

JAN CHODKIEWICZ*, MAGDALENA ŚWIATKOWSKA**

* Zakład Psychologii Zdrowia

Instytut Psychologii UŁ

** Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ Łódź

**POCZUCIE OSAMOTNIENIA A WSPARCIE SPOŁECZNE
I ZADOWOLENIE Z ŻYCIA U MĘŻCZYŹN
UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU**

WSTĘP

Poczucie osamotnienia jest w literaturze psychologicznej różnie definiowane. W wielowymiarowym modelu osamotnienia A. Roka ch (1988) wyodrębniono jego cztery wymiary: alienację wewnętrzną (poczucie wewnętrznej pustki), izolację interpersonalną (poczucie braku bliskości w relacjach z ludźmi), poczucie umierania (cierpienie towarzyszące osamotnieniu) oraz reakcję przygnębienia (reakcje fizjologiczne, zmiana zachowania, negatywna ocena własnej osoby). Wszystkie wyróżnione wymiary, zdaniem autorki, mogą występować równocześnie lub ujawniać się jako niezależne czynniki. Z kolei według A. Jakubika (2000; Jakubik, Kraszewska, 2002), poczucie osamotnienia jest jedną z charakterystycznych cech uogólnionego poczucia alienacji, charakterystycznego dla tzw. osobowości alienacyjnej. Zgodnie z przyjętym przez autora modelem, osobowość alienacyjna poza poczuciem osamotnienia charakteryzuje się również poczuciem anomii (przekonaniem, że istniejące normy społeczne są niejasne i nieobowiązujące), poczuciem bezsensu (przekonaniem o braku sensu życia), poczuciem samowyobcowania (przekonaniem o szkodliwości postępowania zgodnie z własnymi ideami, poglądami) oraz poczuciem bezradności (przekonaniem o zależności swojego losu od sił zewnętrznych, a nie od własnej aktywności). Poczucie osamotnienia opisywane jest natomiast jako przekonanie o niemożliwości wchodzenia w pożądane relacje międzyosobowe i społeczne oraz jako poczucie braku satysfakcjonujących związków z innymi ludźmi (Jakubik, 2000). Interesująca jest również koncepcja Grotosky'ego (1965 za: Rembowski, 1992), który wyróżnił cztery typy (wymiarów) osamotnienia, mianowicie: osamotnienie fi-

zyczne (czasowe lub przestrzenne oddzielenie od innych ludzi), stan emocjonalny (uczucie odrzucenia przez otoczenie, wyłączenie z działań i zainteresowań innych ludzi), stan wyizolowania (stan wynikający z zewnętrznych warunków, których nie można zmienić) oraz stan związany z warunkami pracy lub życia w pojedynkę. Ostatni wymiar nie musi łączyć się z przykrymi uczuciami, lecz może współwystępować ze spokojem, filozoficzną refleksją lub religijnym rozważaniem. Z kolei z definicji jednowymiarowych warto przytoczyć ujęcie P. Shavera i K. Brennana (1991 za: Oleś, Steuden, Toczowski, red., 2002), którzy przez osamotnienie rozumieją ogólną emocjonalną odpowiedź jednostki na rozbieżność pomiędzy pożądanym a osiągniętym poziomem kontaktów społecznych.

Podsumowując wyróżnione koncepcje osamotnienia, zgodzić się należy z opinią K. Kmiecik-Baran (1995), która zwróciła uwagę na fakt, że różne określenia tego złożonego i wielowymiarowego doświadczenia zawierają oprócz różnic także wspólne elementy: subiektywność jego odczuwania, brak pożądanых relacji społecznych oraz towarzyszące temu przykre stany emocjonalne, które mogą prowadzić do zaburzeń zachowania i funkcjonowania.

Istnienie zależności pomiędzy poczuciem osamotnienia a uzależnieniem od alkoholu jest powszechnie przyjmowane, choć, podobnie jak w przypadku innych zaburzeń, istnieją kontrowersje dotyczące tego, czy osamotnienie prowadzi do nadużywania alkoholu i w konsekwencji do uzależnienia, czy też jest jedynie jego następstwem (Sher i współ., 2003). Według J. Mellibrudy (1998), skłonność do izolacji oraz brak konstruktywnej wizji życia i systemu wartości należą do cech typowych dla psychicznej konstrukcji alkoholików. Cechy takie mają także osoby nieuzależnione, ale w przypadku osób uzależnionych pełnią one specyficzną funkcję, aktywizując w różnych sytuacjach życiowych mechanizmy uzależnienia. V. Nerviano i W. Gross (1976 za: Jakubik, Kraszewska, 2002) uważają, że uzależnienie od alkoholu może być jednym z następstw podejmowanych przez człowieka prób przezwyciężenia poczucia osamotnienia i alienacji. Na gruncie uważanych obecnie za niezwykle inspirowane koncepcje psychopatologii rozwojowej zwraca się uwagę na alienację będącą jednym z możliwych następstw problemów alkoholowych występujących w rodzinie. Odczuwanie alienacji może skutkować wystąpieniem zarówno określonych mechanizmów internalizacji (przejawiających się zaburzeniami lękowymi i emocjonalnymi), jak i eksternalizacji (picie alkoholu, używanie środków psychoaktywnych, zachowania buntownicze), pojawiających się w wieku młodzieńczym (Windle, Davis, 2003; Cierpiąłkowska, 2006). Niewiele jest rozważań nad poczuciem osamotnienia rozumianym jako następstwo uzależnienia, jednak opierając się na obserwacjach klinicznych, można stwierdzić, że przewlekły charakter choroby alkoholowej, jej konsekwencje, zwłaszcza dotyczące sfery społecznej, a także mechanizmy psycho-

logiczne zaangażowane w jej rozwój mogą skutkować u wszystkich lub większości alkoholików wysokim poczuciem osamotnienia i izolacji.

Problemowi osamotnienia w chorobie alkoholowej poświęcono dotąd niewiele badań. Na uwagę zasługują badania przeprowadzone przez A. Jakubikę i E. Kraszewską (2002), którzy stosując Skalę Poczucia Alienacji K. Kmiecik-Baran, Test przymiotników H. G. Gougha i A. B. Heilbruna oraz Skalę Sensu Życia J. C. Crumbaugh i L. T. Maholicka, wykazali występowanie zespołu alienacyjnego u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Uzależnieni pacjenci (w porównaniu z grupą kontrolną) przejawiali istotnie wyższy ogólny poziom poczucia alienacji, anomii, bezsensu, bezradności, samowyobcowania i osamotnienia, natomiast istotnie niższe poczucie celu i sensu życia, niższą ocenę wartości życia oraz bardzo niską samoocenę. Nie prowadzono dotąd badań nad rolą, jaką poczucie osamotnienia może odgrywać w procesie terapii oraz w utrzymywaniu abstynencji.

Poznanie uwarunkowań poczucia osamotnienia u osób uzależnionych wydaje się istotne, gdyż może przyczynić się do pełniejszego zrozumienia problemów, jakie napotykają pacjenci odwykowi podejmując próbę zmiany swego zachowania, a przez to – przyczynić się do poprawy oddziaływań terapeutycznych na tę grupę chorych.

Wśród zmiennych, które mogą być powiązane z poczuciem osamotnienia u osób uzależnionych, na uwagę zasługują wsparcie społeczne oraz zadowolenie z życia. Wsparcie społeczne, zaliczane do zasobów osobistych wpływających na radzenie sobie ze stresem, jest definiowane jako pomoc i zasoby dostarczane jednostce poprzez interakcje z innymi ludźmi bądź też jako zaspokojenie potrzeb w trudnych sytuacjach przez osoby znaczące i grupy odniesienia (Lazarus, Folkman, 1987; Sheridan, Radmacher, 1998; Sęk, 2001; Łuszczynska i in., 2006). Ponieważ rozwój choroby alkoholowej powoduje wycofanie się z szeregu ważnych relacji społecznych oraz wzrost agresywności, skutkujący osłabieniem bliskich kontaktów między członkami rodziny, u osób uzależnionych należy się spodziewać wysokiego poziomu izolacji interpersonalnej. Relacje społeczne tych osób sprowadzają się najczęściej wyłącznie do grupy, w której pije się alkohol, a taka grupa wsparcia nie zapewnia (Wegschneider, 2000; por. też Beck i in., 1993).

Zadowolenie z życia definiowane jest jako „indywidualna ocena przeszłych i teraźniejszych warunków życiowych i perspektyw na przyszłość” (Fahrenberg, 2000, s. 25). Przeprowadzone przez H. Koivunaa-Honkanen i in. (1996) badania (przebadano 1204 nieuzależnione osoby) wykazały ujemną korelację pomiędzy zadowoleniem z życia a nadużywaniem alkoholu, paleniem papierosów i zażywaniem nielegalnych narkotyków. Według S. Peelego (1987), brak zadowolenia z życia jest jednym z podstawowych czynników warunkujących powstanie uzależnienia. Sądzi on, że człowiek może oprzeć się

nałogowi w momencie, gdy uzyskuje z życia tak dużą satysfakcję, by nie poszukiwać zastępczego środka, który sam w sobie dawałby mu zadowolenie. Na niski poziom zadowolenia z życia u osób uzależnionych podejmujących leczenie może mieć również wpływ podkreślany w literaturze przedmiotu fakt wystąpienia głębokiego kryzysu życiowego („dna”), który poprzedza często decyzję o podjęciu leczenia odwykowego (Brown, 1990; Król-Fijewska, 1993; Kapler, 1999). Towarzysząca temu kryzysowi negatywna wizja własnej osoby oraz cierpienie mogą pogłębiać poczucie osamotnienia.

CEL BADAŃ

Celem przeprowadzonych badań było określenie związku między poczuciem osamotnienia u alkoholików rozpoczynających terapię a wsparciem społecznym, zadowoleniem z życia oraz zmiennymi socjodemograficznymi (wiek, wykształcenie, stan cywilny, zatrudnienie, zamieszkanie, tryb poddania się leczeniu oraz dotychczasowe doświadczenia z terapią). Podjęto również próbę wyodrębnienia predyktorów poczucia osamotnienia w badanej grupie.

MATERIAŁ I METODA

Badania prowadzono od kwietnia 2005 do lutego 2006 r. Badanymi byli wyłącznie mężczyźni ze zdiagnozowaną chorobą alkoholową według kryterium ICD-10, co potwierdzone zostało badaniem psychiatrycznym. Ogółem zbadano 72 mężczyzn, którzy rozpoczynali 8-tygodniową terapię odwykową w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. J. Babińskiego w Łodzi. Po zebraniu informacji dokonano kontroli danych pod względem kompletności materiału, pełności i logicznej poprawności zapisu. Wyniki 12 mężczyzn zostały odrzucone, ponieważ były niekompletne. Badani mieli od 22 do 64 lat. Średnia wieku wynosiła 42,70 lat (odchylenie standardowe 9,35 roku). Charakterystykę grupy przedstawiono w tab. 1.

Wśród badanych mężczyzn większość stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim, posiadające wykształcenie podstawowe lub zawodowe, mieszkające z żoną lub konkubiną, podejmujące terapię po raz pierwszy i dobrowolnie.

Tabela 1

Charakterystyka badanej grupy

	Liczba odpowiedzi	%
Stan cywilny		
Kawaler	13	21,67
Żonaty	24	40,00
Rozwiedziony	19	31,67
Wdowiec	4	6,66
Wykształcenie		
Podstawowe/zasadnicze	31	51,67
Średnie	24	40,00
Wyższe	5	8,33
Zatrudnienie		
Praca stała/czasowa	37	65,00
Renta/ emerytura	8	10,00
Zasiłek/pomoc społeczna	15	25,00
Osoby, z którymi badany mieszka		
Żona, konkubina	31	51,66
Rodzice, dzieci, rodzeństwo	21	34,99
Samotnie	8	13,33
Tryb leczenia		
Dobrowolne	53	88,33
Wyrok sądowy	7	11,66
Dotychczasowe próby leczenia		
Nie	36	60,00
Tak	24	40,00

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia pomiaru:

1. Skala Osamotnienia LS (Revised UCLA Loneliness Scale), opracowana w 1980 r. przez D. Russella i in., jest jedną z najpopularniejszych jednowymiarowych skal samooceny do pomiaru osamotnienia. Skala zbudowana jest z 20 zdań twierdzących. Część z nich ma charakter twierdzeń wprost (treść odzwierciedla brak zadowolenia z kontaktów społecznych), a część – twierdzeń nie wprost (treść odzwierciedla satysfakcję z kontaktów z innymi). Badany ma za zadanie ustosunkować się do każdego twierdzenia, wybierając jedną z czterech odpowiedzi: nigdy (1), rzadko (2), czasem (3), często (4). Wynik surowy mieści się w przedziale 20–80 punktów, wskazując odpowiednio na

niskie i wysokie poczucie osamotnienia. W badaniach zastosowano Skalę Osamotnienia LS w polskiej adaptacji P. Olesia (Oleś i in., 2002).

2. Skala Wsparcia Społecznego (F-SozU K-22) autorstwa T. Fydrich i in. w polskiej adaptacji Juczyńskiego (por. Juczyński, Adamiak, 2005). Wsparcie społeczne ujmowane jest jako wynik interakcji zachodzącej pomiędzy jednostką a otoczeniem oraz osobistej oceny tych interakcji. Metoda zawiera 22 stwierdzenia oceniane na 5-stopniowej skali: od 1 – zupełnie mnie nie dotyczy, do 5 – całkowicie mnie dotyczy. Skala pozwala badać trzy rodzaje wsparcia społecznego: wsparcie emocjonalne, praktyczne i integrację społeczną. Suma wyników poszczególnych skal składa się na ogólne spostrzegane wsparcie społeczne.

3. Kwestionariusz Zadowolenia z Życia został stworzony przez Fahrenberga i in. w 1986 r., polska adaptacja J. Chodkiewicza (2006). Skala zawiera 69 itemów pogrupowanych w 10 podskal. Badani ustosunkowują się do twierdzeń na 7-stopniowej skali (1 – jestem bardzo niezadowolony, 7 – jestem bardzo zadowolony). W skład kwestionariusza wchodzi następujące podskale:

– zdrowie (osoby z wysokimi wynikami są zadowolone ze swego ogólnego stanu zdrowia, kondycji psychicznej i fizycznej, odporności na choroby i ból);

– praca i zawód (osoby z wysokimi wynikami są zadowolone ze swojej pozycji zawodowej, z sukcesów w pracy);

– sytuacja finansowa (osoby z wysokimi wynikami są zadowolone ze standardu własnego życia i własnych dochodów);

– czas wolny (wysokie wyniki wiążą się z zadowoleniem z długości urlopu i wypoczynku, długości czasu poświęcanego hobby oraz bliskim);

– małżeństwo/związek partnerski (ogólne zadowolenie z własnego związku, z jego wymagań, wspólnych przedsięwzięć, otwartości, zrozumienia, pomocy, poczucia bezpieczeństwa);

– relacje z własnymi dziećmi (osoby z wysokimi wynikami oceniają pozytywnie relacje z własnymi dziećmi);

– własna osoba (osoby z wysokimi wynikami są zadowolone z wielu aspektów związanych z własną osobą – ze swoich wyborów życiowych, uzdolnień, charakteru, dotychczasowego życia);

– przyjaciele, znajomi, krewni (osoby z wysokimi wynikami są zadowolone ze swoich relacji ze znajomymi i przyjaciółmi, a także z sąsiadami i krewnymi);

– mieszkanie (wyniki wysokie wskazują na zadowolenie z wielkości, stanu, położenia, połączeń i kosztów w odniesieniu do miejsca zamieszkania);

– seksualność (osoby z wysokimi wynikami pozytywnie oceniają własną aktywność cielesną i seksualną, są zadowolone z możliwości seksualnych, osobistych kontaktów seksualnych i reakcji).

Oblicza się również wskaźnik ogólnego zadowolenia z życia poprzez dodanie wyników surowych 7 skal. Opuszcza się wyniki skal: praca i zawód, małżeństwo/związek partnerski oraz kontakty z własnymi dziećmi, ponieważ te

skale są wypełniane przez stosunkowo nieduży procent osób (Fahrenberg, 2000).

W analizach statystycznych wykorzystano test *t*-Studenta dla prób niezależnych, analizę wariancji oraz współczynnik korelacji *r*-Pearsona. W celu wyodrębnienia wyznaczników poczucia osamotnienia zastosowano model wielokrotnej regresji liniowej. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu STATISTICA.

WYNIKI BADAŃ

Poziom poczucia osamotnienia, wsparcia społecznego i zadowolenia z życia

W tab. 2 przedstawiono wyniki średniej i odchylenia standardowego dla badanych zmiennych.

Tabela 2

Średnie i odchylenia standardowe wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Poczucia Osamotnienia, Zadowolenia z Życia i Wsparcia Społecznego

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Poczucie osamotnienia	47,15	11,03
Wsparcie		
Emocjonalne	22,21	4,17
Praktyczne	28,45	6,17
Integracja społeczna	23,26	4,65
Wsparcie – wynik ogólny	74,06	13,90
Zadowolenie z życia		
Zdrowie	27,55	6,76
Praca i zawód	26,11	8,18
Finanse	23,03	8,19
Czas wolny	27,90	8,71
Dzieci	31,97	9,55
Własna osoba	25,86	7,04
Przyjaciele/znajomi	29,71	6,67
Mieszkanie	31,08	9,35
Małżeństwo/związek	30,70	11,13
Seks	32,21	8,32
Ogólne zadowolenie z życia	197,48	37,98

Otrzymane przy użyciu skali LS średnie wskaźniki dotyczące poczucia osamotnienia są na poziomie wyników podwyższonych ($M = 47,15$, $SD = 11,03$). P. Oleś (2002), stosując tę samą skalę w badaniach chorych z zaburzeniami widzenia uzyskał u nich znacząco niższe średnie wyniki, co oznacza, że osoby uzależnione od alkoholu odczuwają większe osamotnienie niż osoby z zaćmą ($M = 34,58$), chore na jaskrę $M = 34,55$ i z zezem ($M = 41,87$).

Średnie wyniki dotyczące ogólnego wsparcia społecznego oraz trzech jego rodzajów są w badanej grupie obniżone. W badaniach 80 zdrowych osób w przedziale wiekowym 20–45 lat średnie wyniki dotyczące ogólnego wsparcia społecznego wynosiły $M = 93,00$ ($SD = 8,58$), natomiast średnie wyniki jego rodzajów – odpowiednio: $M = 27,75$ ($SD = 3,27$) dla wsparcia emocjonalnego, $M = 35,25$ ($SD = 3,50$) dla wsparcia praktycznego oraz $M = 30,00$ ($SD = 2,67$) dla integracji społecznej (W i l s k a, 2006).

Niekorzystnie przedstawia się także zadowolenie z życia badanych pacjentów. W badaniach normalizacyjnych przeprowadzonych na 240 osobach (150 kobiet i 90 mężczyzn) w przedziale wiekowym 22–40 lat, ogólne zadowolenie z życia wynosiło w całej grupie $M = 253,50$ ($SD = 24,35$), natomiast u mężczyzn $M = 247$ ($SD = 29,88$), co odpowiada 5. stenowi według norm niemieckich (Chodkiewicz, 2006; Fahrenberg, 2000). W porównaniu z grupą kontrolną uzależnieni mężczyźni uzyskali również obniżone wyniki w wszystkich podskalach wchodzących w skład kwestionariusza.

Poczucie osamotnienia a zmienne socjodemograficzne

Uzyskane w skali LS wyniki porównano, biorąc pod uwagę zmienne socjodemograficzne. Nie stwierdzono statystycznie istotnej korelacji pomiędzy wiekiem osób badanych a poczuciem osamotnienia ($r = 0,11$; $p = ni$). W tab. 3 przedstawiono zróżnicowanie wyników w zależności od pozostałych zmiennych. Ze względu na niewielką liczebność grupy osób z wykształceniem wyższym ich wyniki włączono do grupy osób z wykształceniem średnim. Również ze względu na liczebność jednej z grup nie dokonano porównania poczucia osamotnienia u osób leczących się dobrowolnie i na mocy wyroku sądowego.

Przedstawione w tab. 3 wyniki wskazują, iż istotnie wyższe poczucie osamotnienia występuje u osób mieszkających samotnie w porównaniu z tymi, które mieszkają z bliskimi (żoną/konkubina/dalszą rodziną). Należy jednak zaznaczyć, że grupa osób mieszkających samotnie była stosunkowo nieliczna ($n = 8$), toteż otrzymane wyniki należy traktować z dużą ostrożnością. Zaobserwowano także istotnie wyższy poziom osamotnienia u tych pacjentów, którzy mają już za sobą próby leczenia odwykowego w porównaniu z osobami podejmującymi leczenie po raz pierwszy. W odniesieniu do pozostałych zmiennych socjodemograficznych nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic.

Tabela 3

Porównanie poczucia osamotnienia w grupach wyodrębnionych ze względu na stan cywilny, osoby, z którymi badani mieszkają, zatrudnienie, wykształcenie oraz dotychczasowe próby leczenia

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F/t</i>	<i>p</i> <
Stan cywilny				
Kawaler	41,25	10,06	0,86	ni
Żonaty	45,58	11,24		
Rozwiedziony	49,26	11,09		
Osoby, z którymi badani mieszkają				
Żona/konkubina	45,64	10,64	4,18	< 0,05
Rodzice/rodzeństwo	45,57	10,28		
Samotnie	57,12	10,34		
Zatrudnienie				
Praca stała/czasowa	47,33	11,37	0,32	ni
Renta/emerytura	49,83	11,12		
Zasiłek/pomoc społeczna	45,60	10,55		
Wykształcenie				
Podstawowe/zasadnicze	44,51	9,10	1,90	ni
Średnie/wyższe	50,16	12,89		
Dotychczasowe próby leczenia				
Tak	51,20	9,76	2,42	< 0,05
Nie	44,44	11,11		

Poczucie osamotnienia a wsparcie społeczne i zadowolenie z życia

Aby sprawdzić, czy wyniki w skali osamotnienia istotnie różnicują badanych pacjentów, wyodrębniono trzy grupy: osoby o wysokich ($M > 0,5 SD$), przeciętnych ($M \pm 0,5 SD$) i niskich ($M < 0,5 SD$) wynikach w skali LS. Otrzymane grupy porównano pod względem poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego oraz zadowolenia z życia, co przedstawia tab. 4.

Wyodrębnione grupy znacznie różnią się zarówno wsparciem społecznym, jak i zadowoleniem z życia. Osoby o wysokim poczuciu osamotnienia spostrzegają mniej akceptacji ze strony otoczenia (wsparcie emocjonalne), mniej praktycznej pomocy w codziennych sprawach (wsparcie praktyczne) oraz sygnalizują niższą integrację społeczną, a więc doświadczenie posiadania kręgu przyjaciół, osób o podobnych zainteresowaniach. Osoby te są jednocześnie mniej zadowolone ze swego zdrowia, sposobów spędzania czasu wolnego, z własnej osoby, relacji z przyjaciółmi i znajomymi, bliskiego związku, relacji z dziećmi

oraz funkcjonowania seksualnego. Istotnie niższe jest u nich ogólne zadowolenie z życia. Jedynie satysfakcja z pracy oraz warunków finansowych i mieszkaniowych nie różnicuje wyróżnionych grup. Powyższe wyniki wydają się przemawiać za złożonością doświadczenia osamotnienia. W doświadczeniu tym, oprócz mniejszego (co może wydawać się oczywiste) zadowolenia z bliższych i dalszych relacji z otoczeniem, występuje również mniejsze zadowolenie z takich aspektów, jak stan zdrowia i ocena samego siebie. Osamotnienie przeżywane przez alkoholików nie dotyczy więc jedynie relacji społecznych, lecz jest przykrym doświadczeniem powiązaniem z wieloma ważnymi dziedzinami życia.

Zbliżone do powyższych wyniki otrzymano po obliczeniu współczynników korelacji pomiędzy analizowanymi zmiennymi, co przedstawiono w tab. 5.

Tabela 4

Porównanie poziomu wsparcia społecznego i zadowolenia z życia u mężczyzn z wysokim, przeciętnym i niskim poziomem poczucia osamotnienia

	Niskie poczucie osamotnienia (<i>n</i> = 21)		Przeciętne poczucie osamotnienia (<i>n</i> = 19)		Wysokie poczucie osamotnienia (<i>n</i> = 20)		ANOVA	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Wsparcie								
Emocjonalne	25,48	2,61	21,42	1,94	18,85	3,88	28,26	0,001
Praktyczne	32,12	4,50	27,71	4,63	24,57	6,41	11,84	0,001
Integracja społeczna	25,24	3,53	24,42	3,95	20,14	4,76	9,54	0,01
Wsparcie – wynik ogólny	83,64	8,70	73,57	9,50	63,00	13,31	21,20	0,001
Zadowolenie z życia								
Zdrowie	31,04	5,97	26,35	5,16	24,19	6,82	7,49	0,001
Praca i zawód	27,56	8,43	25,14	9,55	25,04	6,94	0,65	ni
Finanse	25,52	7,56	23,21	9,83	19,95	6,99	2,79	ni
Czas wolny	31,44	5,69	28,28	11,06	23,42	8,27	5,59	0,01
Dzieci	34,66	8,23	33,36	9,40	26,85	10,11	3,25	0,05
Własna osoba	29,64	5,85	26,78	7,72	20,76	4,55	12,93	0,001
Przyjaciele/znajomi	33,64	4,01	30,71	6,91	24,38	5,58	17,40	0,001
Mieszkanie	32,32	6,80	32,42	10,66	28,71	10,94	1,037	ni
Małżeństwo/związek	35,73	9,23	29,77	11,80	24,00	10,26	3,97	0,05
Seks	34,36	6,68	34,64	6,95	28,04	9,54	4,54	0,01
Ogólne zadowolenie z życia	218,24	26,25	202,42	39,71	169,47	32,02	13,65	0,001

Tabela 5

Współczynniki korelacji i ich poziomy istotności – poczucie osamotnienia a zadowolenie z życia i wsparcie społeczne

Wsparcie	
Emocjonalne	-0,67*
Praktyczne	-0,53*
Integracja społeczna	-0,47*
Wsparcie – wynik ogólny	-0,63*
Zadowolenie z życia	
Zdrowie	-0,47*
Praca i zawód	-0,39*
Finanse	-0,29
Czas wolny	-0,45*
Dzieci	-0,57*
Własna osoba	-0,65*
Przyjaciele/znajomi	-0,47*
Mieszkanie	-0,20
Małżeństwo/związek	-0,21
Seks	-0,36*
Ogólne zadowolenie z życia	-0,63*

* Istotne statystycznie przy $p < 0,05$.

Wyznaczniki poczucia osamotnienia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu

W celu ustalenia związku pomiędzy różnymi aspektami zadowolenia z życia i wsparcia społecznego a poczuciem osamotnienia wykorzystano model wielokrotnej regresji liniowej. Wyniki przedstawia tab. 6.

Tabela 6

Wyniki analizy regresji

	R^2	β	B	T	p
Wsparcie emocjonalne	0,55	-0,42	-1,00	-3,89	0,001
Zdrowie	0,69	-0,32	-0,43	-4,21	0,001
Integracja społeczna	0,76	-0,47	-0,90	-4,89	0,001
Własna osoba	0,85	-0,39	-0,49	-4,88	0,001
Wartość stała	–	107,45	–	22,71	0,001

$R = 0,94$; $R^2 = 0,85$; $F(5, 22) = 36,16$.

Cztery zmienne, czyli wsparcie emocjonalne, integracja społeczna, zadowolenie z własnej osoby i stanu zdrowia, wyjaśniają w sumie 85% zmienności w zakresie poczucia osamotnienia. Można stwierdzić, że poczucie osamotnienia u alkoholików rozpoczynających terapię jest tym wyższe, im mniejsze są odczuwane przez nich wsparcie emocjonalne i integracja społeczna oraz im mniejsze jest zadowolenie z stanu swojego zdrowia i siebie samego.

Podsumowanie i wnioski

1. Przeprowadzone badania wskazują na zależności pomiędzy osamotnieniem a wsparciem społecznym i zadowoleniem z wielu aspektów życia. Ponieważ wsparcie społeczne i zadowolenie z życia są zmiennymi istotnie powiązаныmi z utrzymywaniem abstynencji (por. Klein, Schneller, 1989; Brennan, Moos, 1990; Murphy, Hoffman, 1993; Jakubik, Kowaluk, 1997; Bronowski, 2000), zakładać można, iż osamotnienie odczuwane przez pacjentów uzależnionych może mieć związek z przerywaniem terapii i łamaniem przez nich abstynencji. Zależność ta wymaga potwierdzenia w dalszych badaniach.

2. Wyróżnione w prezentowanych badaniach predyktory poczucia osamotnienia u pacjentów rozpoczynających terapię są czynnikami, które w tej grupie pacjentów wydają się szczególnie deficytowe. Wielu alkoholików nie jest bowiem akceptowanych przez bliższe i dalsze otoczenie (wsparcie emocjonalne, integracja społeczna), a ich kontakty ograniczają się do osób uzależnionych (Beck i in., 1993; Lindenmeyer, 2005). Pacjenci rozpoczynający leczenie mają z reguły także bardzo złą ocenę własnej osoby (spowodowaną m. in. dotychczasowymi, nieudanymi próbami poradzenia sobie z własnym piciem) oraz cierpią z powodu dolegliwości abstynencyjnych, co pogarsza ich samopoczucie fizyczne (Chodkiewicz, 1999; Jakubik, Kraszewska, 2002; Lindenmeyer, 2005). Ponieważ alkoholicy, chcąc utrzymać abstynencję, muszą często radykalnie zmienić swoje relacje z otoczeniem, zapobieżenie dalszemu pogłębianiu się poczucia osamotnienia może dokonywać się poprzez możliwie szybkie wprowadzenie ich w działalność grupy samopomocowej (np. AA), zaangażowanie rodziny (zwłaszcza partnera życiowego) w proces terapii, zapewnienie wsparcia ze strony terapeuty oraz pomoc medyczną dotyczącą przezwyciężania dolegliwości somatycznych (por. Wnuk, 2006). Przyjęcie przez terapeutów od początku terapii konfrontacyjnego, dyrektywnego i rygorystycznego podejścia do pacjenta może skutkować dalszym wzrostem poczucia osamotnienia ze wszystkimi negatywnymi następstwami tego stanu.

3. W dalszych badaniach nad poczuciem osamotnienia u osób uzależnionych od alkoholu warto uwzględnić koncepcje psychopatologii rozwojowej, które, jak już wspomniano, uważane są obecnie za najbardziej interesujący paradygmat badawczy w ocenie zachowań związanych z piciem alkoholu. Koncepcje te koncentrują się na zróżnicowanym wpływie czynników biologicznych, społecznych i psychologicznych w genezie i mechanizmie uzależnienia na różnych etapach życia jednostki, zwracając również uwagę na czynniki sytuacyjne, wyzwalające określone reakcje i zachowania (por. Windle, Davis, 2003). Przykładowo: opuszczenie przez dorosłe dzieci domu rodzinnego (zespół pustego gniazda) lub przejście na emeryturę może prowadzić u osób, którym brak jest niezbędnych zasobów radzenia sobie, do wzrostu poczucia osamotnienia i szczególnej „ucieczki przed stresem”, jakim może się stać nadużywanie alkoholu. Pojawiające się problemy z piciem są wówczas efektem braku zasobów, a także przyczyną dalszej kumulacji czynników stresowych i obniżania wsparcia (por. Brennan, Moos, 1990).

4. Osamotnienie odczuwane przez osoby uzależnione od alkoholu może być bardziej nasilone u przejawiających tzw. negatywną emocjonalność (z dominacją skłonności do wycofywania, poczucia wyobcowania i silnego reagowania na stres), u kobiet oraz pacjentów należących do pierwszego typu alkoholizmu wyróżnionego przez R. Cloningera (Sher i in., 2003; Hornowska, 2006). Problematyce tej poświęcono dotąd niewiele badań. Badań wymaga również odpowiedź na pytanie, czy poczucie osamotnienia zmienia się w trakcie terapii i utrzymywania abstynencji oraz jakie czynniki odgrywają w tej zmianie znaczącą rolę.

BIBLIOGRAFIA

- Beck A. T., Wright F. D., Newman C. F., Liese B. S. (1993), *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, The Guilford Press, New York
- Brennan P. L., Moos R. H. (1990), *Life stressors, social resources and late-life problem drinking*, „Psychology and Aging”, **5**, 491–501
- Bronowski P. (2000), *Wsparcie społeczne u członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików*, „Alkoholizm i Narkomania”, **3**, 337–346
- Brown S. (1990), *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, PZWL, Warszawa
- Chodkiewicz J. (1999), *Charakterystyka psychologiczna osób podejmujących leczenie odwykowe*, „Mazowieckie Studia Humanistyczne”, **2**, 105–113
- Chodkiewicz J. (2006), *Zadowolenie z życia. Polska adaptacja kwestionariusza FLZ*, Łódź, materiały niepublikowane
- Cierpiałkowska L. (2006), *Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień (na przykładzie alkoholizmu)*, [w:] L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, UAM, Poznań, 17–43

- Fahrenberg J. (2000), *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. Handanweisung*, Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Hornowska E. (2006), *Uzależnienia a temperament. Wokół temperamentalnego czynnika ryzyka uzależnień*, [w:] L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, UAM, Poznań, 43–73
- Jakubik A. (2000), *Osobowość alienacyjna a schizofrenia paranoidalna*, „Studia Psychologica”, **1**, 1, 69–80
- Jakubik A., Kowaluk B. (1997), *Wsparcie społeczne a utrzymywanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, **1**, 89–103
- Jakubik A., Kraszewska E. (2002), *Zespół alienacyjny u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, **1**, 95–106
- Juczyński Z., Adamiak G. (2005), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające radzeniu sobie opiekunów z depresją członka rodziny*, „Psychiatria Polska”, **39**, 1, 161–174
- Kapler L. (1999), *Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia*, [w:] A. Dodziuk, L. Kapler (red.), *Nalógowy człowiek*, Biblioteka Świata Problemów, Warszawa, 19–35
- Klein M., Scheller R. (1989), *Differentialdiagnostische Aspekte des Rückfallgeschehens bei Alkohol und Medikamentenabhängigkeit*, [w:] H. Watzl, R. Cohen (red.), *Rückfall und Rückfallprophylaxe*, Springer, Berlin, 111–125
- Kmieciak-Baran K. (1995), *Poczucie alienacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk
- Koivumaa-Honkanen H. T., Vinamaki H., Honkanen R., Tanskanen A., Antikainen R., Niskanen L., Jaaskelainen J., Lehtonen J. (1996), *Correlates of life satisfaction among psychiatric patients*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, **94**, 372–378
- Król-Fijewska M. (1993), *Tam i stamtąd*, IPZiT, Warszawa
- Lazarus R. S., Folkman S. (1987), *Transactional theory and research on emotions and coping*, „European Journal of Personality”, **1**, 141–169
- Lindenmeyer J. (2005), *Lieber schlau als blau*, Beltz-Verlag, Weinheim
- Łuszczynska A., Mazurkiewicz M., Kowalska M., Schwarzer R. (2006), *Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich właściwościami psychometrycznymi*, „Studia Psychologiczne”, **44**, 3, 17–27
- Mellibruda J. (1998), *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia i koncepcja psychoterapii*, „Przegląd Psychologiczny”, **41**, 3/4, 13–59
- Murphy S., Hoffman A. (1993), *An empirical description of phases of maintenance following treatment for alcohol dependence*, „Journal of Substance Abuse”, **5**, 131–143
- Oleś P., Steuden S., Toczowski J. (red.) (2002), *Jak świata mniej widzę*, TN KUL, Lublin
- Peele S. (1987), *Doświadczenie uzależnienia*, „Nowiny Psychologiczne”, **3**, 61–87
- Rembowski J. (1992), *Samotność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk
- Rokach A. (1988), *The Experience of Loneliness: A Tri/level Model*, „Journal of Psychology”, **122**, 531–544
- Sęk H. (2001), *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego*, [w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*, L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), Humaniora, Poznań, 13–33
- Sher K. J., Trull T. J., Bartholow B. D., Vieth A. (2003), *Osobowość a alkoholizm: teorie, metody i procesy etiologiczne*, [w:] K. E. Leonard, H. T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*, PARPA, Warszawa, 77–133
- Sheridan Ch. L., Radmacher S. A. (1998), *Psychologia zdrowia*, IPZ, Warszawa
- Wegschneider S. (2000), *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*, IPZ, Warszawa

- W i l s k a A (2006), *Wsparcie społeczne i stan zdrowia a jakość życia u Dorosłych Dzieci Alkoholików*, Łódź, niepublikowana praca magisterska
- W i n d l e M., D a v i e s P. T. (2003), *Teoria rozwojowa i związane z nią badania*, [w:] K. E. Leonard, H. T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*, PARPA, Warszawa, 209–255
- W n u k M. (2006), *Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjna rola poczucia sensu życia*, „Alkoholizm i Narkomania”, **19**, 4, 357–368