.08.2010