

JAN CHODKIEWICZ
KRZYSZTOF GAŚSIOR (RED.)

WYBRANE ZAGADNIENIA PSYCHOLOGII ALKOHOLIZMU



Publikacja dofinansowana przez:
Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Kielcach

Copyright © Difin SA
Warszawa 2013

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie
i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy
bez zgody wydawcy zabronione.

Książka ta jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy,
abyś przestrzegał praw, jakie im przysługują. Jej zawartość
możesz udostępnić nieodpłatnie osobom bliskim lub osobiście
znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz
jej fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz,
czyje to dzieło. A kopiując jej część, rób to jedynie na użytek
osobisty. Szanujmy cudzą własność i prawo.

Recenzenci
prof. dr hab. Lucyna Golińska
prof. dr hab. Zygfryd Juczyński

Redaktor prowadząca
Julia Siemińska

ISBN 978-83-7930-081-5

Difin SA
Warszawa 2013
00-768 Warszawa, ul. F. Kostrzewskiego 1,
tel.: 22 851 45 61, 22 851 45 62,
faks: 22 841 98 91
Księgarnie internetowe Difin:
www.ksiegarnia.difin.pl, www.ksiegarniasgh.pl
Skład i łamanie: Poligrafia, tel. 601 306 035
Wydrukowano w Polsce

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie

Jan Chodkiewicz, Krzysztof Gąsior

7

Część I. NADUŻYWANIE ALKOHOLU I UZALEŻNIENIE

11

Rozdział 1. Pomiar stopnia zaangażowania w używanie alkoholu. Badania właściwości psychometrycznych Skali Używania Alkoholu

Ryszard Poprawa

13

Rozdział 2. Diagnoza nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu przy pomocy skali rozwoju uzależnienia od alkoholu – wstępna prezentacja narzędzia

Barbara Bętkowska-Korpała, Jacek Kasprzak

42

Rozdział 3. Rola temperamentu i charakteru w ujęciu Roberta Cloningera w przebiegu i efektach terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu

Jan Chodkiewicz

66

Rozdział 4. Procesy samosterowania u osób leczących się z powodu uzależnienia od alkoholu – zastosowanie konceptji samoregulacji Juliusa Kuhla

Barbara Bętkowska-Korpała, Sybilla Schiep

76

Rozdział 5. Zmiany w trakcie terapii wyznacznikiem utrzymywania abstynencji. Badania kobiet uzależnionych od alkoholu Artur Juczyński	94
Rozdział 6. Związki sytuacji ryzykownych z nasileniem objawów psychopatologicznych u mężczyzn uzależnionych od alkoholu Jan Chodkiewicz, Agata Biedrzycka	114
Rozdział 7. Charakterystyka problemów zdrowotnych osób bezdomnych uzależnionych od alkoholu Damian Czarnecki, Marcin Ziółkowski, Beata Łangowska-Grodzka, Krzysztof Opozda	129
Rozdział 8. Dynamika zmian w strukturze osobowości bezdomnych alkoholików leczonych w placówkach odwykowych. Analiza przypadku w oparciu o badanie testem Rorschacha i SCL-90 Hanna Elżanowska	143
Część II. DOROSŁE DZIECI ALKOHOLIKÓW	163
Rozdział 9. Współczesne kierunki pomocy psychologicznej rodzinom z problemem alkoholowym Iwona Grzegorzewska	165
Rozdział 10. Regulacja emocjonalna u dorosłych z rodzin alkoholików Lidia Cierpiątkowska	186
Rozdział 11. Profilaktyka i psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików Krzysztof Gąsior	205

WPROWADZENIE

Jan Chodkiewicz¹, Krzysztof Gąsior²

Książka, którą oddajemy do rąk Czytelników nosi tytuł *Wybrane zagadnienia z psychologii uzależnienia od alkoholu*. Jak podaje Cierpiałkowska [2007; Cierpiałkowska, Ziarko, 2010], psychologia uzależnienia od alkoholu jako subdyscyplina psychologii klinicznej wykorzystuje wiedzę psychologiczną pochodzącą z różnych paradygmatów i ujęć do tworzenia koncepcji dotyczących genezy i mechanizmów odpowiedzialnych za uzależnienie oraz za zjawiska mu towarzyszące, czyli takie, które występują u osób będących w bliskich związkach z uzależnionymi. Zgodnie z tym ujęciem psychologia uzależnienia od alkoholu skupia się na opisie obrazu klinicznego zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, tworzy koncepcje i modele uzależnienia i współuzależnienia, poszukuje odpowiedzi na pytanie o źródła powstawania uzależnień, a także kształtuje programy profilaktyki i leczenia uzależnień. W obszar swoich zainteresowań włącza również zagadnienia wpływu uzależnienia na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, także w perspektywie wielopokoleniowej, ale też funkcjonowanie członków rodziny z problemem alkoholowym w różnych fazach ich życia, poczynając od dzieciństwa, aż po dorosłość. Psychologia uzależnień odchodzi jednocześnie od deterministycznego spojrzenia na przyczyny, rozwój i skutki uzależnienia na rzecz ujęć interakcyjnych i indeterministycznych. Ujęcia te uwzględniają nie tylko działanie czynników zagrażających, ale również chroniących. Nie byłoby to możliwe bez wykorzystania modeli salutogenetycznych czy wiedzy z zakresu psychologii zdrowia oraz psychoterapii.

¹ Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki.

² Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji.

Przeglądowi koncepcji, ale też badań prowadzonych w ramach psychologii alkoholizmu w Polsce służą kieleckie konferencje odbywające się co dwa lata, poczynawszy od 2007 roku. Są one okazją do podjęcia dyskusji i wymiany poglądów na temat kondycji psychologii uzależnienia od alkoholu. O ile bowiem biologia uzależnień ma swoje trwałe osiągnięcia, o tyle psychologia uzależnień w Polsce rozwija się bardzo nierównomiernie. Z jednej strony od połowy lat 80. XX wieku obserwujemy niezwykle dynamiczny wzrost praktyki terapeutycznej, z drugiej zaś teoria psychologiczna w tym obszarze zdaje się rozwijać swoim osobnym torem, jakby obok owej praktyki. Pomiędzy badaczami zagadnień dotyczących uzależnienia i praktykami terapeutami pojawił się znaczący dystans, by nie powiedzieć przepaść. Nie jest to typowe tylko dla tej dziedziny, ponieważ podobne procesy obserwujemy np. w zakresie myślenia systemowego i terapii rodzin. Koniecznością jednak pozostaje zbliżanie owej teorii z praktyką. Sensowność tego typu dążeń potwierdza m.in. zweryfikowanie przez badaczy koncepcji syndromu DDA stworzonej przez terapeutów i klinicystów. Okazało się bowiem, że ci ostatni mogą sporo nauczyć się od badaczy i zweryfikować niektóre swoje podejścia terapeutyczne do dorosłych dzieci alkoholików.

Ostatnia kielecka konferencja – i dyskusja podjęta zarówno w jej trakcie, jak i po zakończeniu – na temat wybranych zagadnień psychologii uzależnienia od alkoholu odbyła się w 2011 roku, a jej owocem jest właśnie prezentowana książka. Składa się ona z dwóch części zatytułowanych: *Nadużywanie alkoholu i uzależnienie* oraz *Dorosłe dzieci alkoholików – badania i pomoc*. W części pierwszej Czytelnik zapoznać się może z polskimi pracami dotyczącymi pomiaru nasilenia ryzyka używania alkoholu czy objawów uzależnienia. Artykuł Ryszarda Poprawy przedstawia wyniki badań nad właściwościami psychometrycznymi Skali Używania Alkoholu. To skala w polskiej rzeczywistości wyjątkowa, służąca pomiarowi nasilenia zaangażowania w używanie alkoholu od abstynencji aż po uzależnienie. Można ją wykorzystać również do szacowania ryzyka problemów alkoholowych w ogólnej populacji osób od 14. do 60. roku życia. Barbara Bętkowska-Korpała i Jacek Kasprzyk prezentują natomiast wstępne wyniki badań nad Skalą Rozwoju Uzależnienia. Skala zapowiada się interesująco, tym bardziej że brak jest rzetelnych rodzimych narzędzi, które mogłyby być pomocne specjalistom i terapeutom w procesie diagnozy i analizowania objawów uzależnienia. Kolejna grupa artykułów dotyczy przebiegu i efektów leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Badania w zakresie uwarunkowań skuteczności leczenia odwykowego w Polsce należą jeszcze do rzadkości, tym bardziej ważne są doniesienia dotyczące roli temperamentu i charakteru w przebiegu terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu autorstwa Jana Chodkiewicza czy też analizy zmian u kobiet leczących się odwykowo Artura Juczyńskiego. Jan Chodkiewicz i Agata Biedrzycka analizują również związki sytuacji ryzykow-

nych z nasileniem objawów psychopatologicznych u alkoholików w kontekście nawrotów uzależnienia. Inspirujący artykuł Barbary Bętkowskiej-Korpały i Sybilli Błasczyk-Shiep podkreśla istotny związek funkcji motywacyjnych i wolicjonalnych oraz samoregulacyjnych z radzeniem sobie z problemem uzależnienia u osób o różnej długości utrzymywania abstynencji. Wyniki wyżej omówionych badań, zarówno Chodkiewicza, Bętkowskiej-Korpały, jak i Scheip, mają istotne znaczenie dla praktyków zajmujących się terapią uzależnień. Część pierwszą prezentowanej monografii zamykają dwa artykuły poświęcone problemom osób bezdomnych uzależnionych od alkoholu.

Część druga książki poświęcona jest zagadnieniom dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, zarówno tych w okresie wzrastania w rodzinie, jak i już osób dorosłych. Praca Iwony Grzegorzewskiej przedstawia współczesne kierunki pomocy psychologicznej i profilaktycznej dzieciom wychowującym się i wzrastającym w rodzinach z problemem alkoholowym. Artykuł zaś Krzysztofa Gąsiora, który porusza podobne zagadnienia, odnosi się do osób dorosłych, dzieci alkoholików. Co istotne, w obu pracach autorzy wskazują na to, że większość dzieci i dorosłych dzieci alkoholików zadziwiająco dobrze jest przystosowana do życia. Jednak część z nich wymaga pomocy. Pomoc ta jednak winna być zróżnicowana i dostosowana do ich potrzeb i problemów. Niezwykle ciekawy jest artykuł Lidii Cierpiałkowskiej dotyczący zagadnień regulacji emocjonalnej osób dorosłych z rodzin alkoholików. Zarówno opisywany projekt, jak i wyniki przeprowadzonych badań oparte są na indeterministycznym modelu psychopatologii. Model ten uwzględnia złożoność uwarunkowań procesu regulacji negatywnych emocji tak istotnych w funkcjonowaniu dda i innych osób z niekorzystnymi doświadczeniami dzieciństwa.

Mamy nadzieję, że prezentowana książka nie tylko zaciekawi Czytelników, ale zainspiruje też do dalszych badań w ramach psychologii uzależnień. Co więcej, liczymy na kontynuowanie dyskusji między badaczami i praktykami, której celem jest nie tylko poszerzanie wiedzy, ale i tworzenie dobrych praktyk zarówno badawczych, jak i terapeutycznych odnoszących się do problemów osób uzależnionych i członków ich rodzin.

Bibliografia

- Cierpiałkowska L. (2007). Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień. [w:] Cierpiałkowska L. (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, s. 17–43. Poznań: UAM.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2010). *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

I

NADUŻYWANIE ALKOHOLU I UZALEŻNIENIE

1

Pomiar stopnia zaangażowania w używanie alkoholu. Badania właściwości psychometrycznych Skali Używania Alkoholu

Ryszard Poprawa¹

Od używania do uzależnienia od alkoholu

Inicjacja picia alkoholu dla większości ludzi z zachodniego kręgu kulturowego ma miejsce zazwyczaj w okresie dorastania, czasami nawet wczesnego [Jessor, 1984; Frączek, 1994; *Alcohol Alert*, 1997, nr 37; Poprawa, 2000; Bobrowski, 2005]. Choć może się wiązać z incydentalnym nadużyciem alkoholu, używaniem ryzykownym, to jednak droga do problemów alkoholowych typu nadużywanie (picie szkodliwe) i uzależnienie jest zazwyczaj dość długa. Dochodzenie do picia szkodliwego i uzależnienia jest procesem trwającym wiele lat, o zmiennej dynamice i stopniowo nasilających się objawach [Jellinek, 1960; 1993; Woronowicz, 2009; Cierpiałkowska, Ziarko, 2010]. Zawsze zaczyna się od używania alkoholu o mniej lub bardziej normatywnym charakterze. To, czy zachowanie to uznamy za normatywne, zależy m.in. od wieku pijących, ilości, częstości i czasu trwania picia, okoliczności, w jakich ono się odbywa, oraz zagrożeń, jakie stwarza, i szkód, jakie powoduje. Choć nie każde nadmierne i ryzykowne picie alkoholu przechodzi w systematyczne nadużywanie, a to z kolei w uzależnienie, to właśnie taka jest zazwyczaj droga rozwoju uzależnienia. Dynamika zmian związanych z używaniem i nadużywaniem alkoholu przez

¹ Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego.

ludzi wpleciona jest w kontekst psychospołecznego rozwoju jednostki, jej zdolności społecznego przystosowania się i podolania wymogom życia, w kontekst okoliczności życiowych, wpływu otoczenia społecznego oraz psychologicznych (osobowościowych) i neurobiologicznych predyspozycji do doświadczania efektów picia alkoholu i zapotrzebowania na te efekty [Jessor, 1987; Tarter, Vanyukov 1997; Faden, Goldman, 2004/2005; Maggs, Schulenberg, 2004/2005; White, Jackson, 2004/2005; Masten i in., 2009].

Uzależnienie i picie szkodliwe są postępującymi zaburzeniami funkcjonowania psychospołecznego i neurobiologicznego jednostki. Pociągają za sobą wiele destruktywnych zmian w funkcjonowaniu społecznym oraz w osobowości i organizmie jednostki [IX Raport, 2002; Sher, Grekin, Williams, 2005; Woronowicz, 2009; Gilpin, Koob, 2008; Cierpiątkowska, Ziarko, 2010]. Rozwój szkodliwego picia i uzależniania się od alkoholu najczęściej rozpoczyna się w okresie późnego dorastania czy wczesnej dorosłości [Faden, Goldman, 2004/2005; Brown i in., 2009]. Badanie nastolatków, które zaczynają używać alkoholu i pić ryzykownie, doświadczając z tego tytułu pierwszych szkód, jest ważnym zadaniem z perspektywy zdrowia społecznego, rozwoju młodych ludzi i ich przystosowania społecznego. Rozpoznając ryzyko rozwoju problemów alkoholowych wśród dorastającej młodzieży, będziemy mogli nie tylko poznać mechanizmy uzależniania się ludzi w ogóle, ale też szukać sposobów na przeciwdziałanie patologicznym procesom i podejmować szybkie interwencje [Marlatt, Witkiewicz, 2002; Martin, Winters, 2003].

Narzędzia pomiaru stopnia używania alkoholu

Istnieje wiele narzędzi kwestionariuszowych wstępnego i wczesnego rozpoznawania problemów alkoholowych, w tym uzależnienia. Opierają się one bezpośrednio na kryteriach rozpoznawania picia szkodliwego i uzależnienia opisanych w podręcznikach diagnostycznych zaburzeń, takich jak DSM-III, DSM-IV czy ICD10 [Habrata, 1996]. Obejmują one badanie nie tylko zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, ale też wzorców picia alkoholu (częstości i ilości) oraz zachowań, które mogą być związane ze zwiększonym ryzykiem niekorzystnych zmian zdrowotnych (tj. picia ryzykownego) lub alkoholizmu. Ich szczegółowe opisy można znaleźć w wielu podręcznikach i fachowych opracowaniach dostępnych polskiemu czytelnikowi [np. Habrata, 1996; Martin, Winters, 2003; *Alcohol Alert*, 2002, s. 56; 2005, s. 65; Woronowicz, 2009]. Narzędzia te służą badaniom przesiewowym (*screening*) prowadzonym w różnych próbach ogólnej populacji w celu wczesnego rozpoznania zagrożenia problemami alkoholowymi i uzależnieniem. Rekomenduje się wykorzystywanie ich głównie

w pracy lekarzy pierwszego kontaktu, służb ratowniczych, w poradnictwie prenatalnym, wśród osadzonych w więzieniach i dokonujących przestępstw oraz wśród studentów i uczniów, czyli wszędzie tam, gdzie można w jak największym zakresie spotkać się ze szkodami spowodowanymi nadużywaniem alkoholu i gdzie to nadużywanie stanowi poważne zagrożenie i przyczynę problemów zdrowotnych i przystosowawczych [Stewart, Connors, 2004/2005; *Alcohol Alert*, 2005, s. 65].

Dla przykładu, jednym z najbardziej znanych narzędzi tego typu, co więcej, uznawanym za jedno z najlepszych, czyli o wysokiej rzetelności i trafności, jest *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)* – Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Używaniem Alkoholu [Babor, Higgins-Biddle, Saunders, Monteiro, 2001]. Został on przetłumaczony na język polski i jest rekomendowany do prowadzenia badań przesiewowych również w Polsce, głównie w praktyce lekarza pierwszego kontaktu [Habrat, 1996; Cherpitel, Ye, Moskalewicz, Świątkiewicz, 2005; Fudała, 2007]. Wykorzystuje się go również do rozpoznawania problemów alkoholowych w specyficznych grupach społecznych, takich jak na przykład żołnierze [Taracha, Habrat, Smela, Gruszczyński, 2002]. Metoda ta została opracowana na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1989 roku [Babor, de la Fuente, Saunders, Grant, 1996]. Składa się z dwóch części, pierwszej będącej samoopisowym 10-stwierdzeniowym kwestionariuszem i drugiej dotyczącej oceny klinicznej przeprowadzanej przez specjalistę (lekarza). Najczęściej wykorzystywana część pierwsza kwestionariusza *AUDIT* zawiera pytania charakteryzujące używanie alkoholu, jego wzorzec (ilości, częstotliwości picia oraz przekraczanie progu trzeźwości), negatywne skutki picia (problemy spowodowane piciem) oraz objawy uzależnienia (takie jak: upośledzenie kontroli, usuwanie alkoholem objawów odstawienia czy występowanie palimpsestów alkoholowych). Służy ona nie tyle rozpoznawaniu osób już uzależnionych od alkoholu, co raczej pijących ryzykownie lub szkodliwie, czyli będących na drodze do uzależnienia. Chociaż przeznaczona jest głównie do badań przesiewowych wśród osób dorosłych, może też być stosowana wśród starszej młodzieży. Wykorzystuje się ją również w badaniach empirycznych, których celem jest poszukiwanie przyczyn rozwoju problemów alkoholowych, jako wskaźnik nasilenia czy zagrożenia tymi problemami [np. Whiteside, Lynam, 2003; George i in., 2010].

Specyfika okresu dorastania i wchodzenia w proces uzależniania się powoduje, że w stosunku do dorastających (nastolatków) nie można stosować tych samych kryteriów i narzędzi diagnostycznych problemów alkoholowych, jakie stosuje się wobec dorosłych, szkodliwie pijących czy uzależnionych od alkoholu [Martin, Winters, 2003]. Narzędzia te wymagają uwzględnienia procesualnego charakteru problemu uzależniania się, skupienia na predyktorach picia szkodli-

wego i uzależnienia, a nie jedynie na ich symptomach, i uwzględnienia naturalnej, rozwojowej dynamiki i zmienności używania alkoholu oraz problemów alkoholowych dorastających i wchodzących w dorosłość młodych ludzi.

Zaangażowanie w używanie alkoholu

Zaangażowanie w używanie alkoholu jest to całokształt aktywności behawioralnej i poznawczo-motywacyjnej dotyczącej picia alkoholu oraz jego stopniowalnych skutków psychologicznych, fizjologicznych, społecznych i zdrowotnych, ujętych na skali od abstynencji (czyli braku zaangażowania) aż po uzależnienie (czyli najwyższy stopień zaangażowania). Na stopień zaangażowania człowieka (w szczególności młodych ludzi) w używanie alkoholu wskazuje wiele zmiennych, między innymi takich jak:

- Intensywność picia, na którą składa się przeciętna częstotliwość picia, ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu oraz częstotliwość przekraczania progu trzeźwości (czyli upijania się) [Alcohol Alert, 2002; 2005; Martin, Winters, 2003; Stewart, Connors, 2004/2005].
- Czas poświęcany aktywności związanej z piciem alkoholu. Zarówno czas związany z organizowaniem i poszukiwaniem okazji do picia, jak i czas spędzany na bezpośrednim piciu alkoholu [Jellinek, 1960; 1993; Habrat, 1996; Woronowicz, 2009].
- Utrwalone oczekiwania dotyczące efektów picia alkoholu. Przede wszystkim nasilenie oczekiwań pozytywnych efektów picia [Stacy, Widaman, Marlatt, 1990; Goldman, Del Boca, Darkes, 2003; Poprawa, 2006; 2008].
- Przekonania na temat wartościowości picia i bycia pijącym oraz społecznej dostępności tego zachowania, często określane jako przekonania normatywne na temat picia [np. Stacy, Widaman, Marlatt, 1990; Ostaszewski, Bobrowski, Borucka, Pisarska, 2002; Poprawa, 2006; 2008].
- Motywacja do picia alkoholu. Szczególnie natężenie motywów związanych z regulacją emocji i radzeniem sobie ze stresem. Na największe zaangażowanie w używanie alkoholu wskazują motywy picia, aby radzić sobie z dystresem, czyli stresem wywołującym takie negatywne emocje, jak: lęk, bezradność, smutek, cierpienie itp. [np. Cox, Klinger, 1988; Kuntsche i in., 2005; Poprawa, 2006; 2010; Grant, Stewart, Mohr, 2009].
- Zmiany tolerancji alkoholu polegające na jej podwyższaniu się w miarę zwiększania się zaangażowania w picie alkoholu. W stadiach chronicznych uzależnienia następuje spadek tolerancji alkoholu [Jellinek, 1960, 1993; Habrat, 1996; Woronowicz, 2009]. U osób genetycznie predysponowanych do angażowania się w używanie alkoholu jest ona wyjściowo na wyższym

poziomie niż w normie populacyjnej [Schuckit, 2000; Cierpiałkowska, Ziarko, 2010].

- Powiązane z oczekiwaniami efektów picia i tolerancją alkoholu oraz zależne od dawki konsumowanego alkoholu doświadczane psychofizjologiczne efekty używania alkoholu. Mogą one być stymulujące (pozytywnie pobudzające) i sedatywne (negatywnie osłabiające). W związku z tym pełnią funkcję wzmacniającą nawyk picia i hamującą lub utrwalającą nałóg [Martin i in., 1993; Marlatt, 1999; Cierpiałkowska, Ziarko, 2010].
- Konsekwencje psychospołeczne i zdrowotne używania alkoholu, czyli nasilenie problemów i szkód, jakie powoduje picie alkoholu [Habrat, 1996; Woronowicz, 2009].
- Sposób picia i samokontrola używania alkoholu, które w najwyższym stadium zaangażowania w picie są zaburzone (następuje upośledzenie kontroli picia i pojawiają się ciągi opilcze) [Jellinek, 1960; 1993; Habrat, 1996; Woronowicz, 2009].
- Zmiany temporalne w sposobie i intensywności picia polegające na nasilaniu się intensywności picia, zmianach tolerancji alkoholu i pogłębiających się zaburzeniach kontroli używania alkoholu, wzmaganiu ilości czasu poświęcanego picu alkoholu i usuwaniu skutków jego nadużywania itp. [Jellinek, 1960; 1993; Habrat, 1996; Woronowicz, 2009; Cierpiałkowska, Ziarko, 2010].

Na skali zaangażowania w używanie alkoholu wskazującej na postępujące nasilanie się zachowań, reakcji (motywów, oczekiwań, przeżyć, ocen) i skutków używania alkoholu od abstynencji aż do problematycznego picia i uzależnienia można wyróżnić pięć punktów: 0 – abstynencję, 1 – okazjonalno-towarzyskie, nieryzykowne, umiarkowane picie, 2 – mocne picie towarzyskie mogące rodzić już pewne problemy, 3 – nadużywanie problemowe, stwarzające wysokie ryzyko uzależnienia, 4 – zaangażowanie w używanie alkoholu podobne do uzależnienia lub będące uzależnieniem.

Podstawy opracowania narzędzia pomiaru stopnia zaangażowania w używanie alkoholu

W bardzo wielu badaniach naukowych ocenę ryzyka czy nasilenia problemów alkoholowych wśród dorastających i młodych dorosłych ogranicza się do trzech, ewentualnie czterech wskaźników ilościowych, którymi są: intensywność picia, czyli częstotliwość i ilość konsumowanego alkoholu, oraz częstość przekraczania progu trzeźwości, które odnosi się do ostatniego miesiąca życia lub

uśrednia (odnosi do tego, jak jest zazwyczaj). Często w badaniach dołącza się jeszcze ocenę częstości występowania różnych problemów spowodowanych przez nadużywanie alkoholu. Ponadto pyta się badanych o wiek inicjacji picia oraz o ich wiedzę czy przekonania na temat picia alkoholu [np. Okulicz-Kozaryn, Ostaszewski, 1999; Chodkiewicz, Juczyński, 2002; Ostaszewski, Bobrowski, Borucka, Pisarska, 2002; Bobrowski, 2005; Chodkiewicz, 2006; Juczyński, Chodkiewicz, Pisarski, Juczyński, 2006).

Celem badań własnych było opracowanie narzędzia pomiaru stopnia zaangażowania w używanie alkoholu, czyli nasilenia ryzyka problemów alkoholowych i uzależnienia, odwołującego się do powyżej przedstawionej definicji i ujmującego jak największą liczbę opisanych powyżej istotnych wskaźników tego zaangażowania. Co więcej, narzędzie to z założenia miało służyć do oceny stopnia zaangażowania w używanie alkoholu i szacowania ryzyka problemów alkoholowych oraz uzależniania wśród młodzieży w okresie późnego dorastania (*late adolescent*) i wschodzącej dorosłości (*emerging adulthood*), czyli w wieku od 16. do 21. roku życia. Tak więc powinno ono uwzględnić rozwojową dynamikę i procesualność problemu angażowania się w używanie alkoholu. Dzięki niemu powinno być możliwe odróżnienie problematycznego używania alkoholu, czyli takiego, które rodzi problemy przystosowawcze (społeczne), zdrowotne i psychologiczne, stwarzającego wysokie ryzyko uzależnienia, od nieproblematycznego, czyli niestwarzającego takich problemów i ryzyka.

Opracowanie nowego narzędzia pomiaru stopnia zaangażowania w używanie alkoholu zostało bezpośrednio zainspirowane i oparte na niektórych pozycjach *Adolescent Alcohol Involvement Scale* (Skali Zaangażowania Dorastających w Alkohol) Mayera i Filsteada [1979] oraz jej zmodyfikowanej wersji w opracowaniu Moberga [1983]. Przy formułowaniu pozycji narzędzia korzystano też z Kwestionariusza A.R.C. Engs w polskim przekładzie Bałabuszko-Sławińskiej [1990], opracowanego do badań problemów alkoholowych wśród młodzieży uczącej się i studiującej. Ponadto oparto się na kryteriach diagnostycznych picia szkodliwego (nadużywania alkoholu) oraz uzależnienia wg ICD-10 i DSM-IV [patrz: Habrat, 1996], opisie symptomów i przebiegu rozwoju uzależnienia według klasycznego modelu Jellinka [1960; 1993], opisie specyficznych warunkowań, charakterystyki i rozwojowej dynamiki używania i nadużywania alkoholu przez dorastających i młodych dorosłych [Jessor, 1984; 1987; Chassin, DeLucia, 2000; Masten, Faden, Zucker, Spear, 2009; Windle i in., 2009], wynikach badań nad bezpośrednimi determinantami rozwoju problemów alkoholowych, głównie w modelu motywacyjnym i poznawczej teorii społecznego uczenia się [Abrams, Niaura 1987; Cox, Klinger, 1988; Maisto, Carey, Bradizza, 2003] oraz pozycjach Testu Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu *AUDIT* [Babor i in., 2001].

Procedura konstruowania i opis metody

Bazując na powyższych źródłach i wskaźnikach zaangażowania w używanie alkoholu, opracowano następujące kryteria diagnostyczne skali pomiaru stopnia zaangażowania w używanie alkoholu:

- 1) temporalne zmiany zachowania wobec alkoholu,
- 2) częstotliwość używania różnych rodzajów napojów alkoholowych, od mających najmniej do najwyższej zawartości alkoholu etylowego (czyli: a) piwa, b) wina i tym podobnych napojów, c) drinków, czyli mieszanek napojów wysokoalkoholowych z napojami bezalkoholowymi i likierów, oraz c) wódki i innych napojów wysokoalkoholowych),
- 3) przeciętna ilość alkoholu wypijanego przy jednej okazji w zależności od wyżej wymienionych rodzajów napojów alkoholowych,
- 4) częstotliwość nadużywania alkoholu (upijania się),
- 5) motywy picia alkoholu (natężenie motywacji do picia, od degustacji i celebracji aż po nałogowy przymus picia),
- 6) konsekwencje psychospołeczne używania alkoholu (tj. problemy spowodowane używaniem alkoholu),
- 7) doświadczane psychofizjologiczne efekty używania alkoholu,
- 8) sposób i samokontrola używania alkoholu,
- 9) tolerancja alkoholu (ocena własnych możliwości picia),
- 10) ogólna ocena własnego używania alkoholu,
- 11) przypisywana innym ocena własnego używania alkoholu.

Opracowano też szczegółową charakterystykę (opis) każdego z wyżej krótko scharakteryzowanych pięciu krytycznych punktów skali zaangażowania w używanie alkoholu, od 0 – abstynencji, po 4 – picie podobne do uzależnienia lub będące już uzależnieniem. Charakterystykę tę wykorzystano w badaniach mających na celu określenie rangi (wagi) diagnostycznej każdej z możliwych odpowiedzi na pytania diagnostyczne.

Do wymienionych jedenastu kryteriów diagnostycznych sformułowano odpowiednie pytania diagnostyczne. Na przykład do kryterium 4. pytano: „Jak często, średnio licząc, upijasz się (tzn. czujesz się upity lub inni mówią, że byłeś upity)?”, a do kryterium 6. pytano: „Jakie miałeś problemy z powodu picia alkoholu?”. Następnie do każdego pytania opracowano odpowiedzi stanowiące zoperacjonalizowane wskaźniki wyżej wymienionych kryteriów. Odpowiedzi sformułowano w taki sposób, aby dały się ująć na skali stopnia zaangażowania w używanie alkoholu od 0 – abstynencji, po 4 – uzależnienie. Na przykład do pytania operacjonalizującego kryterium 5: „Co skłania cię do sięgania po alkohol?”, podano dziewięć odpowiedzi, od a) „Lubię kosztować alkoholu (spróbować jego smaku), do i) „Trudno mi jest nie pić, bez wypicia alkoholu czułbym

się źle”. Dodatkowo w tym pytaniu (kryterium) do każdej z możliwych odpowiedzi dołączono pięciopunktową skalę szacunkową (od 1 – nigdy, do 5 – prawie zawsze) oceny częstości każdego z dziewięciu motywów picia. Z kolei na przykład do pytania operacjonalizującego kryterium 8.: „W jaki sposób zwykle pijesz alkohol w towarzystwie innych ludzi?”, podano siedem możliwych odpowiedzi, od a) „Nie piję w ogóle” do g) „Pomimo że zamierzałem wypić niewiele, z chwilą gdy zaczynam pić, piję aż do upicia się lub tak długo, jak jest alkohol”, z koniecznością wskazania jednej z nich.

Formułując odpowiedzi do pytań diagnostycznych, dbano o to, aby były rozłączne, sformułowane jednoznacznie i jasne. Ułożono je pod każdym pytaniem w porządku hierarchicznym nasilenia stopnia zaangażowania w picie alkoholu i ryzyka uzależnienia, według wyżej opisanej skali stopni zaangażowania w używanie alkoholu (od 0 – abstynencji, po 4 – uzależnienie), zgodnie z jej treścią charakterystyką. W celu zwiększenia rzetelności uzyskiwanych odpowiedzi umieszczono je w poszczególnych pytaniach w zmiennej kolejności nasilenia wskaźnika oceny ryzyka, według zasad przedstawianych przez Brzezińskiego [1996].

Odpowiadając na większość pytań, badany ma za zadanie wskazać tylko jedną odpowiedź na każde z nich. Pytanie o częstotliwość picia (kryterium 2.) i przeciętną ilość konsumowanego alkoholu (kryterium 3.) wymaga niezależnej oceny w odniesieniu do każdego z czterech wyróżnionych typów napojów alkoholowych. Przyjęte rozwiązanie zwiększa precyzję odpowiedzi i ich rzetelność. Jak wiadomo z innych badań, pijący różnią się preferencjami dotyczącymi wyboru napojów alkoholowych, a w przypadku młodzieży chodzi też o ich dostępność. Co więcej, badanym łatwiej jest się odnieść w ocenie własnego picia do konkretnych napojów alkoholowych niż do picia jakichś napojów w ogóle [Sieroński, 1993; 2003; Wolniewicz-Grzelak, Grzelak 1996; Okulicz-Kozaryn, Ostaszewski, 1999]. Dodatkowo w pytaniu 3. posłużono się, na wzór *AUDIT*, standardową porcją alkoholu², która pozwala rzetelniej określić ilość wypijanego przy jednej okazji alkoholu, a tym samym ocenić stopień ryzykowności tego zachowania [Babor i in., 2001; patrz też: Dufour, 1999; Fudała, 2007]. W pytaniach dotyczących motywacji picia (kryterium 5.), problemów psychospołecznych powodowanych piciem (kryterium 6.) oraz doświadczanych efektów psychofizjologicznych picia (kryterium 7.) zadaniem badanego jest ocena, na 5-punktowej skali od 1 – nigdy, do 5 – prawie zawsze, nasilenia częstości każdej z opisanych możliwych przyczyn, jak i każdego z opisanych efektów używania alkoholu. Założono, że poszczególne motywy, oczekiwane efekty i negatywne skutki picia mogą występować u danej osoby w różnym nasileniu.

² 1 standardowa porcja alkoholu = ok. 10 g czystego alkoholu etylowego, znajduje się w ok. 250 ml 5% piwa, lub 100 ml 12% wina, lub 30 ml 40% wódki [Fudała, 2007].

Pytania opatrzone odpowiednimi instrukcjami dotyczącymi sposobu udzielania odpowiedzi oraz sformułowano ogólną instrukcję wprowadzającą do badania, zakładającą jego anonimowość i dobrowolność. Dołączono też pytania o wiek, płeć, wykształcenie/profil edukacji oraz datę przeprowadzenia badania. Na końcu kwestionariusza zamieszczono 12. pytanie kontrolne dotyczące szczerości udzielanych odpowiedzi, z możliwymi dwiema odpowiedziami: tak lub nie.

Tak utworzony kwestionariusz nazwano Skalą Używania Alkoholu i poddano ocenie i sondażowemu badaniu wśród dorastających z czterech klas szkolnych (licealnej, średniej zawodowej, zasadniczej zawodowej oraz VIII podstawowej)³. Celem tego badania było sprawdzenie zrozumiałości instrukcji, treści poszczególnych pytań i sposobu udzielania odpowiedzi. Podobną ocenę treściową i formalną przeprowadziło też niezależnie siedmiu powołanych sędziów kompetentnych, specjalistów w zakresie diagnostyki, terapii i profilaktyki uzależnienia od alkoholu. Wyniki tych wstępnych badań posłużyły udoskonaleniu instrukcji i stwierdzeń SUA.

Następnie kompetentni sędziowie, opierając się na swojej fachowej wiedzy na temat używania alkoholu i przebiegu uzależniania się oraz dostarczonym im szczegółowym opisie (charakterystyce) skali zaangażowania w używanie alkoholu, z wyróżnionymi pięcioma punktami krytycznymi, dokonali oceny mocy diagnostycznej każdej odpowiedzi zawartej w kwestionariuszu i przypisali im jedną z możliwych ocen od 0 do 4. Zbadano zgodność ocen dokonanych przez sędziów, posługując się współczynnikiem W-Kendalla [Brzeziński, 1978] i uzyskano jego wartość dla poszczególnych ocen od 0,83 do 0,98 przy $p < 0,05$, co wskazuje na bardzo wysoką ich zgodność. Następnie na podstawie testu z o rozkładzie bimodalnym ocen przydzielanych przez sędziów poszczególnym odpowiedziom ustalono rangi-wagi diagnostyczne każdej odpowiedzi (niektóre uyskały rangi wiązane), które przyjęły wartości od 0 do 4.

Ocena właściwości psychometrycznych SUA

Przeprowadzono badania empiryczne z wykorzystaniem SUA w czterech grupach osób badanych. Pierwszą (1.) grupę stanowiło 1300 dorastających uczniów (szkół ponadpodstawowych) w wieku od 16 do 21 lat (średnia wieku = 17,44). W próbie tej było ok. 49% dziewcząt i 51% chłopców. Druga (2.) grupa składała się z 230 niedostosowanych społecznie dorastających w wieku od 14 do 20 lat (średnia = 16,34), przebywających w specjalistycznych ośrodkach socjoterapeu-

³ W starym systemie edukacyjnym w Polsce z ośmioletnią szkołą podstawową.

tycznych i resocjalizacyjnych⁴. W próbie tej znalazło się ok. 44% dziewcząt i 56% chłopców. Trzecia (3.) grupa badanych to 866 osób z próby dorosłych w wieku 18–60 lat (średnia wieku = 30,02). W próbie tej znalazło się ok. 55% kobiet i 45% mężczyzn. Grupa ta obejmowała w ponad 60% osoby studiujące w trybie stacjonarnym (dziennym) i niestacjonarnym (dziennym i zaocznym) na różnych uczelniach wyższych Dolnego Śląska oraz w ok. 40% osoby pracujące i niestudiujące. Czwartą (4.) grupę stanowiło 97 osób z rozpoznaniem klinicznie picciem szkodliwym lub uzależnieniem od alkoholu, będących aktualnie we wstępnej fazie pierwszy raz podjętej terapii uzależnienia w Wojewódzkiej Poradni Uzależnień we Wrocławiu lub na Oddziale Terapeutycznym Zakładu Karnego nr 1 we Wrocławiu (23 osoby). Do badań celowo dobierano tylko tych pacjentów, którzy – w opinii terapeutów-diagnostów – znajdowali się w jak najwcześniejszych fazach rozwoju zaburzenia. W grupie tej zarówno ze względu na dostępność, jak i odmowę wzięcia udziału w badaniach znalazło się zaledwie 8 kobiet. Badani ci mieli 16–63 lata⁵, średnia wieku wynosiła 33 lata, ponad 51% badanych było w wieku do 30 lat. Wszyscy powyżej opisani badani byli mieszkańcami Dolnego Śląska.

Badanie rzetelności SUA

Analizę rzetelności SUA przeprowadzono na danych zgromadzonych w sumie od 1635 respondentów. Tabela 1. prezentuje wartości korelacji poszczególnych kryteriów (pozycji) SUA z wynikiem ogólnym SUA, czyli tzw. moc dyskryminacyjną, która przyjmuje wysokie wartości [por.: Brzeziński, 1996]. Bardzo wysokie są współczynniki zgodności wewnętrznej, alfa Cronbacha, jak też równoważności międzypółkowej (rzetelności półkowej), przy korelacji między półkami równej 0,90 (szczegóły patrz: tabela 1.).

Za pomocą techniki test-retest, czyli dwukrotnego badania w określonym odstępie czasowym tej samej próby, zbadano stabilność bezwzględną SUA [patrz na ten temat: Hornowska, 2009]. Badanie to przeprowadzono w celowo dobranej próbie 117 osób dorosłych w wieku od 21 do 51 lat, ze średnią wieku 28,76 lat. Znalazło się w niej 47 (40,2%) kobiet i 70 (59,8%) mężczyzn. Między badaniem testowym a retestowym była miesięczna przerwa. Stabilność bezwzględna odpowiedzi w poszczególnych kryteriach jest wysoka i w zależności od kryterium wynosi od 0,60 do 0,84. Stabilność bezwzględna wyniku ogólnego SUA jest bardzo wysoka i wynosi 0,86 (wszystkie korelacje z $p < 0,001$).

Wyniki tych analiz wskazują na wysokie parametry rzetelności narzędzia.

⁴ Na udział w badaniach uczniów niepełnoletnich zgodę wyrazili ich szkolni/ośrodkowi wychowawcy i opiekunowie.

⁵ Na udział w badaniach niepełnoletnich osób będących w terapii wyrazili zgodę ich terapeuci.

Tabela 1. Wyniki analizy rzetelności SUA (N = 1635)

Kryteria diagnostyczne:	r_{it}
1) zmiany temporalne w piciu	0,675
2) częstotliwość picia	0,736
3) przeciętna ilość	0,793
4) częstotliwość upijania się	0,814
5) motywacja picia	0,760
6) konsekwencje picia	0,693
7) efekty psychofizjologiczne	0,777
8) sposób i kontrola picia	0,826
9) tolerancja alkoholu	0,771
10) samoocena picia	0,815
11) atrybuowana innym ocena picia	0,717
Alfa Cronbacha	0,943
Rzetelność połówkowa	0,949

Źródło: opracowanie własne.

Badanie trafności SUA

Narzędzie, które ma służyć diagnozie stopnia zaangażowania w używanie alkoholu, nie tylko musi służyć temu celowi rzetelnie, ale przede wszystkim musi być trafne. Stąd też problemowi trafności poświęcono szczególną uwagę.

Trafność czynnikowa SUA

Ponieważ SUA ma mierzyć stopień zaangażowania w używanie alkoholu na podstawie 11 kryteriów diagnostycznych, niezbędnym wskaźnikiem trafności i rzetelności narzędzia jest potwierdzona statystycznie jednoczynnikowa, homogeniczna struktura wyników uzyskiwanych z sumowanych wskaźników częściowych [patrz: Hornowska, 2009]. Przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową metodą czynników głównych oraz confirmacyjną analizę czynnikową w celu sprawdzenia i potwierdzenia homogeniczności metody i trafności doboru kryteriów szczegółowych do diagnozy stopnia zaangażowania w używanie alkoholu, określanego wynikiem ogólnym SUA. Analizy te wykazały i potwierdziły

jednoczynnikową konstrukcję narzędzia oraz bardzo wysoką wartość ładunkową każdego z kryteriów cząstkowych w określaniu wyniku ogólnego SUA. Bardzo wysoka jest wartość własna utworzonego czynnika, który wyjaśnia prawie 62% wariancji wyników metody (patrz: tabela 2.). W konfirmacyjnej analizie czynnikowej uzyskano wysokie parametry jakości dopasowania danych empirycznych do założonego modelu teoretycznego: funkcja rozbieżności = 0,082, RMSEA = 0,035, GFI = 0,997, AGFI = 0,995. Wszystkie założone ścieżki mają wysokie wartości ocenianego parametru i odpowiadają wynikom analizy eksploracyjnej (por. tabela 2.). Sposób i kontrola picia (kryterium 8), częstotliwość upajania się (kryterium 4) i samoocena własnego picia (kryterium 10) okazują się, według podanej kolejności, najsilniejszym wskaźnikiem stopnia zaangażowania w używanie alkoholu. Natomiast najsłabszym, ale również o wysokich parametrach statystycznych, są temporalne zmiany w picu alkoholu (kryterium 1).

Tabela 2. Wyniki eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej SUA (N = 1635)

Kryteria diagnostyczne	Analiza eksploracyjna	Analiza konfirmacyjna
	ładunki czynnikowe	ocena parametru [♦]
1) zmiany temporalne w picu	-0,694	0,697
2) częstotliwość picia	-0,759	0,757
3) przeciętna ilość	-0,818	0,817
4) częstotliwość upijania się	-0,838	0,842
5) motywacja picia	-0,791	0,788
6) konsekwencje picia	-0,721	0,719
7) efekty psychofizjologiczne	-0,805	0,804
8) sposób i kontrola picia	-0,848	0,848
9) tolerancja alkoholu	-0,793	0,792
10) samoocena picia	-0,835	0,838
11) atrybuowana innym ocena picia	-0,735	0,737
Wartość własna	6,814	
Udział	0,619	

[♦] Wszystkie ścieżki istotne z $p < 0,001$.