

MOTIVATION FOR PARTICIPATION IN REHAB THERAPY AND STRESS-COPING STYLES IN ALCOHOL DEPENDENT WOMEN AND MEN

MOTYWACJA DO UDZIAŁU W TERAPII I STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM U KOBIET I MĘŻCZYŹN UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Angelika Kleszczewska-Albińska , Magdalena Skudlarek

Institute of Psychology, University of Opole, Poland

Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski, Polska

Alcohol Drug Addict 2020; 33 (3): 219-238
DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2020.101799>

Abstract

Introduction: A review of literature on styles of coping with stress and motivation for therapy in alcohol dependent women and men was conducted. It was concluded that empirical data published hitherto allows the identification of gender differences, but precludes the creation of unequivocal models of motivation and coping with stress in women and men.

Material and methods: Ninety volunteers (33 F and 57 M), age 22 to 70 years ($M = 43.70$; $SD = 11.26$), attending rehab therapy ($M = 7.97$ months; $SD = 5.76$) in Upper Silesia addiction therapy centre took part in the study. Respondents fill in a demographic data questionnaire, Treatment Motivation Questionnaire and Coping with Stress Questionnaire.

Streszczenie

Wprowadzenie: Przedstawiono przegląd literatury z zakresu stylów radzenia sobie ze stresem i motywacji do uczestnictwa w terapii w grupie kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Wywnioskowano, że dotychczasowe dane empirycznie pozwalają na zaobserwowanie zróżnicowania ze względu na płeć, ale nie umożliwiają stworzenia jednoznacznych modeli w zakresie motywacji i radzenia sobie ze stresem przez kobiety i mężczyzn.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 90 ochotników (33 K i 57 M) w wieku od 22 do 70 lat ($M = 43,70$; $SD = 11,26$), uczęszczających na terapię uzależnień ($M = 7,97$ miesięcy; $SD = 5,76$) do ośrodka leczenia uzależnień na Górnym Śląsku. Respondenci wypełnili metryczkę, Kwestionariusz Motywacji do Leczenia (K-M) oraz Kwe-

Correspondence to/Adres do korespondencji: Angelika Kleszczewska-Albińska, Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski, Plac Staszica 1, 45-052 Opole, Poland, phone: +48 502 390 322, e-mail: akleszczewska@uni.opole.pl

Authors' contribution/Wkład pracy autorów: Study design/Koncepcja badania: A. Kleszczewska-Albińska; Data collection/Zebrań danych: M. Skudlarek; Statistical analysis/Analiza statystyczna: A. Kleszczewska-Albińska; Data interpretation/Interpretacja danych: A. Kleszczewska-Albińska; Acceptance of final manuscript version/Akceptacja ostatecznej wersji pracy: A. Kleszczewska-Albińska; Literature search/Przygotowanie literatury: A. Kleszczewska-Albińska

No ghostwriting and guest authorship declared./Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship*.

Submitted/Otrzymano: 30.12.2019 • **Accepted/Przyjęto do druku:** 25.05.2020

© 2020 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Termedia sp. z o.o.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Results: It was shown, that: 1) passive waiting for help from others is significantly more frequent in women than in men; 2) incompetence in coping is significantly higher in women than in men; 3) need for learning new things and for growth is slightly higher (statistical tendency) in women than in men; 4) women significantly more often than men apply emotion-oriented strategies; 5) Men significantly more often than women seek out social contacts; 6) women significantly more frequently than men engage in replacement activities.

Discussion: The pattern of the obtained results was different for women and men. Women wait passively for help from others, they believe in their own helplessness and are prone to reduce emotional tension. Men cope with stress throughout by seeking out social contacts.

Conclusions: In therapeutic work with women, external motivators should be underlined, while working with men internal motivators should be used more frequently. In the group of females, the competencies required for identifying, accepting and coping with difficult emotions are crucial. In the group of males, the competencies for seeking out adaptive social relations are required.

Keywords: Motivation for treatment, Coping with stress, Alcohol dependence, Gender.

stionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych.

Wyniki: Wykazano, że: 1) bierne oczekiwanie na pomoc z zewnątrz to nastawienie istotnie częstsze w grupie kobiet niż mężczyzn; 2) nieumiejętność radzenia sobie jest istotnie wyższa w grupie kobiet niż mężczyzn; 3) potrzeba uczenia się nowych zachowań i rozwoju jest na poziomie tendencji statystycznej wyższa w grupie kobiet niż mężczyzn; 4) kobiety istotnie częściej niż mężczyźni stosują strategie skoncentrowane na emocjach; 5) mężczyźni istotnie częściej niż kobiety poszukują kontaktów towarzyskich; 6) kobiety istotnie częściej niż mężczyźni angażują się w czynności zastępcze.

Omówienie: Uzyskano odmienne wzorce wyników dla grup kobiet i mężczyzn. Kobiety biernie oczekują na pomoc z zewnątrz, są przekonane o swojej bezradności i skłonne do podejmowania prób obniżenia napięcia emocjonalnego. Mężczyźni radzą sobie ze stresem, poszukując kontaktów towarzyskich.

Wnioski: W pracy terapeutycznej z kobietami warto położyć większy nacisk na motywatory zewnętrzne, a w pracy z mężczyznami na motywatory wewnętrzne. W grupie kobiet istotne jest rozwijanie umiejętności potrzebnych do identyfikowania, akceptowania i radzenia sobie z trudnymi emocjami. W grupie mężczyzn warto położyć nacisk na rozwijanie umiejętności potrzebnych do poszukiwania adaptacyjnych relacji towarzyskich.

Słowa kluczowe: motywacja do leczenia, radzenie sobie ze stresem, uzależnienie od alkoholu, płęć.

■ INTRODUCTION

Dependence on alcohol leads to actions that harm the individual but do not cease despite the damage the subject suffers [1]. The main symptoms of dependence include substance craving, withdrawal syndrome, changes in tolerance, impaired control, consumption of substances despite the awareness of the behaviour's harmfulness and neglect of alternative sources of pleasure [2]. In Poland, alcohol consumption is constantly increasing and the proportion of hard liquor is growing as well. According to data from the State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems (PARPA), in 2019, the average Pole

■ WPROWADZENIE

Uzależnienie od alkoholu prowadzi do podejmowania szkodliwych dla jednostki działań, kontynuowanych mimo szkód, jakie powodują [1]. Do głównych objawów uzależnienia należą: głód substancji, zespół abstynencyjny, zmiana tolerancji, upośledzona kontrola, przyjmowanie substancji pomimo wiedzy o szkodliwości tego zachowania oraz zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności [2]. W Polsce stale wzrasta ilość spożywanego alkoholu i w coraz większym stopniu są to spirytusowe alkohole wysokoprocentowe. Z danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) wynika, że w 2019 r.

consumed 9.78 litres in terms of 100% alcohol equivalent per year. More than half (54.6%) of the consumed alcoholic beverages was beer and 37.8% was spirits (both in terms of 100% alcohol equivalent) [3].

The research conducted by CBOS (Centre for Public Opinion Research) in 2019, "Consumption of alcohol in Poland" shows that respondents aged 25-34 most frequently consumed alcohol with two-thirds of them (65%) drinking occasionally. Almost every tenth person (9%) drank frequently and only 7% are abstinent. Among women, the highest percentage of alcohol consumers is recorded in the 25-34 (93%) and the lowest in the 65 and over age groups (63%). On the other hand, men drink alcohol relatively most often in the 45-54 age group (99%) and the least frequently, like women, in the oldest age group over 65 years of age (83%) [4].

According to Mellibruda [5], the mechanisms of dependency gradually arise as a result of the psychopharmacological effect of alcohol, deepened by the inter- and intra-personal experiences that accompany drinking. The reasons for drinking vary before an individual develops the mechanism of substance dependency (i.e. loss of control over the striving for the substance, compulsive seeking and consumption) [6]. Among the most common reasons are stress, emotional disorder, family and professional problems and low self-esteem. In the scientific literature there are various entries describing the motives for drinking that later lead to dependency, including the desire to escape from reality, ceremonialism, the desire to have fun or gain courage or find a means of reducing tension, irritation or forgetting one's problems [7, 8]. The ever-changing dynamics of human life also contribute to more frequent use of alcohol. The time necessary for the realisation of professional objectives is lengthy and that spent on leisure and social relations is limited. As a result, tensions and fears, which are difficult to relieve, tend to grow [9] and the ways of dealing with these problems are always changing. Drinking is one of the many ways of dealing with these difficulties [1].

Alcohol dependence is a social problem [10]. It is stressed that the causes of alcohol dependence are many and highly individualised [5] and are described in the literature in terms of medi-

przeciętny Polak wypijał 9,78 litra 100% alkoholu rocznie. Ponad połowę (54,6%) spożywanych napojów alkoholowych stanowiło piwo, a 37,8% – wysokoprocentowe wyroby spirytusowe (oba trunki w przeliczeniu na 100% alkohol) [3].

Z badań „Konsumpcja alkoholu w Polsce” przeprowadzonych przez CBOS w 2019 r. wynika, że alkohol konsumują najczęściej badani w wieku 25–34 lata: dwie trzecie z nich (65%) sięga po alkohol okazjonalnie, prawie co dziesiąta osoba (9%) – często, a tylko 7% stanowią abstynenci. Wśród kobiet najwyższy odsetek konsumentek alkoholu notuje się w grupie wiekowej 25–34 lata (93%), a najniższy w grupie 65 lat i więcej (63%). Natomiast mężczyźni stosunkowo najczęściej piją alkohol w wieku 45–54 lata (99%), a najrzadziej, podobnie jak kobiety, w najstarszym wieku – powyżej 65. roku życia (83%) [4].

Zdaniem Mellibrudy [5] mechanizmy uzależnienia powstają stopniowo, na skutek psychofarmakologicznego działania alkoholu, pogłębianego doświadczeniami inter- oraz intrapersonalnymi towarzyszącymi picciu. Zanim u jednostki rozwinię się mechanizm uzależnienia od substancji (tj. utrata kontroli nad dążeniem do kontaktu z substancją, kompulsywne jej poszukiwanie i pobieranie) [6], przyczyny sięgania po alkohol bywają zróżnicowane. Wśród najczęściej wymienianych w popularnych źródłach znajdują się stres, zaburzenia emocjonalne, problemy rodzinne i zawodowe, niska samoocena. W literaturze naukowej można odnaleźć różnorodne pozycje zawierające opis będących przyczyną późniejszego uzależnienia motywów sięgania po alkohol, m.in. chęć ucieczki od rzeczywistości, ceremonialność, chęć zabawy, chęć dodania sobie odwagi, sposób na obniżenie napięcia i rozdrażnienia, sposób na zapomnienie o kłopotach [7, 8]. Do częstszego sięgania po alkohol przyczynia się także stale zmieniająca się dynamika życia człowieka. Wydłużeniu ulega czas niezbędny do realizacji zadań zawodowych, a skracają się czas przeznaczony na wypoczynek i relacje z innymi ludźmi. W efekcie narastają trudne do rozładowania napięcia i lęki [9] i zmieniają się sposoby radzenia sobie z tymi problemami. Sięganie po alkohol jest jednym z wielu sposobów wykorzystywanych do radzenia sobie z wymienionymi trudnościami [1].

Uzależnienie od alkoholu to problem społeczny [10]. Podkreśla się, że przyczyn jego powstania jest wiele i są one bardzo zindywidualizowane [5].

cal, genetic, psychological, sociological and pedagogical factors. Mellibruda's bio-psycho-social model [5, 11] is one of the most comprehensive and takes into account the various factors and aetiology of alcohol dependence. According to this approach, the activation of the psychological mechanisms leading to dependence is caused by internal (e.g. somatic and mental illnesses, bodily harm, lack of practical life skills, destructive life orientation) and/or external factors (e.g. stress, impairment of social relations, negative social consequences of drinking). The mechanisms of dependence lead to: 1) addictive emotional regulation, where alcohol is perceived as a major source of pleasure and a tool for removing undesirable feelings; 2) illusion and denial as a result of which the individual does not allow for the awareness indicating the fact of dependence and the resulting losses and 3) dispersion of the "self", manifesting itself in a sense of freedom and strength after drinking alcohol and a sense of helplessness, guilt and breakdown after sobering-up, which is a source of identity disruption and damage to the self-structure. These mechanisms are a system controlling the dependent person's activity, causing strong alcohol craving and loss of control over drinking [5, 11].

External and internal conditions can be identified among the factors described as motivating indicators for treatment. External factors include, among others, the obligation to undergo treatment (e.g. court order, the last stage of alcoholic disease), pressure on the part of loved ones (e.g. threat of losing contact with children, loss of family) or coercion on the part of the employer (e.g. threat of unemployment). Internal motivators include a sense of guilt ("a moral hangover"), feeling low, fear for one's own health and life and a sense of being a loser [12-14].

Alcohol dependence researchers stress the importance of motivation although in different therapy models the role of this factor is understood in various ways [15]. Similarly, the very important role of stress and ways of coping with it in the context of alcohol dependence development analysis and the dependence mechanism is understood and described differently in different theoretical models.

W literaturze opisuje się je w podziale na czynniki medyczne, genetyczne, psychologiczne, socjologiczne i pedagogiczne. Do kompleksowych modeli uwzględniających różnorodne czynniki i etiologię uzależnienia od alkoholu można zaliczyć biopsychospołeczny model Mellibrudy [5, 11]. Zgodnie z tym ujęciem aktywizację mechanizmów psychologicznych kierujących uzależnieniem powodują czynniki wewnętrzne (np. choroby somatyczne i psychiczne, uszkodzenie organizmu, niedobór praktycznych umiejętności życiowych, destrukcyjna orientacja życiowa) i/lub czynniki zewnętrzne (m.in. stres, upośledzenie relacji społecznych, negatywne konsekwencje społeczne picia). Mechanizmy uzależnienia prowadzą do: 1) nałogowego regulowania emocji, gdzie alkohol postrzegany jest jako główne źródło przyjemności i narzędzie do usuwania przykrości; 2) iluzji i zaprzeczeń, w efekcie czego jednostka nie dopuszcza do świadomości treści wskazujących na fakt uzależnienia i wynikających z tego faktu strat; oraz 3) rozpraszenia „ja”, przejawiającego się w poczuciu wolności i siły po spożyciu alkoholu i poczuciu bezsilności, winy i załamania po wytrzeźwieniu, co jest źródłem zachwiania poczucia tożsamości oraz uszkodzenia struktury „ja”. Mechanizmy te stanowią system kontrolujący działanie osoby uzależnionej – powodują silne pragnienie alkoholu i utratę kontroli nad piciem [5, 11].

Pośród czynników opisywanych jako motywujące do leczenia można odnaleźć uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne. Do czynników zewnętrznych można zaliczyć m.in. zobowiązanie do leczenia (np. nakaz sądowy, ostatnie stadium choroby alkoholowej), środki nacisku ze strony najbliższych (np. groźba utraty kontaktu z dziećmi, utraty rodziny) czy przymus ze strony pracodawcy (np. groźba utraty pracy). Z kolei motywatory wewnętrzne to m.in. poczucie winy („kac moralny”), złe samopoczucie, obawa o własne zdrowie i życie, przekonanie o doznanych stratach [12-14].

Badacze zajmujący się problematyką uzależnienia od alkoholu podkreślają wagę motywacji, ale w różnych modelach terapii rola tego czynnika rozumiana jest inaczej [15]. Podobnie bardzo istotna rola stresu i sposobów radzenia sobie z nim w kontekście analizy rozwoju uzależnienia od alkoholu i mechanizmu uzależnienia jest pojmowana i opisywana na różne sposoby w odmiennych modelach teoretycznych.

Alcohol dependent persons' motivation for undertaking treatment

Motivation is considered to be one of the most important factors influencing the choice to undertake therapy and implement life changes [15, 16]. The motivational factor is included in various models of addiction therapy [6]. For example, among the relatively popular models describing the mechanism of dependence formation and taking into account broadly understood motivational mechanisms, there are theories based on negative reinforcement systems [17], on control disorders and the occurrence of impulse control disorder and compulsive control disorder [18], theories referring to the formation of stimulus-response habits [19], theories taking into account learning mechanisms [20] or the mechanism of impaired drive satisfaction [21]¹. Each of these theories includes a description of problems related to dysfunction of motivation-drive processes. As Kostowski emphasises [6], it is likely that the dependence mechanism is similar in its operation to naturally occurring reward and enhancement mechanisms.

The motivational factor, described as an important element from the perspective of commitment to abstinence and the therapeutic process [22, 23], can be considered a resource supporting change [24] or a condition of effective therapy [1]. In describing motivation processes in the area of dependence, the authors make an important distinction between motivation to change problem behaviours (like alcohol abuse) and motivation to participate in therapy [25]. In many cases, participation in therapy is the result of pressure from other people, and therefore has an external character. The lack of internal motivation, in turn, results in a lack of readiness and willingness to introduce changes in the area of problematic behaviour related to drinking. It seems, therefore, that a high level of internal motivation is key to the success of therapeutic work.

As research indicates, therapeutic success (understood as cessation of alcohol use and no relapses) is achieved by just over half of alcohol dependent persons [26]. Among the predictors of success are gender (women complete

¹ Due to the limited text space, only the exemplary theories taking into account the incentive factor are mentioned. See Kostowski [6] for a description of these theories.

Motywacja do podjęcia terapii u osób uzależnionych od alkoholu

Motywacja jest uznawana za jeden z najważniejszych czynników wpływających na chęć podejmowania terapii i wprowadzania zmian w życiu [15, 16]. Czynniki motywacyjne uwzględniany jest w różnorodnych modelach terapii uzależnienia [6]. Dla przykładu wśród stosunkowo popularnych modeli opisujących mechanizm powstawania uzależnienia i jednocześnie uwzględniających szeroko rozumiane mechanizmy motywacyjne można odnaleźć teorie bazujące na systemach wzmocnień negatywnych [17], zaburzeniach kontroli oraz występowaniu zachowań impulsywnych i kompulsywnych [18], teorie odwołujące się do powstawania nawyków bodziec-reakcja [19], teorie uwzględniające mechanizmy uczenia się [20] czy mechanizm upośledzonego zaspokajania popędu [21]¹. Każda z tych teorii uwzględnia opis problemów związanych z zaburzeniem procesów motywacyjno-popędowych. Jak podkreśla Kostowski [6], istnieje prawdopodobieństwo, że mechanizm uzależnienia jest w swoim działaniu podobny do występujących naturalnie mechanizmów nagród i wzmocnień.

Czynnik motywacyjny, opisywany jako element istotny z perspektywy zaangażowania w proces terapeutyczny oraz abstynencji [22, 23], bywa rozpatrywany jako zasób wspomagający zmianę [24] czy warunek efektywnej terapii [1]. Opisując procesy motywacyjne w obszarze problematyki uzależnień, autorzy dokonują ważnego rozróżnienia między motywacją do zmian zachowań problemowych (takich jak nadużywanie alkoholu) a motywacją do udziału w terapii [25]. Niejednokrotnie udział w terapii jest bowiem efektem nacisku ze strony innych osób, a zatem ma charakter zewnętrzny. Brak motywacji wewnętrznej skutkuje z kolei brakiem gotowości i chęci do wprowadzenia zmian w obszarze zachowań problemowych związanych z pićm. Wydaje się zatem, że w celu uzyskania sukcesu w pracy terapeutycznej niezwykle istotny jest wysoki poziom motywacji wewnętrznej.

Jak wskazują badania, terapię kończy z sukcesem (rozumianym jako zaprzestanie używania alkoholu i brak nawrotów) nieco ponad połowa osób uzależnionych [26]. Wśród predyktorów sukcesu wymienia się m.in. płeć (kobiety kończą rozpoczętą terapię

¹ Z uwagi na ograniczone miejsce, w tekście zostały tylko wymienione przykładowe teorie uwzględniające czynnik motywacyjny. Opis tych ujęć znajduje się w pracy Kostowskiego [6].

the therapy more often), involvement in a relationship (people in relationships are more motivated to complete therapy), having children (parents are more motivated), employment and higher education levels [26, 27]. Importantly, the authors of studies on addiction therapy emphasise that involvement in therapy is very often associated with an attempt to avoid aversive factors like the possibility of losing one's family, employment or legal action [27, 28]. In turn, the factors that reduce the chances of completing the entire treatment programme and avoiding relapse include young age, legal issues and previous problems with completing addiction therapy [29-31].

The behaviour associated with drinking varies according to the dependent-person's gender [32], so more detailed analysis of the factors that influence the effectiveness of rehab treatment for both men and women is worthwhile. The Chodkiewicz study [32] shows that in the male group, those with high self-esteem, a task-oriented approach to coping with difficult situations, low denial rates, lower intensity of anxiety and subjectively perceived stress are more likely to complete addiction therapy. In the women's group on the other hand, it is highly probable that addiction treatment will be completed by those who actively cope with stress, look for information about problems experienced and are optimistic about their circumstances. Among the women, it is also beneficial to intensify religious practices and to accept the problem followed by the expression of their emotions. In other words, in the men's group, completion of addiction therapy is facilitated by a task-oriented attitude, while in the women's group, emotion-related factors prove to be more important.

Alcohol, stress and coping with stress

The commonly reported relationship between acute or chronic stress and motivation to increase alcohol consumption has been confirmed in empirical studies [33]. It is indicated that people start drinking to get rid of unpleasant sensations and to evoke a positive emotional response [34]. In the short term, the use of alcohol as a means of coping with stress may be seen as effective, but in the long term, it proves to be a maladaptive strategy [35]. The authors indicate that alcohol as

częściej niż mężczyźni), zaangażowanie w związek (osoby w związkach są bardziej zmotywowane do ukończenia terapii niż osoby samotne), posiadanie potomstwa (rodzice są bardziej zmotywowani do terapii niż osoby bezdzietne), zatrudnienie i wyższy poziom wykształcenia [26, 27]. Co istotne, autorzy opracowań dotyczących terapii uzależnień podkreślają, że zaangażowanie w terapię bardzo często jest związane z próbą uniknięcia działania czynników awersyjnych, związanych np. z możliwością utraty rodziny, pracy czy oskarżeniem i procesem sądowym [27, 28]. Z kolei czynniki zmniejszające szanse na ukończenie całego programu terapeutycznego i uniknięcie nawrotów to np. młody wiek, problemy z prawem i wcześniejsze problemy z ukończeniem terapii uzależnień [29-31].

Zachowania związane z pićm są zróżnicowane ze względu na płeć osoby uzależnionej [32], warto zatem poddać bardziej szczegółowej analizie czynniki wpływające na skuteczność leczenia odwykowego w grupie kobiet i mężczyzn. Z badań Chodkiewicza [32] wynika, że w grupie mężczyzn większe szanse na ukończenie terapii uzależnień mają te osoby, które cechuje wysokie poczucie własnej wartości, zadaniowe podejście do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, niski wskaźnik zaprzeczania doświadczanym problemom, niższe natężenie lęku i subiektywnie odczuwanego stresu. Z kolei w grupie kobiet ukończenie terapii uzależnień jest wysoce prawdopodobne u osób aktywnie radzących sobie ze stresem, poszukujących informacji dotyczących doświadczanych problemów i optymistycznie traktujących zaistniałe okoliczności. W grupie kobiet korzystne jest także zintensyfikowanie praktyk religijnych i zaakceptowanie problemu poparte wyrażeniem własnych emocji. Innymi słowy, w grupie mężczyzn zakończeniu terapii uzależnień sprzyja nastawienie zadaniowe, podczas gdy w grupie kobiet bardziej istotne okazują się czynniki związane z emocjami.

Alkohol a stres i radzenie sobie ze stresem

Potocznie wskazywana zależność między ostrym lub przewlekłym stresem a motywacją do zwiększonego spożycia alkoholu została potwierdzona w badaniach empirycznych [33]. Wskazuje się, że ludzie sięgają po alkohol w celu pozbycia się nieprzyjemnych odczuć i wywołania pozytywnej reakcji emocjonalnej [34]. W perspektywie krótkoterminowej używanie alkoholu jako sposobu radzenia sobie ze stresem może być postrzegane jako skuteczne, w perspektywie długoterminowej

a stress-coping strategy occurs when an individual lacks other more adaptive and effective strategies [36, 37]. In other words, drinking is a form of avoidance, non-adaptive strategy of coping with negative emotions [38-42].

It is worth emphasising here that the analysis of the results of hitherto conducted research on the interaction between alcohol and stress leads to the conclusion that these links are extremely complicated. For example, studies from the 1970s focused on anxiety-relieving effects of alcohol [43, 44]. In later works, the conclusions reached were more detailed. It has been shown that reducing tension in alcohol users is only possible if they have positive expectations about the calming function of alcohol [45]. In subsequent years of research, the problem was better identified and it was emphasised that analysis of the relationship between alcohol consumption and stress should also take into account stressor types, individual characteristics and gender [46]. As pointed out by Cooper *et al.* [47], women are likely to internalise the effects of perceived stress more often than men, while men externalise them more than women. Thus, it would be expected that men are more likely to drink in difficult (i.e. stressful) situations. Other studies show that women are more susceptible to stress but have different coping strategies than men, making them less likely to abuse alcohol [48]. According to the authors, women are more likely to adopt emotion-focused strategies, i.e. seek social support and talking to a partner than men [29]. In the men's group on the other hand, problem-focused strategies were more common as was the use of alcohol to deal with negative emotions [49].

The studies carried out so far on the relationship between alcohol consumption and stress do not allow for clear conclusions to be drawn. This is due, among other things, to the great diversity of research tools and methodology used in the described analyses. Using measures enabling assessment of stressful events, it has been shown that alcohol consumption is related to the number of stressors experienced in life. One study showed that more alcohol is consumed by people reporting experience of more stressful events [50]. Interestingly, another study found the opposite was true as higher frequency of alcohol consumption

okazuje się jednak strategią nieadaptacyjną [35]. Autorzy wskazują, że alkohol jako strategia radzenia sobie ze stresem bywa wykorzystywany tylko w sytuacjach, w których jednostce brakuje adaptacyjnych i efektywnych strategii radzenia sobie [36, 37]. Innymi słowy, sięganie po alkohol jest formą unikowej, nieadaptacyjnej strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami [38-42].

Warto w tym miejscu podkreślić, że analiza wyników prowadzonych dotychczas badań dotyczących zależności między alkoholem i stresem prowadzi do wniosku, iż zależności te są niezwykle skomplikowane. Dla przykładu w opracowaniach z lat 70. zwracano uwagę na przeciwłkowe, obniżające niepokój działanie alkoholu [43, 44]. W późniejszych pracach wniosek ten został uszczegółowiony. Wykazano, że obniżenie napięcia u osób spożywających alkohol możliwe jest jedynie wtedy, gdy mają one pozytywne oczekiwania co do uspokajającej funkcji alkoholu [45]. Kolejne lata badań umożliwiły dookreślenie problemu. Podkreślono, że analiza zależności między spożywaniem alkoholu i stresem powinna uwzględniać także rodzaje stresorów, cechy indywidualne i płeć [46]. Jak wskazali Cooper i wsp. [47], kobiety prawdopodobnie częściej niż mężczyźni internalizują skutki odczuwanego stresu, podczas gdy mężczyźni częściej niż kobiety je eksternalizują. Tym samym należałoby oczekiwać, że w trudnych (tj. stresujących) dla siebie sytuacjach mężczyźni częściej niż kobiety będą sięgali po alkohol. Z innych badań wynika, że kobiety są bardziej od mężczyzn podatne na stres, ale stosują inne niż mężczyźni strategie radzenia sobie, przez co są mniej skłonne do nadużywania alkoholu [48]. Zdaniem autorów u kobiet częściej, w porównaniu z mężczyznami, obserwuje się wykorzystywanie strategii skoncentrowanych na emocjach, tj. poszukiwania wsparcia społecznego i rozmów z partnerem [29]. Natomiast w grupie mężczyzn częstsze niż w grupie kobiet jest wykorzystywanie strategii skoncentrowanych na problemie i używanie alkoholu jako sposobu radzenia sobie z negatywnymi emocjami [49].

Przeprowadzone badania zależności między spożywaniem alkoholu a stresem nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków. Dzieje się tak m.in. ze względu na duże zróżnicowanie narzędzi badawczych i metodologii stosowanej w opisywanych analizach. Korzystając z miar umożliwiających dokonanie oceny zdarzeń stresujących, wykazano, że konsumpcja alkoholu jest powiązana z liczbą stresorów doświadczanych w życiu. W jednym z badań udowodniono, że większe ilości alkoholu spożywają osoby deklarujące przeżycie większej liczby zdarzeń stresujących [50]. Co ciekawe, wniosek z innego ba-

was associated with fewer stressors experienced over a whole lifetime [51]. Many of the studies indicate relationships (both positive and negative) between stress and alcohol consumption in groups of women and men [48]. For example, it has been observed that the type of stressor experienced moderated the relationship between alcohol consumption and the number of stressful events over a lifetime. In the case of men, alcohol consumption was positively correlated with experiences of divorce, relationship breakdown, financial problems, being a victim of crime and the accumulation of other life events. In the case of women, on the other hand, there was a negative correlation between alcohol abuse and the death of a close friend [52]. Analyses of the relationship between alcohol consumption and health-related stressors show a decrease in alcohol consumption in people experiencing this category of stressful events [53]. Among work-related stressors, financial difficulties led to excessive alcohol consumption in a men's group [51], and a sense of excessive demands at work led to an increase in alcohol consumption among women [54].

To sum up, the research conducted so far allows us to observe both positive and negative relationships between alcohol consumption and broadly understood stress. As it turns out, these relationships remain different for women and men. In the case of men, researchers noted more statistically significant and complex patterns of co-occurrence in both variables (i.e. alcohol consumption and stress) than in women. It therefore seems that further research including both women and men is necessary.

■ MATERIAL AND METHODS

The aim of the study was to analyse the differences between alcohol-dependent women and men in terms of their level of motivation to participate in addiction treatment and the frequency of different stress-coping style. It also verified the link between treatment duration and frequency of different stress-coping style. It was checked whether 1) there are statistically significant differences between women and men in the degree of motivation to undergo addiction therapy 2) there are statistically significant differences in the level of individual stress-coping styles among

dania okazał się odwrotny – większa częstotliwość spożywania alkoholu powiązana była z mniejszą liczbą doświadczonych w ciągu życia stresorów [51]. Wiele spośród przeprowadzonych badań wskazuje na zależności (zarówno pozytywne, jak i negatywne) między stresem a spożywaniem alkoholu w grupach kobiet i mężczyzn [48]. Zaobserwowano na przykład, że rodzaj doświadczanego stresora moderował zależność między konsumpcją alkoholu a liczbą doświadczanych w życiu zdarzeń stresujących. W przypadku mężczyzn spożycie alkoholu było pozytywnie skorelowane z doświadczeniem rozwodu, rozpadu związku, problemów finansowych, bycia ofiarą przestępstwa i kumulowania się innych zdarzeń życiowych. Z kolei w grupie kobiet odnotowano negatywną korelację między nadużywaniem alkoholu a zmierzeniem się ze śmiercią przyjaciela [52]. Analizy zależności między spożywaniem alkoholu a stresorami powiązanych ze zdrowiem pokazują spadek spożycia alkoholu u osób doświadczających tej kategorii zdarzeń stresujących [53]. Wśród stresorów powiązanych ze sferą zawodową trudności finansowe prowadziły do nadmiernego spożycia alkoholu w grupie mężczyzn [51], a poczucie nadmiernych wymagań stawianych w pracy prowadziło do wzrostu spożycia alkoholu w grupie kobiet [54].

Podsumowując, przeprowadzone dotychczas badania pozwalają zaobserwować zarówno pozytywne, jak i negatywne zależności między spożywaniem alkoholu a szeroko pojmowanym stresem. Jak się okazuje, zależności te pozostają odmienne dla grupy kobiet i mężczyzn. Badacze zanotowali w przypadku mężczyzn bardziej istotne statystycznie i bardziej złożone niż w grupie kobiet wzorce współwystępowania obu zmiennych (tj. spożycia alkoholu i stresu). Wydaje się zatem, że dalsze badania uwzględniające udział przedstawicieli obu płci są niezbędne.

■ MATERIAŁ I METODY

Przeprowadzone badanie miało na celu analizę różnic między uzależnionymi od alkoholu kobietami i mężczyznami pod względem poziomu motywacji do uczestniczenia w terapii uzależnień oraz częstości wykorzystywania różnych stylów radzenia sobie ze stresem, a także zweryfikowanie zależności między długością leczenia a częstością używania poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem. Sprawdzone, czy: 1) między kobietami i mężczyznami występują istotne statystycznie różnice w zakresie natężenia poziomu motywacji do poddania się terapii uzależnień; 2) występują istotne statystycznie różnice pod względem poziomu poszczególnych stylów radzenia sobie ze

women and men participating in addiction therapy and 3) there is a significant relationship between the length of treatment and the level of individual stress-coping styles.

It was assumed that 1) women will be more externally motivated to undertake addiction therapy and men will be more internally motivated, 2) women involved in addiction therapy frequently will apply emotional-oriented and men task-oriented coping styles and 3) as the length of participation in addiction therapy in both groups increases, the frequency of task-oriented styles will increase.

A study was conducted in two drug treatment centres located in Upper Silesia in order to verify the above assumptions. The study involved 90 people (including 33 women – 36.67% and 57 men – 63.33%), who provided informed consent to participate in the project. All respondents were alcohol-dependent. The age range was from 22 to 70 years of age ($M = 43.70$; $SD = 11.26$) and average duration of addiction therapy was $M = 7.97$ months; $SD = 5.76$. The exact sociodemographic characteristics of the respondents are presented in Table I.

stresem w grupie kobiet i mężczyzn uczestniczących w terapii uzależnień oraz 3) występuje istotna zależność między długością leczenia a poziomem poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem.

Założono, że: 1) kobiety będą bardziej zmotywowane zewnętrznie do podjęcia terapii uzależnień, a mężczyźni będą cechowali się większą motywacją wewnętrzną; 2) w grupie kobiet zaangażowanych w terapię uzależnień częściej będzie występował styl radzenia sobie oparty na emocjach, a w grupie mężczyzn styl skoncentrowany na zadaniu; 3) wraz ze wzrostem długości uczestnictwa w terapii uzależnień w obu grupach będzie wzrastała częstotliwość wykorzystywania stylu skoncentrowanego na zadaniu.

W celu weryfikacji powyższych założeń przeprowadzono badanie w dwóch ośrodkach leczenia odwykowego zlokalizowanych na Górnym Śląsku. W badaniu wzięło udział 90 osób (w tym 33 kobiety – 36,67%, i 57 mężczyzn – 63,33%), które wyraziły świadomą zgodę na udział w projekcie. Wszyscy badani to osoby uzależnione od alkoholu. Przedział wiekowy wynosił od 22 do 70 lat ($M = 43,70$; $SD = 11,26$), średnia długość uczęszczania na terapię uzależnień – $M = 7,97$ miesięcy; $SD = 5,76$. Dokładną charakterystykę społeczno-demograficzną badanych zamieszczono w tabeli I.

Table I. Study-group sociodemographic characteristics

Tabela I. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy

Sociodemographic features Cechy społeczno-demograficzne	Study group Badana grupa	
	n	%
Gender/Płeć		
Woman/Kobieta	33	36.67
Man/Mężczyzna	57	63.33
Marital status/Stan cywilny		
Unmarried/Panna/kawaler	32	35.56
Married/Zamężna/żonaty	37	41.11
Widowed/Wdowa/wdowiec	9	10.00
Divorced/Rozwód	12	13.33
Education/Wykształcenie		
Basic/Podstawowe	6	6.67
Middle school/Gimnazjalne	2	2.22
High school/Średnie	36	40.00
Vocational/Zawodowe	37	41.11
Higher/Wyższe	9	10.00
Place of dwelling/Miejsce zamieszkania		
Country/Wieś	31	34.44
Town/Miasto	59	65.56

After obtaining permission from directors of addiction treatment centres and duty psychologists, participants were invited to participate in the project during community meetings. During the meeting, potential study participants were informed about its objective, anonymous character and time consuming aspect. After all the necessary information was provided at the community meeting, volunteers received their test sets, consisting of a demographic data questionnaire (gender, age, place of residence, marital status, education and duration of addiction therapy) and two standardised questionnaires: the Treatment Motivation Questionnaire (K-M) by Wysokińska-Gąsior and Matuszewski [55] and the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) by Endler and Parker [56] in the Polish adaptation of Strelau, Jaworowska, Wrześniewski and Szczepaniak [57]. All participants were instructed on how to complete the questionnaires. Filling in the whole set of tests took the respondents on average 20 minutes. Respondents answered the questionnaire individually.

Research tools

Wysokińska-Gąsior and Matuszewski's **Treatment Motivation Questionnaire**. The tool consists of 36 statements to which respondents respond on the six-level Likert scale (1 – definitely not true to 6 – certainly true). The inventory estimates the degree of four independent motivations for treatment: 1) activity – attitude towards action, need to learn new behaviours and personal development; 2) being harmed – passive waiting for external help; 3) helplessness – inability to cope with crisis situations; 4) threat – feeling threatened by ailments and illness.

The Treatment Motivation Questionnaire is characterised by satisfactory psychometric properties. Cronbach's α coefficients for particular dimensions range from 0.87 to 0.92 [55].

The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) by Endler and Parker in Strelau, Jaworowska, Wrześniewski and Szczepaniak's Polish adaptation consists of 48 statements, to which the subjects respond on a five-point Likert scale (1 – not at all to 5 – very much). The questionnaire identifies three stress-coping styles:

Po uzyskaniu zgody dyrektorów ośrodków leczenia uzależnień i dyżurujących psychologów, do udziału w projekcie zaproszono uczestników podczas spotkań społeczności. W trakcie spotkania poinformowano potencjalnych uczestników badania o jego celu, anonimowym charakterze i czasochłonności. Po udzieleniu wszystkich koniecznych informacji i zakończeniu spotkania społeczności chętnym rozdano zestawy testów złożone z metryczki (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie i długość uczęszczania na terapię uzależnień) oraz dwóch kwestionariuszy standaryzowanych: Kwestionariusza Motywacji do Leczenia (K-M) Wysokińskiej-Gąsior i Matuszewskiego [55] oraz Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (*Coping Inventory for Stressful Situations* – CISS) Endlera i Parkera [56] w polskiej adaptacji Strelau, Jaworowskiej, Wrześniewskiego i Szczepaniaka [57]. Wszyscy uczestnicy badania zostali poinformowani, w jaki sposób należy wypełnić kwestionariusze. Wypełnienie całego zestawu testów zajmowało respondentom średnio 20 minut. Badanie miało charakter indywidualny.

Narzędzia badawcze

Kwestionariusz Motywacji do Leczenia Wysokińskiej-Gąsior i Matuszewskiego. Narzędzie składa się z 36 twierdzeń, do których respondenci ustosunkowują się na sześciostopniowej skali Likerta (1 – zdecydowanie nieprawdziwe; 6 – zdecydowanie prawdziwe). Inwentarz pozwala oszacować natężenie czterech niezależnych rodzajów motywacji do leczenia: 1) aktywność – nastawienie na działanie, potrzeba uczenia się nowych zachowań i rozwoju; 2) krzywda – bierne oczekiwanie na pomoc z zewnątrz; 3) bezradność – nieumiejętność radzenia sobie w kryzysowych sytuacjach; 4) zagrożenie – poczucie zagrożenia dolegliwościami i chorobą.

Kwestionariusz Motywacji do Leczenia charakteryzuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi. Współczynniki α Cronbacha dla poszczególnych wymiarów mieszczą się w zakresie od 0,87 do 0,92 [55].

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Strelau, Jaworowskiej, Wrześniewskiego i Szczepaniaka składa się z 48 stwierdzeń, do których badani ustosunkowują się na pięciostopniowej skali Likerta (1 – nigdy; 5 – bardzo często). Kwestionariusz umożliwia zidentyfikowanie trzech stylów radzenia sobie ze stresem: 1) stylu skoncentrowanego na zadaniu – skłonności do podejmowania konkretnych

Table II. Descriptive statistics of variable analysis according to gender
Tabela II. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych w podziale na płeć

Variables Zmienne	Women/Kobiety n = 33		Men/Mężczyźni n = 57	
	M	SD	M	SD
Treatment motivation/ Motywacja do leczenia				
Activity/Aktywność	66.42	7.81	63.25	9.28
Being harmed/Krzywda	48.76	5.19	42.53	9.03
Helplessness/Bezradność	34.09	6.30	31.00	6.89
Threat/Zagrożenie	26.94	4.15	25.82	3.93
Coping with stress styles/Style radzenia sobie ze stresem				
Task-oriented style/Styl skoncentrowany na zadaniu	54.61	10.83	57.70	8.00
Self-oriented style (emotions)/Styl skoncentrowany na emocjach	59.21	9.59	44.47	10.96
Avoidance-oriented style/Styl skoncentrowany na unikaniu	63.73	6.35	64.19	7.12
Social diversion; Seeking out social contacts/Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	15.18	3.72	17.32	3.46
Distraction; Engaging in replacement activities/Angażowanie się w czynności zastępcze	40.06	4.60	38.33	4.37

1) task-oriented style, which is a tendency to take specific actions to solve the problem; 2) emotion-oriented style: a tendency to reduce emotional tension; 3) avoidance-oriented style by a) engaging in replacement activities or b) seeking out social contacts. The tool's Cronbach's α reliability coefficients are satisfactory and range from 0.78 to 0.90 [57].

■ RESULTS

At the first stage of the study, descriptive statistics were analysed, with a breakdown by gender. The detailed results are presented in Table II.

It was observed that studied women were characterised by average focus on action, moderate inactivity, low levels of helplessness and a sense of being at-risk of contracting a disease. The women were moderately successful in task-oriented stress management styles, with high scores for emotional and avoidance styles. The men on the other hand, had a moderate attitude towards action, a low tendency to wait passively for help and a low sense of risk of getting ill. Respondents from this group were moderately motivated on problem-solving actions and on focusing on their emotions. They largely concentrated on avoiding coping with stressful situations.

działań nastawionych na rozwiązanie problemu; 2) stylu skoncentrowanego na emocjach – skłonności do redukcji napięcia emocjonalnego; 3) stylu skoncentrowanego na unikaniu przez a) angażowanie się w czynności zastępcze lub b) poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Współczynniki rzetelności α Cronbacha dla narzędzia są zadowalające i mieszczą się w zakresie od 0,78 do 0,90 [57].

■ WYNIKI

W pierwszym kroku wykonano analizę statystyk opisowych, z uwzględnieniem podziału na płeć. Szczegółowe rezultaty przedstawiono w tabeli II.

Zaobserwowano, że uczestniczki przeprowadzonego badania charakteryzowały się przeciętnym nastawieniem na działanie, umiarkowaną biernością, niskim poziomem bezradności i poczucia zagrożenia chorobami. Badane kobiety uzyskały umiarkowane wyniki dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu, wysokie wyniki dla stylu skoncentrowanego na emocjach oraz na unikaniu. Z kolei mężczyźni biorący udział w badaniu charakteryzowali się umiarkowanym nastawieniem na działanie, niską tendencją do biernego oczekiwania na pomoc i niskim poczuciem zagrożenia chorobami. Respondenci z tej grupy byli w umiarkowanym stopniu nastawieni na działania skoncentrowane na rozwiązywaniu problemów i na koncentrację na własnych emocjach. W dużym stopniu byli skoncentrowani na unikaniu radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Gender and treatment motivation

Analyses showed that the average level of feeling of being harmed in the group of women ($M = 48.76$; $SD = 5.19$) is significantly higher than the average level of the same feeling in the men's group ($M = 42.53$; $SD = 9.03$): $F_{(1,88)} = 13.17$; $p < 0.001$. There were also significant differences in the mean level of feelings of helplessness among women ($M = 34.09$; $SD = 6.30$) and men ($M = 31.00$; $SD = 6.89$): $F_{(1,88)} = 4.48$; $p < 0.05$ and significant differences (at the statistical tendency level) in activity between women ($M = 66.42$; $SD = 7.81$) and men ($M = 63.25$; $SD = 9.28$): $F_{(1,88)} = 2.74$; $p = 0.1$.

Gender and stress-coping styles

The results of the analyses indicate that there is a statistically significant difference in the average level of intensity of emotion-oriented style in the women's ($M = 59.21$; $SD = 9.59$) and men's ($M = 44.47$; $SD = 10.96$): $F_{(1,88)} = 41.30$; $p < 0.001$ groups. There is also a statistically significant difference in the average level of intensity of seeking out social contacts in the women's ($M = 15.18$; $SD = 3.72$) and men's ($M = 17.32$; $SD = 3.46$): $F_{(1,88)} = 7.52$; $p < 0.01$ group and, at the level of statistical tendency, involvement in replacement activities: $F_{(1,88)} = 3.14$; $p = 0.08$ for women ($M = 40.06$; $SD = 4.60$) and men ($M = 38.33$; $SD = 4.37$) respectively.

Treatment length and stress-coping styles

It was examined whether there is a correlation between the length of treatment and the frequency of application of individual stress-coping strategies. The results of the analysis were found to be statistically insignificant, which means that there was no correlation between the two variables in the study group (both in the whole group and by gender).

Stress-coping styles and motivation to seek treatment

It was checked whether there is a correlation between the frequency of particular stress-coping styles and the declared treatment motivation. The results of the analysis were found to be statistically insignificant, which means that there was no correlation between the two variables in the study group (both in the whole group and by gender).

Motywacja do leczenia a płeć

W wyniku przeprowadzonych analiz dowiedziono, że średni poziom poczucia krzywdy w grupie kobiet ($M = 48,76$; $SD = 5,19$) jest istotnie wyższy niż średni poziom poczucia krzywdy w grupie mężczyzn ($M = 42,53$; $SD = 9,03$): $F_{(1,88)} = 13,17$; $p < 0,001$. Zaobserwowano też istotne zróżnicowanie w zakresie średniego poziomu poczucia bezradności w grupie kobiet ($M = 34,09$; $SD = 6,30$) i mężczyzn ($M = 31,00$; $SD = 6,89$): $F_{(1,88)} = 4,48$; $p < 0,05$, oraz istotne na poziomie tendencji statystycznej zróżnicowanie w zakresie aktywności między kobietami ($M = 66,42$; $SD = 7,81$) i mężczyznami ($M = 63,25$; $SD = 9,28$): $F_{(1,88)} = 2,74$; $p = 0,1$.

Style radzenia sobie ze stresem a płeć

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że istnieje istotna statystycznie różnica w średnim poziomie natężenia stylu skoncentrowanego na emocjach w grupie kobiet ($M = 59,21$; $SD = 9,59$) i mężczyzn ($M = 44,47$; $SD = 10,96$): $F_{(1,88)} = 41,30$; $p < 0,001$. Istotnie statystycznie różni się także średni poziom natężenia poszukiwania kontaktów towarzyskich w grupie kobiet ($M = 15,18$; $SD = 3,72$) i mężczyzn ($M = 17,32$; $SD = 3,46$): $F_{(1,88)} = 7,52$; $p < 0,01$, oraz na poziomie tendencji statystycznej angażowanie się w czynności zastępcze: $F_{(1,88)} = 3,14$; $p = 0,08$, odpowiednio: dla kobiet – $M = 40,06$; $SD = 4,60$, i mężczyzn – $M = 38,33$; $SD = 4,37$.

Długość leczenia a style radzenia sobie ze stresem

Sprawdzono, czy występuje zależność między długością leczenia a częstotliwością stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem. Wyniki przeprowadzonej analizy okazały się nieistotne statystycznie, co oznacza, że w badanej grupie respondentów (zarówno w całej grupie, jak i w podziale na płeć) nie odnotowano zależności między tymi dwiema zmiennymi.

Style radzenia sobie ze stresem a motywacja do leczenia

Sprawdzono, czy występuje zależność między częstotliwością stosowania poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem a deklarowaną motywacją do leczenia. Wyniki analizy okazały się nieistotne statystycznie, co oznacza, że w badanej grupie respondentów (zarówno w całej grupie, jak i w podziale na płeć) nie odnotowano zależności między tymi dwiema zmiennymi.

■ DISCUSSION

The results reveal a slightly different pattern for the men and women taking part in the study. Women achieved high scores on the scale of being harmed and on the helplessness scale. From this data, it can be assumed that women participating in the study passively wait for external help and are convinced that they cannot cope with the problems they experience. This result seems consistent with the data quoted by Chodkiewicz [32]. Indirectly, it can also be referred to the results contained in the work of Noel and Lisman [58], who stressed that women who abuse alcohol have an increased level of depressive symptoms. It can be assumed that it is the high intensity of depression that leads to a sense of hopelessness and reduces self-confidence and ability to cope with difficulties. High levels of depression-specific negative beliefs about oneself, the world and the future [59, 60] may eventually reduce the intensity of intrinsic motivation to take up treatment. Perhaps the women participating in the study, feeling that they have no control over events in their own lives, have attempted to cope with difficulties by reaching for alcohol. Their problems remained unresolved and, on the one hand, they increased dependence and on the other, increased the feeling of having lost control over their own lives. As a result, they also felt helpless in deciding on whether or not to seek addiction treatment. This assumption is worthy of verification in subsequent empirical studies.

From the perspective of the results described above, a higher level of activity in the group of women compared to the men's group seems somewhat surprising and seemingly contradictory in the context of women's high intensity of helplessness level. This can be analysed in relation to the potential aversive factors that alcohol-dependent women may face in their daily lives [32]. It is possible that therapy participants are concerned about the breakdown of their current relationships (data show that 42.4% are currently in relationships). However, despite their feelings of hopelessness and senselessness, they feel the need to learn new behaviour, according to the principle 'if I don't make an effort now, I might lose everything'. This assumption requires further empirical verification. The set of results gained may also be linked to the high

■ OMÓWIENIE

Wyniki kobiet i mężczyzn, którzy brali udział w przeprowadzonym badaniu, układają się w nieco inne wzorce. Respondentki uzyskały wysokie rezultaty na skali krzywdy i bezradności. Na podstawie tych danych można przypuszczać, że kobiety uczestniczące w badaniu w sposób bierny oczekują na pomoc z zewnątrz i są przekonane, że nie potrafią poradzić sobie z doświadczanymi problemami. Wynik ten wydaje się spójny z danymi przytoczonymi przez Chodkiewicza [32]. Pośrednio można go również odnieść do rezultatów zawartych w pracy Noel i Lismana [58], którzy podkreślali, że w grupie kobiet nadużywających alkoholu obserwuje się podwyższony poziom objawów depresyjnych. Można przypuszczać, że to właśnie wysokie natężenie depresji prowadzi do poczucia beznadziejności i zmniejsza wiarę we własne siły oraz możliwość poradzenia sobie z trudnościami. Wysokie natężenie charakterystycznych dla depresji negatywnych przekonań na temat siebie, świata i przyszłości [59, 60] może w efekcie obniżać natężenie motywacji wewnętrznej do podejmowania terapii. Być może kobiety uczestniczące w badaniu, czując, że nie mają kontroli nad zdarzeniami we własnym życiu, podejmowały próby radzenia sobie z trudnościami, sięgając po alkohol. Ich problemy pozostawały nierozwiązane, a one same z jednej strony pogłębiały uzależnienie, a z drugiej – zwiększały poczucie braku kontroli nad własnym życiem. W rezultacie odczuwały bezradność również w sprawie podjęcia decyzji o leczeniu odwykowym. To założenie warto poddać empirycznej weryfikacji w kolejnych badaniach empirycznych.

Z perspektywy opisanych wyżej wyników nieco zaskakujący i pozornie sprzeczny z przypuszczeniami odnoszącymi się do wysokiego natężenia poczucia bezradności wydaje się rezultat wskazujący na wyższe natężenie poziomu aktywności w grupie kobiet w porównaniu z grupą mężczyzn. Ten wynik można analizować w odniesieniu do potencjalnych awersyjnych czynników, z jakimi mogą w codziennym życiu stykać się kobiety uzależnione od alkoholu [32]. Możliwe, że uczestniczki terapii obawiają się rozpadu związków, w których obecnie się znajdują (z danych wynika, że 42,4% z nich jest obecnie w związkach). Mimo towarzyszącego im poczucia beznadziejności i bezsensu czują jednak potrzebę uczenia się nowych zachowań, zgodnie z zasadą „jeśli nie podejmę teraz wysiłku, mogę wszystko stracić”. Przypuszczenie to wymaga dalszej empirycznej weryfikacji. Otrzymany układ wyników może być także związany z wysokim zapotrzebowaniem na

demand for social approval among women. It is possible that in order to present themselves in a better light, they declared activity levels aimed at learning new skills higher than they really were. However, further research is needed to verify this assumption.

Consistent with the literature [29] remain results of more frequent use of emotion-focused stress-coping strategies and engagement in replacement activities among women than men. In contrast, it is more common for men than for women to engage in seeking out social contacts [32]. This data is consistent with the assumption that men and women's stress-coping patterns remain different [59-61]. This provides an additional argument in favour of involving both female and male representatives in dependence research.

The lack of correlation between stress-coping styles and length of treatment may be due to a number of factors that require further analysis. The study did not control the methods of work aimed at changing the stress-coping style applied in addiction treatment centres. There is a lack of data on the initial frequency of individual stress-coping strategies characteristic for the study participants. Another variable that interferes with the results obtained may be the intensity of depressive symptoms, which were not controlled for and may interfere with stress-coping styles. Epidemiological data on the relationship between stress, coping and alcohol abuse remain ambiguous [62], as do the data on changes in stress-coping styles resulting from therapy [63]. In addition, it is worth mentioning that coping styles are relatively constant personality dispositions and are relatively hard to alter [64]. Further research is therefore needed to address this variable and its detailed empirical analysis.

Study limitations. There are several limitations worth noting in subsequent analyses. In the study described, no information on the functioning of respondents was collected prior to the initiation of therapy. There was no data on previous experiences with the therapy or the consequences of addiction etc. It seems that this information could particularly complement the interpretation of the results obtained. It is therefore important to ensure that this data

aprobate społeczną w grupie kobiet. Możliwe, że chcąc zaprezentować się w lepszym świetle, deklarywały wyższy niż rzeczywisty poziom aktywności skierowanej na uczenie się nowych umiejętności. Weryfikacja tego przypuszczenia wymaga jednak dalszych badań.

Spójne z danymi zawartymi w literaturze [29] pozostają wyniki świadczące o częstszym w grupie kobiet, w porównaniu z grupą mężczyzn, stosowaniu strategii radzenia sobie ze stresem skoncentrowanej na emocjach i angażowaniu się w czynności zastępcze. Z kolei w grupie mężczyzn częstsze niż w grupie kobiet jest angażowanie się w poszukiwanie kontaktów towarzyskich [32]. Dane te są zgodne z założeniem, że wzorce radzenia sobie ze stresem charakterystyczne dla grupy kobiet i mężczyzn pozostają odmienne [59-61]. Stanowi to dodatkowy argument na rzecz włączania w badania dotyczące uzależnień zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Brak zależności między stylami radzenia sobie ze stresem a długością terapii może być spowodowany wieloma czynnikami, które wymagają dalszych analiz. W przeprowadzonym badaniu nie kontrolowano metod pracy nastawionych na zmianę stylu radzenia sobie ze stresem, z których korzystano w ośrodkach leczenia uzależnień. Brakuje danych na temat wyjściowej częstości używania poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem charakterystycznych dla uczestników przeprowadzonego badania. Inną zmienną zakłócającą uzyskane wyniki może być natężenie objawów depresyjnych, które nie było kontrolowane, a również może upośledzać sposób radzenia sobie ze stresem. Dane epidemiologiczne dotyczące zależności między stresem, sposobami radzenia sobie oraz nadużywaniem alkoholu pozostają niejednoznaczne [62], podobnie jak dane dotyczące zmian zachodzących w stylach radzenia sobie ze stresem w rezultacie terapii [63]. Dodatkowo warto wspomnieć, że style radzenia sobie ze stresem stanowią względnie stałe dyspozycje osobowościowe, których zmiana jest stosunkowo trudna do przeprowadzenia [64]. Niezbędne są zatem kolejne badania uwzględniające tę zmienną i jej szczegółową analizę empiryczną.

Ograniczenia badania. Przeprowadzone badanie obarczone jest kilkoma ograniczeniami, na które warto zwrócić uwagę w kolejnych analizach. W opisanym tu badaniu nie zgromadzono informacji dotyczących funkcjonowania respondentów przed podjęciem terapii. Zabrakło też danych na temat wcześniejszych doświadczeń z terapią, konsekwencji nałogu itp. Wydaje się, że te informacje mogłyby

is collected in subsequent studies. The project involved unequal groups of women and men. In subsequent studies, it is worth checking whether this means that representatives of both genders deal with their problems differently and go to addiction treatment centres at other stages of dealing with their alcohol problem. The study did not collect data on the reasons why respondents found themselves in treatment, which may be important in answering this question. The intensity of anxiety and depression symptoms was not measured in the study participant groups. As the literature review shows, these variables are important from the perspective of treatment decision making and course of treatment [65-68]. An additional variable worth considering in future studies is the intensity of social approval. This variable is worth considering given the declarative nature of the data collected by questionnaire. As a result of estimating the level of intensity of the need for social approval, it will be possible to evaluate the results of other tools filled in by the respondents more objectively [69-71].

■ CONCLUSIONS

As a result of the study, it was observed that in the alcohol-dependent group undertaking a therapy programme in an addiction treatment centre:

- 1) women, to a higher degree than men declared an external motivation to participate in therapy;
- 2) after engaging in therapy, women have a greater need than men to learn new behaviours and take action to develop themselves;
- 3) women more often than men adopt an emotion-oriented stress-coping style;
- 4) women more frequent than men engage in replacement activities;
- 5) men seek social contacts more often than women.

It seems worthwhile to take into account the diversity of motivational factors in the treatment programme and to place more emphasis on external factors in working with women and internal factors for men. During therapy, it would be useful to place particular emphasis in working with women on developing the skills needed to identify, accept and deal with difficult emotions and pay-

w sposób szczególny dopełnić interpretację otrzymanych wyników. Istotne jest zatem zadbanie, by w kolejnych badaniach dane te zostały zgromadzone. W projekcie udział wzięły nierównoliczne grupy kobiet i mężczyzn. W kolejnych badaniach warto sprawdzić, czy oznacza to, że przedstawiciele obu płci w różny sposób radzą sobie ze swoimi problemami, czy trafiają do ośrodków leczenia uzależnień na innych etapach zmagania się z problemem alkoholowym. W przeprowadzonym badaniu nie gromadzono danych na temat powodów, dla których respondenci podjęli leczenie, co może być istotne podczas udzielania odpowiedzi na powyższe pytanie. W grupie uczestników badania nie dokonano pomiaru natężenia objawów lękowych i depresyjnych. Jak zaś wynika z przeglądu literatury są to zmienne istotne z perspektywy podejmowania decyzji o leczeniu oraz jego przebiegu [65-68]. Dodatkową zmienną, którą warto uwzględnić w przyszłych badaniach, jest natężenie aprobaty społecznej. Zważywszy na deklaracyjny charakter zbieranych za pomocą kwestionariuszy danych, warto uwzględnić tę zmienną. Dzięki oszacowaniu poziomu natężenia potrzeby aprobaty społecznej możliwe stanie się dokonywanie bardziej obiektywnych ocen wyników pozostałych narzędzi wypełnianych przez badanych [69-71].

■ WNIOSKI

W rezultacie przeprowadzonego badania zaobserwowano, że w grupie osób uzależnionych od alkoholu i realizujących program terapii w ośrodku leczenia uzależnień:

- 1) kobiety w wyższym, w porównaniu z mężczyznami, stopniu deklarują zewnętrzną motywację do uczestniczenia w terapii;
- 2) po zaangażowaniu się w terapię kobiety przejawiają wyższą, w porównaniu z mężczyznami, potrzebę uczenia się nowych zachowań i podejmowania działań mających na celu własny rozwój;
- 3) kobiety częściej niż mężczyźni stosują styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach;
- 4) kobiety częściej niż mężczyźni angażują się w czynności zastępcze;
- 5) mężczyźni częściej niż kobiety poszukują kontaktów towarzyskich.

Wydaje się, że w programie terapii warto uwzględnić zróżnicowanie czynników motywacyjnych oraz położyć większy nacisk na wykorzystanie czynników zewnętrznych w pracy

ing attention to the activities undertaken by women in difficult situations. In the group of men, on the other hand, it would be important to pay attention to the social contacts they undertake and to place emphasis on developing the skills necessary to seek adaptive social relationships.

z kobietami i czynników wewnętrznych w pracy z mężczyznami. Podczas terapii dobrze byłoby w pracy z kobietami kłaść szczególny nacisk na rozwijanie umiejętności potrzebnych do identyfikowania, akceptowania i radzenia sobie z trudnymi emocjami oraz zwracać uwagę na aktywności podejmowane przez kobiety w trudnych dla nich sytuacjach. Z kolei w grupie mężczyzn istotne byłoby zwrócenie uwagi na kontakty towarzyskie, które podejmują, i położenie nacisku na rozwijanie umiejętności niezbędnych do poszukiwania adaptacyjnych relacji towarzyskich.

Acknowledgements/Podziękowania

We would like to thank Professor Paweł Izdebski and Paulina Andryszak, PhD for their help in conducting the research./Dziękujemy prof. Pawłowi Izdebskiemu i dr Paulinie Andryszak za pomoc w przeprowadzeniu badań.

Conflict of interest/Konflikt interesów

None declared./Nie występuje.

Financial support/Finansowanie

None declared./Nie zadeklarowano.

Ethics/Etyka

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects, Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals and the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

Treści przedstawione w pracy są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 roku.

References/Piśmiennictwo

1. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień: teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2006.
2. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: UWM „Vesalius” IPiN; 2000.
3. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). *Dane statystyczne dotyczące spożywanego w Polsce alkoholu*. <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (Accessed: 19.03.2020).
4. CBOS Komunikat z badań: *Konsumpcja alkoholu w Polsce*. Grudzień 2019. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_151_19.PDF (Accessed: 24.05.2020).
5. Mellibruda J. Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkohol Narkom* 1997; 3: 277-307.
6. Kostowski W. Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień. *Alkohol Narkom* 2006; 19 (2): 139-68.

7. Savic M, Room R, Mugavin J, Pennay A, Livingston M. Defining “drinking culture”: a critical review of its meaning and connotation in social research on alcohol problems. *Drug Educ Prev Polic* 2016; 23: 270-82.
8. Woronowicz TB. *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa: Wydawnictwo PARPA; 1998.
9. Bauman Z. *Ponowoczesność jako źródło cierpień*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!; 2013.
10. Zdybek P, Derbis R. Poczucie jakości życia i samoocena pacjentów w trakcie terapii uzależnienia od alkoholu. *Psych J* 2018; 24: 595-606.
11. Melibruda J. *Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia. Terapia uzależnienia i współ-uzależnienia*. <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/675-psychologiczna-koncepcja-mechanizmow-uzaleznienia.html> (Accessed: 24.05.2020).
12. Klimkiewicz A, Serafin P, Wojnar M. Czynniki ryzyka zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatria* 2011; 8: 7-17.
13. Jedynek M. Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne. In: Pstrąg D (ed.). *Uzależnienia oraz związane z nimi zagrożenia społeczne*. Rzeszów: Wydawnictwo UR; 2014.
14. Woronowicz TB. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa: Media Rodzina & PARPAMEDIA; 2009.
15. Chodkiewicz J. Motywacja do leczenia i utrzymywania abstynencji a ukończenie terapii przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkohol Narkom* 2013; 26 (2): 119-36.
16. Cooper ML. *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2010.
17. Baker T, Piper M, McCarthy DE, Majeskie R, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev* 2004; 111: 33-51.
18. Koob GF. Alcoholism: allostasis and beyond. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 232-43.
19. Everitt BJ, Dickinson A, Robbins TW. The neuropsychological basis of addictive behaviour. *Brain Res Rev* 2001; 36: 129-38.
20. Di Chiara G. A motivational learning hypothesis of the role of dopamine in compulsive drug use. *J Psychopharm* 1998; 12: 54-67.
21. Solomon RL. The opponent-process theory of acquired motivation: the costs of pleasure and the benefits of pain. *Am Psychol* 1980; 35: 691-712.
22. Simpson DD. Modeling treatment process and outcomes. *Addiction* 2001; 6: 207-11.
23. Laudet AB, Stanick V, Sands B. What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *J Subst Abuse Treat* 2009; 37: 182-90.
24. Groshkova T. Motivation in substance misuse treatment. *Addiction Res Theory* 2010; 18: 494-510.
25. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Res Health* 1999; 23: 86-92.
26. Chodkiewicz J. Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej – przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria* 2006; 3: 105-11.
27. Wojnar M, Ślufarska A, Klimkiewicz A. Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 3: Społeczno-demograficzne i psychologiczne czynniki ryzyka. *Alkohol Narkom* 2007; 20 (1): 81-102.
28. Woydyło E. O nawrotach choroby (z różnych perspektyw). *Ter Uzależ Współuzależ* 2007; 69-73.
29. Chaplin TM, Hong K, Bergquist K, Sinha R. Gender differences in response to emotional stress: an assessment across subjective, behavioral, and physiological domains and relations to alcohol craving. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32: 1242-50.
30. Chodkiewicz J. Głód alkoholu – konceptualizacja, wybrane modele i metody pomiaru. *Alcohol Drug Addict* 2014; 27: 265-72.
31. Koros E, Bienkowski P, Kostowski W. Od motywacji do „nagrody”: eksperymentalne modele „głodu” i nawrotów picia alkoholu etylowego. *Alkohol Narkom* 2001; 1: 25-38.
32. Chodkiewicz J. Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu. *Post Psychiatr Neurol* 2005; 14: 39-45.

33. Sudraba V, Millere A, Deklava L, Millere E, Zumente Z, Circenisa K, et al. Stress coping strategies of drug and alcohol addicted patients in Latvia. *Proc Soc Beh Sci* 2015; 205: 632-6.
34. Wills TA, Shiffman S. Coping and substance use: a conceptual framework. In: Shiffman S, Wills TA (eds.). *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press; 1985, p. 3-24.
35. Kassel JD, Bornovalova M, Mehta N. Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behav Res Therapy* 2006; 45: 939-50.
36. Wagner EF, Myers MG, McIninch J. Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addict Behav* 1999; 24: 769-79.
37. Hasking P, Hasking M, Lyvers CC. The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addict Behav* 2011; 36: 479-87.
38. Britton PC. The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addict Res Theory* 2004; 12: 103-14.
39. Evans DM, Dunn NJ. Alcohol expectancies, coping responses and self-efficacy judgments: a replication and extension of Copper et al.'s 1988 study in a college sample. *J Stud Alcohol* 1995; 56: 186-93.
40. Karwacki SB, Bradley JR. Coping, drinking motives, goal attainment expectancies and family models in relation to alcohol use among college students. *J Drug Educ* 1996; 26: 243-55.
41. Rafnsson FD, Jonsson FH, Windle M. Coping strategies, stressful life events, problem behaviors, and depressed affect. *Anxiety Stress Coping* 2006; 19: 241-57.
42. Corbin WR, Farmer NM, Nolen-Hoekesma S. Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: a mediated moderation model. *Addict Behav* 2013; 38: 1912-9.
43. Cappell HH. Alcohol and tension reduction: A review. *Q J Stud Alcohol* 1972; 12: 33-64.
44. Hodgson RJ, Stockwell TR, Rankin HJ. Can alcohol reduce tension? *Behav Res Ther* 1979; 17: 459-66.
45. Young EH. Relationship of residents' emotional problems, coping behaviors, and gender. *J Med Educ* 1987; 62: 642-50.
46. Greeley J, Oei T. *Alcohol and tension reduction. Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press; 1999.
47. Cooper ML, Russell M, Skinner JB, Frone MR, Mudar P. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *J Abnorm Psychol* 1992; 101: 139-52.
48. Esper LH, Furtado EF. Gender differences and association between psychological stress and alcohol consumption: a systematic review. *J Alcoholism Drug Depend* 2013. DOI: 10.4172/2329-6488.1000116.
49. Wang J, Keown LA, Patten SB, Williams JA, Currie SR, Beck CA, et al. A population-based study on ways of dealing with daily stress: comparisons among individuals with mental disorders, with long-term general medical conditions and healthy people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 666-74.
50. Lloyd DA, Turner RJ. Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. *Drug Alcohol Depend* 2008; 93: 217-26.
51. Brennan PL, Schutte KK, Moos RH. Reciprocal relations between stressors and drinking behavior: a three-wave panel study of late middle-aged and older women and men. *Addiction* 1999; 94: 737-49.
52. José BS, van Oers HA, van de Mheen HD, Garretsen HF, Mackenbach JP. Stressors and alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 2000; 35: 307-12.
53. Perreira KM, Sloan FA. Life events and alcohol consumption among mature adults: a longitudinal analysis. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 501-8.
54. Roxburgh S. Gender differences in the effect of job stressors on alcohol consumption. *Addict Behav* 1998; 23: 101-7.
55. Wysokińska-Gąsior T, Matuszewski A. *Nerwice: kwestionariusz motywacji do leczenia: podręcznik*. Warszawa: Ginter; 1991.

56. Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 844-54.
57. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS: Podręcznik do polskiej normalizacji*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2005.
58. Noel NE, Lisman SA. Alcohol consumption by college women following exposure to unsolvable problems: learned helplessness or stress induced drinking? *Behav Res Therapy* 1980; 18: 429-40.
59. Beck AT. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
60. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *Br J Cogn Psychother* 1983; 1: 1-16.
61. Endler NS, Parker JDA. Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychol Assess* 1994; 6: 50-60.
62. Cosway R, Endler NS, Sadler AJ, Deary IJ. The coping inventory for stressful situations: factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *J Appl Biobehav Res* 2000; 5: 121-43.
63. Keyes KM, Hatzenbuehler M, Grant BF, Hasin DS. Stress and alcohol: epidemiologic evidence. *Alcohol Res* 2012; 34: 391-400.
64. Mroziak B, Woronowicz BT, Wójtowicz S. Zmiany poczucia koherencji i stylu radzenia sobie ze stresem po podstawowym programie psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu. *Alkohol Narkom* 1999; 2: 225-36.
65. Carver CS, Scheier MF. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *J Pers Soc Psychol* 1994; 66: 184-95.
66. Gimeno C, Dorado ML, Roncero C, Szerman N, Vega P, Balanzá-Martínez V, et al. Treatment of comorbid alcohol dependence and anxiety disorder: review of the scientific evidence and recommendations for treatment. *Front Psychiatry* 2017; 8: 173.
67. Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small JW, Schlauch RC, Lewinsohn PM. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiatr Res* 2008; 42: 230-39.
68. DeVido JJ, Weiss RD. Treatment of the depressed alcoholic patient. *Curr Psychiatry* 2012; 14: 610-18.
69. Suter M, Strik W, Moggi F. Depressive symptoms as a predictor of alcohol relapse after residential treatment programs for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2011; 41: 225-32.
70. Groh DR, Ferrari JR, Jason LA. Self-reports of substance abusers: the relation between social desirability and social network variables. *J Groups Addict Recover* 2009; 4: 51-61.
71. Davis CG, Doherty S, Moser AE. Social desirability and change following substance abuse treatment in male offenders. *Psychol Addict Behav* 2014; 28: 872-9.

