

Ego-resiliency and life satisfaction in individuals with alcohol dependence

Prężność psychiczna a satysfakcja z życia u osób uzależnionych od alkoholu

Department of Psychiatry, Faculty of Medical Sciences in Zabrze, Medical University of Silesia in Katowice, Tarnowskie Góry, Poland

Correspondence: Paweł Dębski, PhD, Department of Psychiatry, Faculty of Medical Sciences in Zabrze, Medical University of Silesia in Katowice, Pyskowicka 49, 42-612 Tarnowskie Góry, Poland, e-mail: pdebski@sum.edu.pl

Katedra Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tarnowskie Góry, Polska

Adres do korespondencji: Dr n. med. Paweł Dębski, Katedra Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Pyskowicka 49, 42-612 Tarnowskie Góry, e-mail: pdebski@sum.edu.pl

Abstract

Background: Life satisfaction is a potentially important health-promoting factor for individuals with alcohol dependence. Addictions are often associated with a decrease in the quality of life due to multiple dysfunctions in the dimensions of health, family and work. Ego-resiliency is believed to be one of factors that contribute to life satisfaction and, consequently, motivation to undergo therapy and resume satisfactory social roles. **Aim:** The aim of the study was to identify relationships between resiliency and life satisfaction in alcohol-dependent individuals, as well as to assess the determinants of satisfaction in the context of resiliency components. **Materials and methods:** A total of 100 adults participated in the study: 60 alcohol-dependent patients (Cloninger's type II alcoholism) and 40 healthy controls. The Satisfaction with Life Scale (SWLS) by Diener et al. was used to measure life satisfaction, and the Ego-Resiliency Scale, referred to as ER89-R12 (Block and Kremen), was used for resiliency. Pearson's r correlation coefficient, multiple regression and Student's t -test were used in the statistical analyses. **Results:** Ego-resiliency is positively correlated with life satisfaction ($r = 0.333$; $p < 0.01$). Optimal regulation ($\beta = 0.452$; $p < 0.05$), which is one of the components of resiliency, is particularly likely to have a beneficial effect on shaping life satisfaction in alcohol-dependent individuals. **Conclusions:** Ego-resiliency is positively correlated with life satisfaction. Increased ego-resiliency, optimal regulation in particular, is likely to translate into higher life satisfaction.

Keywords: life satisfaction, resiliency, ego-resiliency, alcohol dependence syndrome, alcohol

Streszczenie

Wstęp: Satysfakcja z życia jest potencjalnie ważnym czynnikiem prozdrowotnym u osób uzależnionych od alkoholu. W przebiegu uzależnienia obserwuje się często spadek jakości życia, spowodowany licznymi dysfunkcjami w obszarze zdrowia, rodziny czy pracy zawodowej. Jednym z czynników sprzyjających rozwojowi satysfakcji z życia – a w efekcie: rozwojowi motywacji do leczenia i powrotu do pełnienia satysfakcjonujących ról społecznych – może być prężność psychiczna. **Cel:** Badanie miało na celu określenie związków między prężnością psychiczną a satysfakcją z życia osób uzależnionych, jak również ocenę uwarunkowań rozwoju satysfakcji w kontekście składników prężności. **Materiał i metody:** W badaniu udział wzięło 100 osób dorosłych: 60 pacjentów uzależnionych od alkoholu (o typie uzależnienia II według Cloningera) oraz 40 osób zdrowych, tworzących grupę kontrolną. Do pomiaru satysfakcji z życia użyto skali SWLS Dienera i wsp., a w odniesieniu do prężności psychicznej wykorzystano skalę ER89-R12 Blocka i Kremena. W analizach statystycznych zastosowano współczynnik korelacji r Pearsona, regresję wielokrotną i test t -Studenta. **Wyniki:** Prężność psychiczna pozytywnie wiązała się z satysfakcją z życia ($r = 0,333$; $p < 0,01$). Korzystny wpływ na kształtowanie satysfakcji osób uzależnionych może mieć zwłaszcza jeden ze składników prężności – optymalna regulacja ($\beta = 0,452$; $p < 0,05$). Satysfakcja z życia i prężność psychiczna pacjentów uzależnionych od alkoholu okazały się istotnie niższe niż w grupie kontrolnej. **Wnioski:** Prężność psychiczna osób uzależnionych wiąże się pozytywnie z satysfakcją z życia. Wzrost prężności, a w szczególności optymalnej regulacji, może się przekładać na wzrost satysfakcji życiowej.

Słowa kluczowe: satysfakcja z życia, prężność psychiczna, ego-resiliency, zespół uzależnienia od alkoholu, alkohol

INTRODUCTION

Alcohol dependence syndrome (ADS) is currently one of the major public health problems worldwide. It causes significant health, social, family, and economic damage that relates not only to the person addicted, but also to their entire environment, family in particular. The treatment of addiction is a difficult and costly process, which often lasts many years and involves many specialists. Official estimates performed in Poland as part of parliamentary analyses showed that up to 3,000,000 people (11.9% of the adult population) abuse alcohol, and 600,000 are addicted (Zgliczyński, 2016).

Alcohol dependence is a mental disorder included in the ICD-10 classification in the chapter on mental and behavioural disorders caused by alcohol use (F10.2) (Pużyński and Wciórka, 2000). Patients with ADS present with gradually deteriorating performance of tasks in various spheres of life, which over time leads to serious social and professional consequences, such as family breakdown, social pathologies, or job loss (Panadero *et al.*, 2016; Tamutienė, 2014). The subsequent phases of addiction are also associated with deterioration of health and cognitive function, which contributes to depression and anxiety disorders (Kuria *et al.*, 2012; Smith and Randall, 2012).

Many classification systems to describe the styles of alcohol abuse, as well as the personality and characteristics of addicts have been developed (Jellinek, 1960; Kępiński, 2012). The present study used one of the most popular classification systems, which was proposed by Cloninger (1996), who distinguished two types of ADS. Type I alcoholism, where alcohol is consumed to reduce anxiety, neuroticism, and introversion, typically occurs after the age of 25 years, in both men and women. It is characterised by a loss of control over drinking accompanied by guilt. Type I alcoholics show high serotonergic and dopaminergic activity in the central nervous system (CNS). This type has genetic and environmental background. Type II alcohol abusers are characterised by a tendency to seek novelty, impulsiveness, extraversion, and also antisocial personality traits. This type of alcoholism is most likely to develop in males <25 years of age with family history of ADS. In type II alcoholism, the severity of alcohol abuse is usually not progressive, with aggression and antisocial behaviours observed during frequent drinking. Type II alcohol dependence is associated with low CNS serotonergic and dopaminergic activity and has genetic background (Cierpiąłkowska, 2018; Cierpiąłkowska and Ziarko, 2010; Cloninger, 1995; Cloninger *et al.*, 1996; Wennberg *et al.*, 2014). Type II alcohol abusers were recruited in this study. Addiction and its negative effects translate into a significant decrease in the quality of life. Quality of life is a broad concept incorporating well-being, satisfaction, and happiness, which be defined as the degree to which our needs and standards are met, as well a broad spectrum of biopsychosocial values is fulfilled. In addicted individuals, changes in the main domains of the quality of life are so pronounced

WSTĘP

Zespół zależności alkoholowej (ZZA) jest jednym z najpoważniejszych współczesnych problemów zdrowia publicznego na całym świecie. Powoduje istotne szkody zdrowotne, społeczne, rodzinne i ekonomiczne, które odnoszą się nie tylko do osoby uzależnionej, ale też do całego jej otoczenia, a w szczególności systemu rodzinnego. Leczenie uzależnienia to proces trudny i kosztowny, trwający niejednokrotnie wiele lat i angażujący licznych specjalistów. W Polsce według oficjalnych szacunków przeprowadzonych w ramach analiz parlamentarnych aż 3 miliony ludzi (11,9% dorosłej populacji) nadużywa alkoholu, a 600 tysięcy jest uzależnionych (Zgliczyński, 2016). Uzależnienie od alkoholu to zaburzenie psychiczne ujęte w klasyfikacji ICD-10 w obszarze zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem alkoholu (F10.2) (Pużyński i Wciórka, 2000). W przebiegu ZZA obserwuje się stopniowe pogorszenie realizacji zadań w różnych sferach życia, co z czasem prowadzi do poważnych konsekwencji społeczno-zawodowych: rozpadu rodziny, rozwoju patologii społecznych czy utraty pracy (Panadero *et al.*, 2016; Tamutienė, 2014). Kolejne fazy uzależnienia wiążą się także z utratą zdrowia i pogorszeniem funkcjonowania poznawczego, co sprzyja rozwojowi zaburzeń depresyjnych i lękowych (Kuria *et al.*, 2012; Smith i Randall, 2012).

Powstało wiele klasyfikacji charakteryzujących style nadużywania alkoholu, jak również osobowość i cechy osób uzależnionych (Jellinek, 1960; Kępiński, 2012). W prezentowanej pracy przyjęto jedną z najpopularniejszych klasyfikacji – zaproponowaną przez Cloningera (1996), który wyróżnił dwa typy ZZA. Typ I, związany z pićm w celu obniżenia napięcia lękowego, neurotycznością oraz introwersją, występuje zazwyczaj po 25. roku życia, u mężczyzn i kobiet. Charakteryzuje się utratą kontroli nad pićm i jednoczesnym doświadczaniem poczucia winy. U osób uzależnionych obserwuje się wysoką aktywność serotonergiczną i dopaminergiczną w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN). Uwarunkowania uzależnienia typu I określa się jako genetyczno-środowiskowe. Typ II wiąże się z tendencją do poszukiwania nowości, impulsywnością, ekstrawersją, a także antyspołecznością. Rozwijają się częściej u mężczyzn przed 25. rokiem życia, którzy pochodzą z rodzin obciążonych ZZA. W przebiegu typu II uzależnienie pozostaje na jednostajnym poziomie, a częstemu pićm towarzyszą agresja i czyny antyspołeczne. Typ II jest powiązany z niską aktywnością serotonergiczną i dopaminergiczną w OUN oraz uwarunkowany genetycznie (Cierpiąłkowska, 2018; Cierpiąłkowska i Ziarko, 2010; Cloninger, 1995; Cloninger *et al.*, 1996; Wennberg *et al.*, 2014). Do badań własnych będących podstawą niniejszej pracy zrekrutowano pacjentów prezentujących cechy uzależnienia typu II. Uzależnienie i jego negatywne skutki przekładają się na znaczący spadek jakości życia. Jakość życia to szerokie pojęcie – obejmujące dobrostan, satysfakcję czy poczucie

that even the diagnostic utility of the discussed construct is postulated in relation to addiction (Rudolf and Watts, 2002). Meta-analyses and national studies indicate that the quality of life is significantly reduced in addicted individuals compared to healthy population (Donovan et al., 2005; Foster et al., 1999). In their study in 549 addicts, Muller et al. (2016) showed that up to 75% of participants rated their pre-therapy quality of life as poor or very poor. In their study in a group of 260 subjects, Hoseinifar et al. (2011) also observed significantly lower scores in the quality of life and mental health in the addicted group. Daepfen et al. (1998) assessed 147 addicted patients and showed that their health-related quality of life is lower compared to the general population, with main differences seen in the psychological dimensions and social roles. Similar results suggesting lower quality of life in addicts were obtained by Asian researchers (Manning et al., 2012). Poor life satisfaction may translate into decreased motivation and increased severity of depressive disorders (Muller et al., 2016). Lower quality of life has been also repeatedly confirmed among addicts in Poland. In a study by Chodkiewicz (2012), which included 239 patients, this was seen in most life quality domains, except for physical fitness. A significant increase in life quality and satisfaction was noted during therapy for addiction. Chodkiewicz and Gruszczyńska (2013) observed that the increase in satisfaction during therapy occurs in the group of patients with low initial potential for remedial measures. Low quality of life among addicts (professional soldiers) in most psychosocial domains was also reported by Polak (2001). Based on their research, some authors indicate that the therapeutic process in addictions is based on abstinence and improving life quality (Laudet, 2011; Laudet and Stanick, 2010). Increased quality of life promotes long-term remission of addiction (1–2 years from the onset of abstinence) (Laudet et al., 2009). Similar conclusions can be drawn from studies on the therapeutic goals (Moskalewicz et al., 2006).

Therefore, it seems important in the treatment of alcohol addiction to search for factors that enhance life satisfaction, and as a result, hope and motivation to continue therapy and resume social roles. Psychological attributes involved in the process of salutogenesis may play an important role in developing life satisfaction in patients with mental disorders. Ego-resiliency (ER), a property with a well-established pro-health nature (Hjemdal et al., 2011; Min et al., 2012; Sygit-Kowalkowska et al., 2017), which can be understood as adaptive flexibility that allows to cope with crisis situations, is one of these attributes. Increased ER should be associated with better coping with the difficulties encountered, and this in turn may contribute to life satisfaction and motivation to make positive changes and fulfil social roles. Previous studies in individuals with substance dependence suggested a positive relationship between two health-promoting psychological traits: resiliency and life satisfaction (Ogińska-Bulik, 2014). However, a literature review conducted with the use of the Google search engine indicates

szczęścia – które można zdefiniować jako stopień zaspokojenia potrzeb, spełniania standardów i realizacji szerokiego spektrum wartości biopsychospołecznych. W przebiegu uzależnienia zmiany w głównych domenach jakości życia są na tyle wyraźne, iż postuluje się nawet użyteczność diagnostyczną omawianego konstruktów w odniesieniu do uzależnień (Rudolf i Watts, 2002). Wyniki metaanaliz zagranicznych i badań krajowych wskazują, że jakość życia osób uzależnionych jest istotnie obniżona w porównaniu z osobami zdrowymi (Donovan *et al.*, 2005; Foster *et al.*, 1999). W badaniach Muller i wsp. (2016), w których udział wzięło 549 osób uzależnionych, aż 75% uczestników oceniło swoją jakość życia przed rozpoczęciem terapii jako niską lub bardzo niską. Hoseinifar i wsp. (2011) w badaniu 260-osobowej grupy także zaobserwowali istotnie gorsze wyniki w zakresie jakości życia i zdrowia psychicznego w grupie uzależnionych. Daepfen i wsp. (1998) zbadali 147 uzależnionych pacjentów i wykazali, iż jakość życia związana ze zdrowiem jest u nich niższa niż w populacji ogólnej, a różnice dotyczą przede wszystkim aspektu psychologicznego i ról społecznych. Podobne wyniki, sugerujące odczuwanie niższej jakości życia przez osoby uzależnione, uzyskali badacze z Azji (Manning *et al.*, 2012). Osłabienie satysfakcji z życia może przekładać się na spadek motywacji i pogłębienie zaburzeń depresyjnych (Muller *et al.*, 2016).

W Polsce również wielokrotnie potwierdzono niższą jakość życia wśród uzależnionych. W badaniu Chodkiewicza (2012) z udziałem 239 pacjentów dotyczyło to większości domen jakości życia – z wyjątkiem sprawności fizycznej. Istotny wzrost poczucia jakości życia i życiowej satysfakcji odnotowano podczas terapii uzależnienia. Chodkiewicz i Gruszczyńska (2013) zaobserwowali, że wzrost satysfakcji w trakcie terapii następuje w grupie pacjentów o niskim początkowym potencjale w zakresie sposobów zaradczych. Niską jakość życia osób uzależnionych (żołnierzy zawodowych) w większości domen o charakterze psychospołecznym odnotował także Polak (2001). Niektórzy autorzy na podstawie prowadzonych badań wskazują wprost, że w przypadku uzależnień proces terapeutyczny opiera się na abstynencji i podnoszeniu jakości życia (Laudet, 2011; Laudet i Stanick, 2010). Wzrost jakości życia wspomaga remisję uzależnienia w perspektywie długofalowej (1–2 lata od rozpoczęcia abstynencji) (Laudet *et al.*, 2009). Podobne wnioski wynikają z badań dotyczących celów terapii (Moskalewicz *et al.*, 2006).

W leczeniu uzależnienia od alkoholu istotne wydaje się zatem poszukiwanie czynników wzmacniających satysfakcję z życia, a w rezultacie – nadzieję oraz motywację do terapii i powrotu do ról społecznych. Ważną rolę w budowaniu satysfakcji z życia u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi mogą odgrywać właściwości psychologiczne biorące udział w procesie salutogenezy. Jedną z nich jest prężność psychiczna (*ego-resiliency*, ER) – cecha o ugruntowanym prozdrowotnym charakterze (Hjemdal *et al.*, 2011; Min *et al.*, 2012; Sygit-Kowalkowska *et al.*, 2017), którą można rozumieć jako cechę osobowości związaną z dobrym,

that research on the relationship between resiliency and life satisfaction in Cloninger's type II alcoholic patients is missing. Comparative studies on the quality of life and ER in groups of patients with various types of addiction are also missing.

AIM OF THE STUDY

The aim of the study was to determine the relationships between resiliency and life satisfaction in Cloninger type II alcohol-dependent patients, as well as to assess the determinants of life satisfaction in the context of ER components.

MATERIALS

A total of 100 adults, including 60 alcohol-dependent patients (44 men and 16 women, aged 46.2 ± 10.8 years) and 40 healthy controls (28 men and 12 women aged 35.5 ± 12.8 years), participated in the study. Efforts were made to ensure that the control group matched the group of patients in terms of sociodemographic parameters (Tab. 1). Medical diagnosis of type II ADS (Cloninger 1996) and adult age were the inclusion criteria. The type of addiction

Category <i>Kategoria</i>	ADS patients, <i>n</i> = 60 <i>Pacjenci z ZZA, n</i> = 60	Healthy controls, <i>n</i> = 40 <i>Osoby zdrowe, n</i> = 40
	%	%
Sex: <i>Płeć:</i>		
• male <i>mężczyzna</i>	73	70
• female <i>kobieta</i>	27	30
Place of residence: <i>Miejsce zamieszkania:</i>		
• rural <i>wieś</i>	17	15
• urban <50,000 <i>miasto <50 tys.</i>	15	17
• urban 50–100,000 <i>miasto 50–100 tys.</i>	25	18
• urban >100,000 <i>miasto >100 tys.</i>	43	50
Education: <i>Wykształcenie:</i>		
• primary <i>podstawowe</i>	17	2
• vocational/secondary <i>zawodowe i średnie</i>	73	70
• higher <i>wyższe</i>	10	28
Relationships: <i>Bliski związek:</i>		
• marriage <i>małżeński</i>	43	32
• partnership <i>partnerski</i>	17	30
• single <i>singiel</i>	40	38

Tab. 1. Sociodemographic data of the study group and the control group

Tab. 1. Właściwości socjodemograficzne grupy badanej i grupy kontrolnej

elastycznym i adaptacyjnym radzeniem sobie z sytuacjami kryzysowymi. Wzrost ER powinien wiązać się z lepszym radzeniem sobie z napotykanymi trudnościami, a to z kolei może być przyczynkiem do rozwijania satysfakcji życiowej, motywacji do pozytywnych zmian i realizowania ról społecznych. Dotychczasowe badania dotyczące osób uzależnionych sugerują pozytywne powiązanie dwóch prozdrowotnych właściwości psychologicznych: ER i satysfakcji z życia (Ogińska-Bulik, 2014). Przegląd piśmiennictwa przeprowadzony z użyciem wyszukiwarki Google wskazuje jednak, że brakuje badań poświęconych związkowi między ER a satysfakcją z życia, które brałyby pod uwagę pacjentów o typie II uzależnienia według Cloningera. Nie ma też badań porównawczych nad jakością życia i ER w grupach pacjentów o różnych typach uzależnienia.

CEL PRACY

Badanie miało na celu określenie związków między ER a satysfakcją z życia wśród osób uzależnionych od alkoholu prezentujących cechy typu II według Cloningera, jak również poszukiwanie uwarunkowań satysfakcji w kontekście składników ER.

MATERIAŁ

W badaniu wzięło udział 100 osób dorosłych, wśród których znalazło się 60 pacjentów uzależnionych od alkoholu (44 mężczyzn i 16 kobiet w wieku $46,2 \pm 10,8$ roku) oraz 40 osób zdrowych (28 mężczyzn i 12 kobiet w wieku $35,5 \pm 12,8$ roku), tworzących grupę kontrolną. Dołożono wszelkich starań, by grupa kontrolna odpowiadała grupie pacjentów pod względem parametrów socjodemograficznych (tab. 1).

Kryteriami włączenia do grupy pacjentów były diagnoza lekarska zespołu uzależnienia od alkoholu z przebiegiem charakterystycznym dla typu II według Cloningera (1996) oraz wiek dorosły. Typ uzależnienia ustalano na podstawie wywiadu indywidualnego przeprowadzanego przez psychologa lub psychiatrę. O zakwalifikowaniu do grupy badanej decydowało występowanie w historii osób uzależnionych najczęściej opisywanych cech typu II: uzależnienie rozwinęło się przed 25. rokiem życia, problem alkoholowy istniał w środowisku rodzinnym, uzależnienie wiązało się z zachowaniami antyspołecznymi (pobyty w izbie wytrzeźwień, interwencje policji w związku z używaniem alkoholu, zachowania przemocowe lub kryminogeneza). Pacjent był kwalifikowany do grupy badanej, jeżeli w przebiegu uzależnienia obecna była każda z wymienionych cech. Kryterium wyłączenia stanowiły poważne dysfunkcje współwystępujące (organiczne, psychotyczne i inne), które uniemożliwiałyby udział w badaniach kwestionariuszowych.

Program badania przedstawiono Komisji Bioetycznej, która uznała, iż badanie nie wymaga jej zgody. Badanie było finansowane w ramach umowy statutowej KNW-2-I18/D/8/N przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.

was determined based on an individual interview conducted by a psychologist or psychiatrist. Addicts with the following most commonly described hallmarks of type II alcoholism were included in the study group: onset of addiction before the age of 25 years, family history of alcohol problem, addiction associated with antisocial behaviour (stays in the sobering-up shelters, police interventions in connection with alcohol use, violent behaviour or criminal records). Patients meeting each of the above-mentioned criteria were qualified to the study group. Serious comorbid dysfunctions (organic, psychotic and others) that would prevent participation in the questionnaire were the exclusion criterion. The study design was presented to the Bioethics Committee, whose members concluded that the study did not require their approval. The study was financed by the Medical University of Silesia in Katowice (statutory agreement KNW-2-I18/D/8/N).

METHODS

Recognised psychological tools with desired psychometric properties were used to measure the levels of resiliency and life satisfaction.

- **The Ego-Resiliency Scale (ER89-R12) by J. Block and A.M. Kremen (Polish adaptation by A. Kołodziej-Zaleska, H. Przybyła-Basista)**

This is a popular tool used for international research, which measures ER as a personality trait. Polish version of the questionnaire consists of 12 questions rated on a 4-point scale. There are 4 questions (6–9) in the OR (optimal regulation) subscale and 8 questions in the OL (openness to life experience) subscale. The reliability of the tool is 0.80; 0.77 for the OR subscale, and 0.59 for the OL subscale (Kołodziej-Zaleska and Przybyła-Basista, 2018; Letzring et al., 2005).

- **Satisfaction with Life Scale (SWLS) by E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson, S. Griffin (Polish adaptation by Z. Juczyński)**

This tool is used to measure life satisfaction, understood as a subjective perception of the quality of functioning. Respondents are asked to respond to each of the 5 statements by specifying to what extent it relates to their life. The responses are rated on a 7-point scale, from “strongly agree” (7 points) to “strongly disagree” (1 point). The total score is the sum of individual responses (from 5 to 35) and determines the degree of life satisfaction. The reliability index of the tool in adaptive studies was 0.81 (Juczyński, 2012).

Excel 2016 and Statistica (version 13.3) were used to analyse the collected data. The Shapiro–Wilk test was used to assess the normality of distributions. Correlation matrices were created using the Pearson’s r coefficient, with significance levels set at $p < 0.01$ and $p < 0.001$. Multiple regression models were also prepared to assess the role of ER components in increasing life satisfaction in both groups. The significance of the differences between alcohol-dependent

METODY

W celu dokonania pomiaru poziomu ER i satysfakcji z życia wykorzystano uznane narzędzia psychologiczne, charakteryzujące się pożądanymi właściwościami psychometrycznymi.

- **Skala ER89-R12 (Ego-Resiliency Scale), J. Block, A.M. Kremen; polska adaptacja: A. Kołodziej-Zaleska, H. Przybyła-Basista**

To test często stosowany w badaniach międzynarodowych, który ujmuje ER jako cechę osobowości. Kwestionariusz w wersji polskiej składa się z 12 pytań, odpowiedzi udziela się na 4-stopniowej skali. Cztery pytania (o numerach 6–9) odpowiadają podskali OR (*optimal regulation*, optymalna regulacja), a pozostałe 8 pytań – podskali OL (*openness to life experience*, otwartość na życiowe doświadczenie). Rzetelność narzędzia wynosi 0,80, dla podskali OR – 0,77, a dla podskali OL – 0,59 (Kołodziej-Zaleska i Przybyła-Basista, 2018; Letzring et al., 2005).

- **SWLS (Satisfaction with Life Scale), E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson, S. Griffin; polska adaptacja: Z. Juczyński**

Narzędzie to służy do badania poczucia zadowolenia z życia, rozumianego jako subiektywna ocena jakości funkcjonowania. Badany proszony jest o ustosunkowanie się do każdego z 5 stwierdzeń poprzez określenie, w jakim stopniu odnosi się ono do jego dotychczasowego życia. Oceny dokonuje się z użyciem siedmiostopniowej skali – od „zdecydowanie się zgadzam” (7 punktów) do „zdecydowanie się nie zgadzam” (1 punkt). Wynik stanowi sumę poszczególnych odpowiedzi (od 5 do 35 punktów) i określa stopień satysfakcji z życia. Wskaźnik rzetelności narzędzia w badaniach adaptacyjnych wyniósł 0,81 (Juczyński, 2012).

Do analizy zebranych danych użyto programów Excel 2016 i Statistica (wersja 13.3). Do oceny normalności rozkładów został wykorzystany test Shapiro–Wilka. Macierze korelacji stworzono za pomocą współczynnika r Pearsona, przyjmując poziom istotności $p < 0,01$ i $p < 0,001$. Przygotowano także modele regresji wielokrotnej ujmujące rolę składników ER w zwiększaniu satysfakcji z życia w obu grupach. Badanie istotności różnic między pacjentami uzależnionymi od alkoholu a osobami zdrowymi przeprowadzono z zastosowaniem testu t -Studenta. W procedurze regresji i procedurze porównań międzygrupowych przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI

Analizy pozwoliły zaobserwować istotne związki między ER i jej składnikami – OR i OL – a satysfakcją z życia pacjentów z ZZA (tab. 2). Analiza korelacji poszerzona została o model predykcyjny satysfakcji w grupie pacjentów (tab. 3). Analogiczne dane dotyczące korelacji (tab. 4)

ADS, n = 60 ZZA, n = 60	ER	OR	OL	SWLS
ER	1.000	0.953**	0.878**	0.333*
OR		1.000	0.690**	0.376*
OL			1.000	0.201
SWLS				1.000

ER – ego-resiliency; OR – optimal regulation; OL – openness to life experience; SWLS – Satisfaction with Life Scale.
 ER – ego-resiliency, *prężność psychiczna*; OR – optimal regulation, *optymalna regulacja*; OL – openness to life experience, *otwartość na życiowe doświadczenie*;
 SWLS – Satisfaction with Life Scale, *satysfakcja z życia*.
 * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$.

Tab. 2. Relationships between ER and life satisfaction in ADS patients
 Tab. 2. Związki ER z satysfakcją z życia pacjentów z ZZA

patients and healthy individuals was verified using the Student's *t*-test. A significance level of $p < 0.05$ was adopted for the regression analysis and intergroup comparisons.

RESULTS

The analyses revealed significant relationships between ER and its components (OR and OL) and life satisfaction in ADS patients (Tab. 2). The correlation analysis was extended to include the predictive model for satisfaction in the group of patients (Tab. 3). Analogous data on the correlations (Tab. 4) and the explanatory model for satisfaction (Tab. 5) were prepared for the control group. Finally, a comparison between ADS patients and healthy individuals is presented (Tab. 6). A significant relationship was found between life satisfaction and both ER and one of its components (OR) in alcohol-dependent patients. Both correlations were positive and moderately strong. Additionally, a strong correlation was found between OR and OL. In the explanatory model for life satisfaction in ADS patients, a significant impact of OR on satisfaction was demonstrated. Regression analysis revealed no significant effect of OL. The model fit indices were satisfactory.

Life satisfaction Satysfakcja z życia					
ADS, n = 60 ZZA, n = 60	β	Standard error β Błąd standardowy β	b	Standard error b Błąd standardowy b	p
Absolute term	–	–	6.329	3.090	0.045*
OR	0.452	0.169	0.533	0.199	0.010*
OL	–0.111	0.169	–0.206	0.314	0.513

Corrected $R^2 = 0.118$; $F(2,57) = 4.935$; $p < 0.011$;
 standard error of estimation = 5.372.
 Skor. $R^2 = 0.118$; $F(2,57) = 4.935$; $p < 0.011$;
 błąd standardowy estymacji = 5.372.
 OR – optimal regulation; OL – openness to life experience.
 OR – optimal regulation, *optymalna regulacja*; OL – openness to life experience, *otwartość na życiowe doświadczenie*.
 * $p < 0.05$.

Tab. 3. Regression model for life satisfaction in ADS patients in terms of resiliency components
 Tab. 3. Model regresji satysfakcji z życia pacjentów z ZZA w odniesieniu do składników ER

i modelu wyjaśniającego satysfakcję (tab. 5) przygotowano dla grupy kontrolnej. Prezentację wyników wieńczy porównanie osób uzależnionych od alkoholu z osobami zdrowymi (tab. 6).

U pacjentów uzależnionych od alkoholu satysfakcja z życia okazała się istotnie powiązana z ER i jedną z jej składowych – OR. Oba związki były pozytywne i umiarkowane. Dodatkowo stwierdzono silną korelację między OR a OL. W modelu wyjaśniającym satysfakcję z życia pacjentów z ZZA wykazano istotny wpływ OR na satysfakcję. Analiza regresji nie ujawniła istotnego wpływu OL. Wskaźniki dopasowania modelu były zadowalające.

Wśród osób zdrowych zaobserwowano silne pozytywne związki między satysfakcją z życia a ER i OL, ujawniono również umiarkowaną pozytywną korelację satysfakcji z OR. Silny dodatni związek został odnotowany w przypadku OR i OL.

Duży wpływ na kształtowanie satysfakcji z życia w grupie osób zdrowych miała OL. Nie stwierdzono istotnego wpływu OR na satysfakcję. Wskaźniki dopasowania modelu regresji okazały się zadowalające.

Istotne różnice między pacjentami z ZZA a osobami zdrowymi odnotowano w przypadku ER i OR, a także SWLS. W każdym z wymienionych wymiarów wyższe średnie wyniki uzyskiwała grupa kontrolna. Zdecydowanie wyższe średnie wyniki (21,5 pkt w grupie kontrolnej vs 15 pkt w grupie badanej) dotyczyły satysfakcji z życia (ryc. 1).

Healthy, n = 40 Zdrowi, n = 40	ER	OR	OL	SWLS
ER	1.000	0.948**	0.814**	0.519**
OR		1.000	0.585**	0.429*
OL			1.000	0.537**
SWLS				1.000

ER – ego-resiliency; OR – optimal regulation; OL – openness to life experience; SWLS – Satisfaction with Life Scale.
 ER – ego-resiliency, *prężność psychiczna*; OR – optimal regulation, *optymalna regulacja*; OL – openness to life experience, *otwartość na życiowe doświadczenie*; SWLS – Satisfaction with Life Scale, *satysfakcja z życia*.
 * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$.

Tab. 4. Relationships between ER and life satisfaction in healthy controls
 Tab. 4. Związki ER z satysfakcją z życia osób zdrowych

Life satisfaction Satysfakcja z życia					
Healthy, n = 40 Zdrowi, n = 40	β	Standard error β Błąd standardowy β	b	Standard error b Błąd standardowy b	p
Absolute term Wyraz wolny	–	–	4.717	4.408	0.292
OR	0.175	0.169	0.220	0.212	0.307
OL	0.435	0.169	0.994	0.386	0.014*
Corrected $R^2 = 0.271$; $F(2,37) = 8.247$; $p < 0.011$; standard error of estimation = 5.574. Skor. $R^2 = 0,271$; $F(2,37) = 8,247$; $p < 0,011$; błąd standardowy estymacji = 5,574.					
OR – optimal regulation; OL – openness to life experience. OR – optymalna regulacja; OL – otwartość na życie doświadczenie, otwartość na życiowe doświadczenie. * $p < 0.05$.					

Tab. 5. Regression model for life satisfaction in healthy controls in terms of resiliency components

Tab. 5. Model regresji satysfakcji z życia osób zdrowych w odniesieniu do składników ER

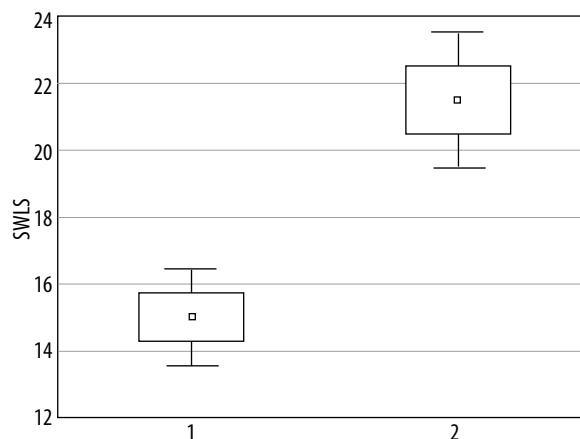
Strong positive correlations between life satisfaction and both ER and OL, and a moderate positive correlation between satisfaction and OR were also observed among healthy subjects. A strong positive relationship was observed for OR and OL.

Openness to life experience had a significant impact on shaping life satisfaction in the group of healthy controls. There was no significant effect of OR on satisfaction. The model fit indices were satisfactory.

Significant differences between ASD patients and healthy controls were found for ER and OR, as well as SWLS. The control group obtained higher mean scores in each of these dimensions. Significantly higher mean scores (21.5 in the control group vs. 15 in the study group) were obtained for life satisfaction (Fig. 1).

DISCUSSION

Our results indicate the beneficial role of ER in individuals with alcohol dependence, as evidenced by the positive



1 – ADS patients, 2 – healthy controls
1 – pacjenci z ZZA, 2 – osoby zdrowe

Fig. 1. Life satisfaction in ADS patients and healthy controls
Ryc. 1. Satysfakcja z życia w grupie pacjentów z ZZA i w grupie osób zdrowych

OMÓWIENIE

Wyniki uzyskane w prezentowanym badaniu wskazują na prozdrowotną rolę ER u osób uzależnionych od alkoholu, zaobserwowano bowiem, iż w analizowanej grupie pacjentów ER wiąże się pozytywnie z satysfakcją z życia. Stwierdzono również silny pozytywny związek między ER a zadowoleniem z życia osób zdrowych. Wzmacnianie prężności, czyli odporności psychicznej i umiejętności elastycznego działania w sytuacjach trudnych, kryzysowych, powinno wiązać się ze wzrostem satysfakcji pacjentów uzależnionych. To z kolei może być dobrą podstawą do wzbudzania i utrzymywania motywacji do leczenia oraz podejmowania prób powrotu do satysfakcjonujących ról społecznych i zawodowych.

Podobne relacje między ER a satysfakcją odnotowano we wcześniejszych pracach. Ogińska-Bulik (2014) przeprowadziła badanie w grupie 82 osób uzależnionych od alkoholu i wykazała, iż prężność pozytywnie wiąże się z satysfakcją z życia. Zdaniem autorki wzrost ER może przyczyniać się

	ADS, n = 60 ZZA, n = 60		Healthy, n = 40 Zdrowi, n = 40		t	p
	Mean Średnia	SD	Mean Średnia	SD		
ER	31.383	7.333	34.950	7.239	-2.395	0.019*
OR	20.500	4.859	23.200	5.190	-2.649	0.009*
OL	10.883	3.081	11.750	2.853	-1.419	0.159
SWLS	15.000	5.719	21.500	6.528	-5.260	0.000*
ER – ego-resiliency; OR – optimal regulation; OL – openness to life experience; SWLS – Satisfaction with Life Scale; SD – standard deviation. ER – ego-resiliency, prężność psychiczna; OR – optimal regulation, optymalna regulacja; OL – openness to life experience, otwartość na życiowe doświadczenie; SWLS – Satisfaction with Life Scale, satysfakcja z życia; SD – standard deviation, odchylenie standardowe. * $p < 0.05$.						

Tab. 6. Comparison between ADS patients and healthy individuals in the context of ER and life satisfaction

Tab. 6. Porównanie pacjentów z ZZA i osób zdrowych w kontekście ER i satysfakcji z życia

correlation between ER and life satisfaction in the study group. There was also a strong positive correlation between ER and life satisfaction in healthy controls. Strengthening resiliency, i.e. ER and the ability to act flexibly in difficult and crisis situations, should improve life satisfaction of addicted patients. This, in turn, may provide good background for developing and sustaining motivation to continue treatment and resume satisfying social and professional roles. Similar relationships between ER and satisfaction have been reported in previous papers. Ogińska-Bulik (2014) conducted a study in a group of 82 alcoholics and showed that resiliency was positively correlated with life satisfaction. According to the author, increased ER may contribute to higher quality of life in ADS patients. Another study in 115 addicts showed positive correlations between flexible coping with stress and pro-health resources, such as hope (Borzyszkowska and Basińska, 2018). The potential positive impact of ER on satisfaction was also reported by Chinese authors who assessed life satisfaction mediators in a group of 426 patients with substance dependence (Yang et al., 2018).

The positive correlation between ER and life satisfaction in addicts can be explained by the relationship between resiliency and coping with crises. Flexibility, a feature resulting from resiliency, contributes to adaptability, i.e. effective coping with crises. Adequate problem solving improves self-confidence and the perception of positive affect, which should translate into increased satisfaction. Ego-resiliency is positively correlated with active stress coping strategies and task-oriented style (Dumont and Provost, 1999; Feder et al., 2010). The mediating role of ER in the positive relationship between problem-oriented style and life satisfaction has been confirmed in studies (Chen, 2016).

The observed influence of one of resiliency components, i.e. optimal regulation, was an interesting detail of the influence of ER on the increased life satisfaction in addicted patients. This was a significant and positive impact, which means that better ability to adequately regulate self-control depending on the conditions may contribute to the development of life satisfaction. Hustad et al. (2009) assessed a group of students abusing alcohol and found that reduced self-regulation ability is a risk factor for experiencing alcohol-related consequences. Optimal regulation deficit may also reduce the naturally occurring reductions in alcohol use. Kuvaas et al. (2014) conducted a study in 1,895 students divided into groups depending on the severity of alcohol abuse and showed that behavioural self-regulation significantly differentiated the group of mild drinkers from heavier drinkers. It seems that flexible, and therefore satisfactory, action is possible due to situational regulation of self-control, i.e. increasing or decreasing mental control depending on environmental stressors. This allows to avoid both excessive self-control (and thus rigid functioning) and excessive loosening of mental control, which impair the ability to respond to changes. Optimal regulation can therefore promote flexible and adequate coping with changes by

do wzrostu jakości życia w przebiegu ZZA. W innym badaniu, w którym udział wzięło 115 osób uzależnionych, zaobserwowano pozytywne związki między elastycznością w radzeniu sobie ze stresem a zasobami prozdrowotnymi takimi jak nadzieja (Borzyszkowska i Basińska, 2018). Na potencjalne pozytywne oddziaływanie ER na satysfakcję zwrócili uwagę również chińscy autorzy, którzy przeanalizowali mediatory satysfakcji z życia w grupie 426 pacjentów uzależnionych od substancji (Yang et al., 2018).

Wyjaśnienia pozytywnego związku ER z satysfakcją z życia osób uzależnionych można upatrywać w zależności między prężnością a radzeniem sobie z kryzysami. Elastyczność – cecha wynikająca z prężności – przyczynia się bowiem do adaptacyjności, czyli korzystnego radzenia sobie z kryzysami. Adekwatne rozwiązywanie problemów skutkuje wzrostem wiary we własne możliwości i odczuwaniem pozytywnego afektu, to zaś powinno się przekładać na wzrost satysfakcji. ER wiąże się pozytywnie z aktywnymi strategiami radzenia sobie ze stresem i ze stylem skoncentrowanym na zadaniu (Dumont i Provost, 1999; Feder et al., 2010). W badaniach potwierdzono medycyną rolę ER w pozytywnej relacji między stylem skoncentrowanym na problemie a satysfakcją z życia (Chen, 2016).

Ciekawym uszczegółowieniem wpływu ER na wzrost satysfakcji z życia pacjentów uzależnionych okazała się obserwacja wpływu jednego ze składników prężności – OR. Był to wpływ istotny i pozytywny, co oznacza, iż w kształtowaniu satysfakcji z życia może brać udział wzrost zdolności do adekwatnego regulowania samokontroli zależnie od sytuacji. Hustad i wsp. (2009) zbadali grupę studentów nadużywających alkoholu i stwierdzili, że obniżona zdolność do samoregulacji jest czynnikiem ryzyka w odniesieniu do konsekwencji związanych z alkoholem. Deficyt w zakresie OR może również wpływać na osłabienie naturalnie występującej redukcji spożycia alkoholu. Kuvaas i wsp. (2014) w badaniu 1895 studentów podzielonych na grupy ze względu na nasilenie problemu alkoholowego wykazali, iż samoregulacja behawioralna istotnie odróżnia grupę osób pijących nieznacznie od grup z bardziej nasilonym problemem alkoholowym. Jak się wydaje, elastyczne – a zatem satysfakcjonujące – działanie jest możliwe dzięki sytuacyjnemu regulowaniu samokontroli, czyli nasilaniu lub osłabianiu kontroli psychicznej w zależności od stresorów napływających ze środowiska. Pozwala to unikać zarówno przesadnej samokontroli (i przez to usztywnienia funkcjonowania), jak i nadmiernego rozluźniania kontroli psychicznej, które prowadzą do osłabienia zdolności reagowania na zmiany. Optymalna regulacja może więc wspomagać elastyczne i adekwatne radzenie sobie ze zmianami poprzez nasilanie i rozluźnianie samokontroli w zależności od potrzeb.

W grupie kontrolnej odnotowano pozytywny wpływ drugiego składnika prężności – OL – na satysfakcję z życia. Mimo że osoby z ZZA prezentujące typ II uzależnienia charakteryzują się poszukiwaniem stymulacji, nie zaobserwowano u nich istotnych związków między OL a satysfakcją. Pacjenci uzależnieni cechowali się także niższym poziomem

either intensifying or attenuating self-control, depending on the needs.

A positive effect of the second component of resiliency, i.e. openness to life experience, on life satisfaction was observed in the control group. Although type II ADS individuals are characterised by sensation-seeking behaviour, no significant relationships between OL and satisfaction were observed in this group. Addicted patients were also characterized by a lower level of OL than healthy controls, although the difference was not statistically significant. It seems that seeking stimulation in type II addiction does not fall within the definition of OL. Openness to life experience is a positive property: it contributes to flexible coping through tolerance of various experiences and acceptance of changes and novelties. Sensation-seeking behaviour typical of type II addicts, on the other hand, is associated with impulsiveness and may translate into maladaptive antisocial tendencies. Openness to stimulation understood in this way does not promote adaptability and has no positive effect on life satisfaction. It is possible that addicted individuals, seemingly open to new experiences, in fact lack adaptive openness associated with good tolerance of changes in life situation.

It should be noted that research on the relationship between ER and the quality of life in various types of alcohol dependence is missing. Considering the link between Cloninger type I alcoholism and neuroticism, introversion, and a tendency to experience guilt, and between type II alcoholism and extroversion and sensation-seeking behaviour (Cierpialkowska, 2018; Cierpialkowska and Ziarko, 2010; Cloninger, 1995; Cloninger et al., 1996), it can be only suspected that the quality of life in terms of mental well-being will be lower in type I alcoholics due to the associations with negative emotionality. Interesting observations could be made when comparing individuals with different types of alcohol dependence for the quality of life and ER.

In the present study, significant differences were found between the study group and the control group: addicted patients presented with lower satisfaction and resiliency. Similar conclusions were presented in many studies comparing life satisfaction between addicted individuals and other groups. One of research reviews has shown that the broadly understood quality of life is low in patients addicted to alcohol (Foster et al., 1999; Ugochukwu et al., 2013). Interestingly, the perceived quality of life was found to be lower in many dimensions in individuals with substance dependence compared to patients with somatic diseases (Vederhus et al., 2016). In their study in 353 students, Murphy et al. (2005) showed that female students abusing alcohol had significantly lower satisfaction than those declaring abstinence. Similar observations were made by Srivastava and Bhatia (2013), who noted significantly lower satisfaction scores among alcohol addicts than in healthy subjects.

These authors also found a significant increase in the quality of life of addicted patients after 3 months of abstinence. Lower satisfaction in the course of ASD is associated,

OL od osób zdrowych, choć różnica nie była istotna statystycznie. Wydaje się, iż poszukiwanie stymulacji w uzależnieniu typu II nie wpisuje się w zakres definicyjny OL. Otwartość na życiowe doświadczenie jest właściwością pozytywną: za sprawą tolerancji na różnorodne doświadczenia czy akceptacji zmian i nowości przyczynia się do elastycznego radzenia sobie. Poszukiwanie doznań charakterystyczne dla osób z uzależnieniem typu II jest natomiast związane raczej z impulsywnością i może się przekładać na nieprzystosowawcze skłonności antyspołeczne. Tak rozumiana otwartość na stymulację nie sprzyja adaptacyjności i nie wpływa korzystnie na satysfakcję z życia. Możliwe, iż osobom uzależnionym, pozornie otwartym na nowe doświadczenia, w rzeczywistości brakuje otwartości adaptacyjnej, która wiąże się z dobrą tolerancją zmian sytuacji życiowej.

Odnotować tu należy brak badań nad relacjami między ER a jakością życia w różnych typach uzależnienia od alkoholu. Biorąc pod uwagę powiązanie typu I według Cloningera z neurotycznością, introwersją i skłonnością do odczuwania winy, a typu II – z ekstrawersją i poszukiwaniem doznań (Cierpialkowska, 2018; Cierpialkowska i Ziarko, 2010; Cloninger, 1995; Cloninger et al., 1996), można jedynie podejrzewać, iż w typie I jakość życia w obszarze dobrostanu psychologicznego będzie niższa z powodu związków z negatywną emocjonalnością. Porównanie osób o różnych typach uzależnienia od alkoholu pod względem jakości życia i ER mogłoby przynieść interesujące obserwacje.

W badaniu własnym stwierdzono istotne różnice między grupą badaną a grupą kontrolną: u pacjentów uzależnionych odnotowano niższą satysfakcję i prężność. Analogiczne wnioski prezentowano w licznych badaniach porównujących zadowolenie z życia osób uzależnionych z zadowoleniem innych grup. Przegląd badań wskazuje, iż ogólnie rozumiana jakość życia ludzi uzależnionych od alkoholu jest niska (Foster et al., 1999; Ugochukwu et al., 2013). Co ciekawe, u osób uzależnionych od substancji odczuwana jakość życia okazała się w wielu obszarach niższa niż u osób chorych somatycznie (Vederhus et al., 2016). Murphy i wsp. (2005) w badaniu z udziałem 353 studentów wykazali, że studentki nadużywające alkoholu prezentowały istotnie niższą satysfakcję od studentek deklarujących abstynencję. Podobne obserwacje poczynili Srivastava i Bhatia (2013), którzy wśród osób uzależnionych od alkoholu odnotowali istotnie niższe wyniki satysfakcji niż u osób zdrowych. Autorzy ci stwierdzili również istotny wzrost jakości życia pacjentów uzależnionych po 3 miesiącach abstynencji.

Odczuwanie mniejszej satysfakcji w przebiegu ZZA wiąże się m.in. z poważnymi trudnościami, z którymi osoby uzależnione borykają się na co dzień w wielu obszarach swojego życia. Demotywuujące i zarazem niekorzystne dla poczucia satysfakcji jest przeżywanie dystresu związanego z różnymi doświadczeniami: rozpadem rodziny i dobrych relacji społecznych, utratą pracy lub spadkiem wydajności zawodowej, pogorszeniem sytuacji finansowej i stanu zdrowia, zadłużeniem, utratą poczucia własnej wartości i kontroli nad własnym życiem, spadkiem motywacji do działania, a w końcu –

among others, with serious difficulties in many spheres of life faced by addicts on a daily basis. The distress associated with various experiences, such as the breakdown of family and good social relations, job loss or deteriorated professional performance, worsening of financial situation and health, debt, loss of self-esteem and control over one's own life, loss of motivation to act, and eventually, depression and anxiety disorders, is demotivating and unfavourable for satisfaction. Addicts are often unable to cope with many problems, which intensifies escape mechanisms in the form of alcohol abuse and reduces the perceived life satisfaction. Literature data and the conducted research suggest that measures aimed at improving life satisfaction play an important role in the treatment of addicts. Satisfaction may promote healthy behaviour and, as a result, increase motivation to continue treatment and resume satisfying social roles. It is important to develop ER, OR in particular, in the treatment of ASD patients to support flexible coping with difficulties and increase life satisfaction.

STUDY LIMITATIONS

The presented study has some limitations. It should be pointed out that the study group was small, and therefore the conclusions drawn should be treated as preliminary, referring only to the analysed group. Furthermore, there was a disproportion between the number of ASD patients and the number of healthy controls. The study was limited to the assessment of the relationship between the main variables and did not analyse sociodemographic variables that may play an important role in shaping the results. The presented report should therefore be treated as a preliminary determination of the relationships between ER and life satisfaction in addicted patients. Further studies with larger samples are needed to verify these relationships.

CONCLUSIONS

1. Ego-resiliency is positively correlated with life satisfaction in patients with alcohol dependence. Increased ego-resiliency, optimal regulation in particular, may contribute to an improvement in life satisfaction in these patients.
2. Patients with alcohol dependence have significantly lower levels of life satisfaction compared to healthy population.

Conflict of interest

The author does not declare any financial or personal links to other persons or organisations that could adversely affect the content of this publication or claim rights thereto.

rozwojem depresji i zaburzeń lękowych. Osoby uzależnione często nie radzą sobie z licznymi troskami, co nasila mechanizmy ucieczkowe w postaci nadużywania alkoholu i osłabia odczuwaną satysfakcję z życia.

W świetle danych z piśmiennictwa i przeprowadzonych badań wydaje się, że w leczeniu osób uzależnionych istotną rolę odgrywają oddziaływania zmierzające do poprawy satysfakcji z życia. Odczuwanie satysfakcji może bowiem mieć charakter prozdrowotny, a w rezultacie – przyczyniać się do wzrostu motywacji do leczenia i prób powrotu do satysfakcjonujących ról społecznych. W terapii pacjentów z ZZA ważne jest rozwijanie ER, a w szczególności – OR, gdyż wspomaga ona elastyczne radzenie sobie z trudnościami i może sprzyjać wzrostowi satysfakcji z życia.

OGRANICZENIA PRACY

Autor jest świadomy, iż przedstawione badanie ma pewne ograniczenia. Wskazać należy, że grupa badana jest niewielka, a zatem wyciągnięte wnioski powinny być traktowane jako wstępne, odnoszące się jedynie do analizowanej grupy. Ponadto w badaniu występuje dysproporcja między liczbą pacjentów z ZZA a liczbą osób zdrowych. W pracy ograniczono się do badania zależności między głównymi zmiennymi, nie włączając do analiz zmiennych socjodemograficznych, które mogą odgrywać istotną rolę w kształtowaniu wyników. Prezentowane doniesienie należy więc traktować jako wstępne rozpoznanie związków między ER a satysfakcją z życia pacjentów uzależnionych – które to związki powinny zostać zweryfikowane w dalszych badaniach z udziałem liczniejszych grup.

WNIOSKI

1. Prężność psychiczna osób uzależnionych od alkoholu wiąże się pozytywnie z satysfakcją z życia. Wzrost prężności, a w szczególności optymalnej regulacji, może brać udział w podnoszeniu satysfakcji życiowej pacjentów.
2. Satysfakcja z życia osób uzależnionych od alkoholu jest istotnie obniżona w porównaniu z satysfakcją odczuwaną przez osoby zdrowe.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

References / Piśmiennictwo

- Borzyszkowska A, Basińska MA: Personal resources – resiliency, hope and spiritual wellbeing in relation to coping flexibility with stress in alcohol dependent persons. *Alkohol Narkom* 2018; 31: 243–264.
- Chen C: The role of resilience and coping styles in subjective wellbeing among Chinese university students. *Asia-Pacific Educ Res* 2016; 25: 377–387.
- Chodkiewicz J: Ocena jakości życia alkoholików przed i po terapii odwykowej. Co zmienia się w czasie leczenia? *Alkohol Narkom* 2012; 25: 133–150.
- Chodkiewicz J, Gruszczynska E: Zmiany dobrostanu psychicznego, poczucia własnej skuteczności oraz strategii radzenia sobie ze stresem w trakcie stacjonarnej terapii osób uzależnionych od alkoholu. *Rocz Psych* 2013; 16: 63–84.
- Cierpiakowska L: *Psychopatologia*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2018.
- Cierpiakowska L, Ziarko M: *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.
- Cloninger CR: The psychobiological regulation of social cooperation. *Nat Med* 1995; 1: 623–625.
- Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M: Type I and type II alcoholism: an update. *Alcohol Health Res World* 1996; 20: 18–23.
- Daepfen JB, Krieg MA, Burnand B et al.: MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998; 24: 685–694.
- Donovan D, Mattson ME, Cisler RA et al.: Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol Suppl* 2005; (15): 119–139.
- Dumont M, Provost MA: Resilience in adolescents: protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *J Youth Adolesc* 1999; 28: 343–363.
- Feder A, Nestler EJ, Westphal M et al.: Psychobiological mechanisms of resilience to stress. In: Reich JW, Zautra AJ, Hall JS (eds.): *Handbook of Adult Resilience*. Guilford Press, New York 2010: 35–54.
- Foster JH, Powell JE, Marshall EJ et al.: Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review. *Qual Life Res* 1999; 8: 255–261.
- Hjemdal O, Vogel PA, Solem S et al.: The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clin Psychol Psychother* 2011; 18: 314–321.
- Hoseinifar J, Zirak SR, Shaker A et al.: Comparison of quality of life and mental health of addicts and non-addicts. *Procedia Soc Behav Sci* 2011; 30: 1930–1934.
- Hustad JTP, Carey KB, Carey MP et al.: Self-regulation, alcohol consumption, and consequences in college student heavy drinkers: a simultaneous latent growth analysis. *J Stud Alcohol Drugs* 2009; 70: 373–382.
- Jellinek EM: *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillhouse Press, 1960.
- Juczynski Z: NPPPZ – Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2012.
- Kępiński A: *Rytm życia*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.
- Kołodziej-Zaleska A, Przybyła-Basista H: *Ego-resiliency jako zasób osobisty – narzędzie pomiaru i jego wykorzystanie w badaniach interdyscyplinarnych*. *Czasopismo Psychologiczne* 2018; 24: 159–170.
- Kuria MW, Ndeti DM, Obot IS et al.: The association between alcohol dependence and depression before and after treatment for alcohol dependence. *ISRN Psychiatry* 2012; 2012: 482802.
- Kuvaas NJ, Dvorak RD, Pearson MR et al.: Self-regulation and alcohol use involvement: a latent class analysis. *Addict Behav* 2014; 39: 146–152.
- Laudet AB: The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addict Sci Clin Pract* 2011; 6: 44–55.
- Laudet AB, Stanick V: Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2010; 38: 317–327.
- Laudet AB, Becker JB, White WL: Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Subst Use Misuse* 2009; 44: 227–252.
- Letzring TD, Block J, Funder DC: Ego-control and ego-resiliency: generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *J Res Pers* 2005; 39: 395–422.
- Manning V, Gomez B, Guo S et al.: An exploration of quality of life and its predictors in patients with addictive disorders: gambling, alcohol and drugs. *Int J Ment Health Addict* 2012; 10: 551–562.
- Min JA, Lee NB, Lee CU et al.: Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *J Affect Disord* 2012; 137: 61–69.
- Moskalewicz J, Sierosławski J, Dąbrowska K: Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce. *Alkohol Narkom* 2006; 19: 327–355.
- Muller AE, Skurtveit S, Clausen T: Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health Qual Life Outcomes* 2016; 14: 39.
- Murphy JG, McDevitt-Murphy ME, Barnett NP: Drink and be merry? Gender, life satisfaction, and alcohol consumption among college students. *Psychol Addict Behav* 2005; 19: 184–191.
- Ogińska-Bulik N: Prężność psychiczna a zadowolenie z życia osób uzależnionych od alkoholu. *Alkohol Narkom* 2014; 27: 319–324.
- Panadero S, Vázquez JJ, Martín RM: Alcohol, poverty and social exclusion: alcohol consumption among the homeless and those at risk of social exclusion in Madrid. *Adicciones* 2016; 29: 33–36.
- Polak K: [The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome]. *Psychiatr Pol* 2001; 35: 1057–1070.
- Puzyński S, Wciórka J (eds.): *ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa 2000.
- Rudolf H, Watts J: Quality of life in substance abuse and dependency. *Int Rev Psychiatry* 2002; 14: 190–197.
- Smith JP, Randall CL: Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Res* 2012; 34: 414–431.
- Srivastava S, Bhatia MS: Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Ind Psychiatry J* 2013; 22: 41–46.
- Sygit-Kowalkowska E, Szrajda J, Weber-Rajek M et al.: Prężność jako predyktor zdrowia psychicznego kobiet odbywających karę pozbawienia wolności. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 549–560.
- Tamutienė I: Construction of social exclusion in the case of harmful alcohol use. *Eur J Res Educ* 2014; 2: 116–126.
- Ugochukwu C, Bagot KS, Delaloye S et al.: The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. *Harv Rev Psychiatry* 2013; 21: 1–17.
- Vederhus JK, Pripp AH, Clausen T: Quality of life in patients with substance use disorders admitted to detoxification compared with those admitted to hospitals for medical disorders: follow-up results. *Subst Abuse* 2016; 10: 31–37.
- Wennberg P, Berglund K, Berggren U et al.: The Cloninger type I/type II typology: configurations and personality profiles in socially stable alcohol dependent patients. *Adv Psychiatry* 2014; 346157.
- Yang C, Xia M, Han M et al.: Social support and resilience as mediators between stress and life satisfaction among people with substance use disorder in China. *Front Psychiatry* 2018; 9: 436.
- Zgliczyński WS: *Alkohol w Polsce*. INFOS. Zagadnienia społeczno-gospodarcze 2016; 11: 1–4.