

THE SELF-IMAGE OF PATIENTS WITH ALCOHOL-USE DISORDER IN BASIC AND ADVANCED THERAPY PROGRAMMES AND THOSE WITHOUT THIS DISORDER: A PRELIMINARY STUDY

OBRAZ SIEBIE PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU UCZESTNICZĄCYCH W PODSTAWOWYM I ZAAWANSOWANYM PROGRAMIE TERAPII ORAZ OSÓB NIEUZALEŻNIONYCH: BADANIE WSTĘPNE

Ewa Wojtyńkiewicz¹ , Karolina Szatkowska¹ , Sylwia Ziółkowska²

¹Faculty of Psychology, Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland

²Clinic of Alcohol Dependence and Codependence Therapy, Nakło, Poland

¹Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Polska

²Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu, Nakło n/Notecią, Polska

Alcohol Drug Addict 2023; 36 (3): 167-186

DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2023.134625>

Abstract

Introduction: The study was an attempt to verify whether patients with alcohol-use disorder (AUD) in an advanced therapy programme differ from AUD patients participating in basic therapy as well as from persons without AUD in terms of their identity, meaning of life and self-esteem.

Material and methods: The study included 91 persons (30 patients participated in the basic therapy programme, 31 in the advanced therapy programme and 30 in the control group). Participants

Streszczenie

Wprowadzenie: Przeprowadzone badanie stanowiło próbę weryfikacji, czy osoby uzależnione od alkoholu, realizujące zaawansowany program terapii, różnią się od osób uczestniczących we wstępnym programie terapii, jak również od osób nieuzależnionych w zakresie tożsamości, poczucia sensu życia i samooceny.

Materiał i metody: Badaniem objęto 91 osób (30 osób uczestniczyło w podstawowym, a 31 osób – w pogłębianym programie terapii; 30 osób stanowiło grupę kontrolną). Do badania właściwości struktury tożsa-

Correspondence to/Adres do korespondencji: Ewa Wojtyńkiewicz, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, ul. Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, Poland, phone: +48 52 370 84 00, e-mail: ewa.wojtynkiewicz@gmail.com

Authors' contribution/Wkład pracy autorów: Study design/Koncepcja badania: E. Wojtyńkiewicz; Data collection/Zebranie danych: S. Ziółkowska; Statistical analysis/Analiza statystyczna: E. Wojtyńkiewicz, K. Szatkowska; Data interpretation/Interpretacja danych: E. Wojtyńkiewicz; Acceptance of final manuscript version/Akceptacja ostatecznej wersji pracy: E. Wojtyńkiewicz, K. Szatkowska; Literature search/Przygotowanie literatury: E. Wojtyńkiewicz, S. Ziółkowska

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

Submitted/Otrzymano: 24.08.2023 • **Accepted/Przyjęto do druku:** 03.11.2023

© 2023 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Termedia sp. z o.o.

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

completed the Multidimensional Identity Questionnaire, the Life Attitude Profile-Revised and the Multidimensional Self-Esteem Inventory.

Results: The variance analysis showed that patients with AUD achieve lower identity scores than those without AUD. Moreover, in the meaning of life area, AUD patients at an advanced stage of therapy obtained lower results than people without AUD on the Control of life. Patients at the basic stage of therapy obtained lower results than both other groups in terms of Goal and higher scores in terms of Existential Void compared to the non-AUD group. No differences were observed in all three study groups as regards self-esteem.

Discussion: Patients with AUD from both stages of the therapy programme do not differ in terms of identity, meaning of life and self-esteem. They show greater difficulties concerning the sense of identity (and its dimensions), slight differences in the sense of meaning of life and no differences in self-esteem in comparison with non AUD persons.

Conclusions: Patients with AUD who follow the basic AUD therapy programme do not differ in self-image from those who follow the advanced programme.

Keywords: Sense of identity, Self-esteem, Meaning of life, Alcohol-use disorder therapy

mości zastosowano Wielowymiarowy Kwestionariusz Tożsamości, do badania poczucia sensu życia – Kwestionariusz Postaw Życiowych-Poprawiony, a samooceny – Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny.

Wyniki: Analiza wariancji wykazała, że osoby uzależnione realizujące wstępny i zaawansowany program terapii osiągają niższe wyniki w zakresie tożsamości (i kilku jej wymiarów) od osób nieuzależnionych. W obszarze poczucia sensu życia osoby uzależnione na zaawansowanym etapie terapii uzyskały w zakresie Kontroli życia niższe wyniki od osób nieuzależnionych. Osoby na wstępnym etapie terapii uzyskały niższe wyniki od obu pozostałych grup w zakresie Celu oraz wyższe w zakresie Pustki egzystencjalnej w porównaniu z osobami nieuzależnionymi. Nie zaobserwowano różnic w badanych grupach w obszarze samooceny.

Omówienie: Osoby uzależnione od alkoholu z obu etapów programu terapii nie różnią się między sobą w zakresie tożsamości, poczucia sensu życia i samooceny. W porównaniu z osobami nieuzależnionymi osoby uzależnione wykazują większe trudności w obszarze poczucia tożsamości i jego wymiarów, niewielkie różnice w obszarze poczucia sensu życia oraz brak różnic w zakresie samooceny.

Wnioski: Osoby uzależnione od alkoholu realizujące wstępny program terapii uzależnień nie różnią się w obszarze obrazu siebie od tych uczestniczących w zaawansowanym programie terapii.

Słowa kluczowe: tożsamość, samoocena, poczucie sensu życia, terapia uzależnień

■ INTRODUCTION

Lidia Cierpiałkowska and Jan Chodkiewicz [1], the outstanding researchers of alcohol-use disorder (AUD) in Poland ask why, even though the improvement in the quality of life of people with AUD begins already in the first month of abstinence, so many return to using alcohol and its related suffering and why an increase in life satisfaction is not a sufficient motivator to sustain lasting change. This draws attention to the less-than-optimistic study results on the effectiveness of therapy [2] as well as on relapse-risk factors, which are abundant in the subject literature [3]. Additionally, obtaining answers to the above-mentioned questions is difficult due to the heterogeneity of the AUD group;

■ WPROWADZENIE

Lidia Cierpiałkowska i Jan Chodkiewicz [1], wybitni badacze osób uzależnionych od alkoholu w Polsce, zadają pytania, dlaczego – mimo że poprawa jakości życia osób uzależnionych od alkoholu zaczyna się już w pierwszym miesiącu abstynencji – tak wiele osób wraca do używania alkoholu i cierpienia z nim związanego oraz dlaczego wzrost zadowolenia z życia nie stanowi wystarczającego motywatora do utrzymania trwałych zmian. Kieruje to uwagę na nieprzynoszące optymistycznych wyników badania nad efektywnością terapii [2], a także nad czynnikami ryzyka nawrotów, których w literaturze przedmiotu jest wiele [3]. Dodatkowo, uzyskanie odpowiedzi na wyżej wspomniane pytania utrud-

this is why this group “so far has eluded (...) constant attempts at its description, classification and prediction” [2: 41]. Nevertheless, it seems that undertaking further research to optimise therapeutic interventions for those suffering from AUD is needed and urgent. Therefore this article will present preliminary research aimed at determining differences in self-image (understood as identity, sense of meaning of life and self-esteem) in patients with AUD in the basic (initial) and advanced (in-depth) stages of AUD therapy, as well as compared to those without AUD.

The cognitive-behavioural and the integrative strategic-structural models are the dominant therapeutic approaches in the treatment of AUD in Polish centres [1, 2, 4]. In practice, the basic stage of inpatient or outpatient AUD therapy for those with a (usually) short period of abstinence includes work on strengthening motivation for treatment, identification of AUD as an illness and the losses that the person has experienced because of it, as well as on recognising the symptoms of alcohol craving and ways of dealing with it [1, 4]. In turn, the advanced stage of therapy, which is carried out on an outpatient basis, is addressed to those who have completed the basic stage and generally concerns preventing relapses, solving personal problems and building a positive self-image [2, 4].

The discrepancy between the real self and the ideal self significantly affects the formation of self-image in the case of those with AUD. According to Mellibruda's theory [4, 5], the operation of the dispersed and split-self mechanism, one of the dependence mechanisms, leads to inconsistency of self-image and the creation of “polar” versions of the self. Thus self-awareness is reduced and behaviour stability is impaired, leading to deficits in the sense of identity while the sense of influence on one's life is lost and feelings of shame, a sense of guilt, inferiority and meaninglessness of life dominate [5, 6]. It is assumed that changes occurring during therapy in the self-structure of people with AUD enable them to make their self-image more realistic [6]. As Mellibruda and Sobolewska-Mellibruda [4] argue, work on the mechanisms of dispersion and splitting of the self accompanies each topic implemented in the advanced stage of therapy and is used to integrate the structure of the self of pa-

nia heterogeniczność grupy osób uzależnionych od alkoholu, z powodu której grupa ta „jak dotąd wymyka się (...) stale podejmowanym próbom opisu, klasyfikacji i prognozy” [2: 41]. Niemniej, wydaje się, że podejmowanie kolejnych badań w celu optymalizacji oddziaływań terapeutycznych przeznaczonych dla osób uzależnionych od alkoholu jest potrzebne i konieczne. Z tego m.in. powodu w niniejszym artykule przedstawione zostaną wstępne badania, których celem było określenie różnic w zakresie obrazu siebie (rozumianego jako tożsamość, poczucie sensu życia i samoocena) u osób uzależnionych od alkoholu realizujących podstawowy (wstępny) i zaawansowany (pogłębiony) etap terapii uzależnień, a także w porównaniu z osobami nieuzależnionymi.

Dominującymi w polskich ośrodkach podejściami terapeutycznymi w leczeniu uzależnienia od alkoholu są modele: poznawczo-behawioralny oraz integracyjny strategiczno-strukturalny [1, 2, 4]. W praktyce wstępny etap terapii, stacjonarnej lub ambulatoryjnej, osób uzależnionych z krótkim (przeważnie) okresem abstynencji obejmuje: pracę nad wzmocnieniem motywacji do leczenia, identyfikacją z uzależnieniem jako chorobą oraz stratami, jakich osoba z tego powodu doświadczyła, a także nad rozpoznawaniem objawów głodu alkoholowego i sposobami radzenia sobie z nim [1, 4]. Z kolei zaawansowany etap terapii, realizowany ambulatoryjnie, jest kierowany do osób, które ukończyły etap podstawowy i – ogólnie rzecz ujmując – dotyczy pracy nad zapobieganiem nawrotom oraz rozwiązywaniem problemów osobistych i budowaniem pozytywnego obrazu własnej osoby [2, 4].

W przypadku osób uzależnionych od alkoholu rozbieżność pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym znacząco wpływa na kształtowanie się obrazu siebie. Zgodnie z teorią Mellibrudy [4, 5] działanie jednego z mechanizmów uzależnienia – mechanizmu rozproszonego i rozdwojonego Ja – doprowadza do niespójności obrazu siebie i tworzenia „biegunowych” wersji Ja. W konsekwencji powoduje to obniżenie samoświadomości, uniemożliwia stabilność zachowań, prowadząc do deficytów w zakresie poczucia tożsamości, natomiast poczucie wpływu na swoje życie zostaje utracone, a dominują uczucia wstydu, poczucia winy, niższości i bezsensu życia [5, 6]. Zakłada się, że zmiany zachodzące w strukturze Ja osób uzależnionych podczas terapii umożliwiają im urealnienie obrazu siebie [6]. Jak przekonują Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda [4], praca nad mechanizmami rozpraszania i rozdwarzania Ja towarzyszy każdemu tema-

tients with AUD, filling their internal void by building a hierarchy of values and searching for meaning of life, as well as building realistic self-esteem and self-understanding one's own strengths and weaknesses. Therefore, this article assumes, with reference to the mechanism of the dispersed and split self [4, 5], that the self-image can be conceptualised by referring to the constructs of identity, sense of meaning of life and self-esteem described below.

A defined and consolidated identity is a fundamental attribute that influences a person's mental functioning and regulates his or her psychosocial functioning. A mature identity enables a person to define oneself, make choices and changes in life, and determines the coherence and continuity of behaviour and the ability to adapt creatively to reality [7-9]. People with a consolidated identity consume significantly less alcohol; they also demonstrate psychological well-being and higher self-esteem as well as lower level of anxiety and depression [10, 11]. Patients with AUD, as shown by research results [12], are characterised by greater identity deficits in terms of its lower coherence and stability and have less access to its content compared to those without AUD; also their identity is not related to the abstinence [12] or AUD [13] duration.

Another regulator of an individual's psychosocial functioning and mental health is the sense of meaning of life, also considered the most powerful force motivating a person [14]. The meaning of life can be defined as a sense of subjective satisfaction associated with purposeful and value-oriented action [15]. With the development of AUD, a mental emptiness appears in place of previously held values, and the sense of competence, effectiveness and influence on one's own behaviour, self-esteem, sense of meaning of life and morality are damaged [5]. The results of most studies [3] indicate that the sense of meaning of life may be a protective factor against drinking relapses [16, 17], which emphasises its importance in planning therapeutic interventions.

Self-esteem, which is a positive or negative emotional and cognitive attitude towards oneself, also plays a regulatory role in maintaining a stable self-image [18]. Low self-esteem is one of the most frequently reported problems by patients with AUD in the Polish AUD treatment sys-

towi realizowanemu w etapie pogłębionym terapii i wykorzystuje się ją do integrowania struktury Ja pacjentów uzależnionych od alkoholu, wypełnianiu ich wewnętrznej pustki przez budowanie hierarchii wartości i poszukiwanie sensu życia, jak również budowanie realistycznej samooceny i rozumienia siebie z mocnymi i słabymi stronami. W związku z powyższym w niniejszym artykule przyjęto, odnosząc się do mechanizmu rozproszonego i rozdwojonego Ja [4, 5], że obraz Ja można konceptualizować przez odniesienie do konstruktywów tożsamości, poczucia sensu życia i samooceny, które to konstrukty opisane zostaną poniżej.

Określona i skonsolidowana tożsamość jest fundamentalną właściwością wpływającą na funkcjonowanie psychiczne człowieka i regulującą jego psychospołeczne funkcjonowanie. Dojrzała tożsamość umożliwia definiowanie siebie, dokonywanie wyborów i podejmowanie zmian w życiu, wyznacza spójność i ciągłość zachowań oraz zdolność do twórczej adaptacji do rzeczywistości [7-9]. Osoby cechujące się skonsolidowaną tożsamością spożywają istotnie mniej alkoholu, a także przejawiają psychiczny dobrostan i wyższe poczucie własnej wartości oraz mniejsze nasilenie lęku i depresji [10, 11]. Osoby uzależnione od alkoholu, jak wskazują wyniki badań [12], charakteryzują się większymi deficytami w zakresie tożsamości: mniejszą jej spójnością i stabilnością oraz mają mniejszy dostęp do jej treści w porównaniu z osobami nieuzależnionymi, a ich tożsamość nie wykazuje związku ani z czasem trwania abstynencji [12], ani uzależnienia [13].

Kolejnym z regulatorów funkcjonowania psychospołecznego człowieka oraz jego zdrowia psychicznego jest poczucie sensu życia, uważane także za najpotężniejszą siłę motywującą człowieka [14]. Sens życia może być definiowany jako poczucie podmiotowej satysfakcji wiążącej się z celowym i ukierunkowanym na wartości działaniem [15]. Wraz z rozwojem uzależnienia od alkoholu w miejscu wyznawanych wcześniej wartości pojawia się próżnia psychiczna, a poczucie kompetencji, skuteczności i wpływu na własne postępowanie, poczucie własnej wartości, poczucie sensu życia oraz moralności zostają uszkodzone [5]. Rezultaty większości badań [3] wskazują, że poczucie sensu życia może być czynnikiem chroniącym przed nawrotami picia [16, 17], co podkreśla jego znaczenie w planowaniu oddziaływań terapeutycznych.

Regulacyjną rolę w utrzymywaniu stabilnego obrazu siebie pełni również samoocena, będąca emocjonalnym i poznawczym ustosunkowaniem wobec siebie samego o zabarwieniu pozytywnym

tem, and chronic self-esteem resulting from AUD may increase the likelihood of depression [19]. In many studies, low self-esteem characterises people with AUD compared to those without [20] and its predictive significance for alcohol use as a non-adaptive coping strategy [21] or self-medication strategy has been proven [22]. There are also Polish studies indicating its improvement during AUD therapy [19], which is a desirable direction if self-esteem is treated as an important indicator of mental health.

According to the strategic and structural AUD therapy assumptions, the desired changes occurring during treatment include, among others, building and recognising the boundaries of the self, increasing ability to make life choices, shaping self-esteem and dignity and a system of personal norms. According to these assumptions, the therapeutic process is aimed at stabilising the self-image of people with AUD [2]. The following study is an attempt to verify whether people with AUD in an advanced therapy programme differ from people implementing a basic therapy programme in terms of self-image, as well as whether both groups differ in relation to people without AUD. It was assumed that the group of people with AUD in an advanced process of therapy (and maintaining abstinence from alcohol for a significantly longer period) would be characterised by a more constructive self-image compared to people starting therapy. Moreover, it was expected that both groups would differ from individuals without AUD, being characterised by greater identity deficits, a lower sense of meaning of life and lower self-esteem.

■ MATERIAL AND METHODS

The study was conducted in inpatient and outpatient addiction treatment centres in Kujawsko-Pomorskie Województwo in 2022. The Bioethical Commission and/or centre directors gave their assent to the conduction of the research. After obtaining information about the general purpose of the study and the voluntary nature of participation, 91 people agreed to participate, of which 30 (6 women and 24 men) were included in the basic therapy programme, 31 (10 women and 21 men) in the advanced therapy programme and 30 (9 women and 21 men) belonged to the control group. The average age in these groups was 46.07 years

lub negatywnym [18]. Niska samoocena jest jednym z częściej zgłaszanych problemów przez pacjentów uzależnionych w polskim systemie leczenia odwykowego, a chroniczne jej odczuwanie wynikające z uzależnienia może zwiększać prawdopodobieństwo stanów depresyjnych [19]. W wielu badaniach niska samoocena cechuje osoby uzależnione od alkoholu w porównaniu z nieuzależnionymi [20], jak również udowodniono jej predyktoryjne znaczenie dla używania alkoholu jako nieadaptacyjnej strategii radzenia sobie [21] czy strategii samoleczenia [22]. Są także polskie badania wskazujące na jej poprawę w trakcie terapii uzależnień [19], co jest pożądanym kierunkiem, jeśli traktuje się samoocenę jako ważny wskaźnik zdrowia psychicznego.

Zgodnie z założeniami strategiczno-strukturalnej terapii uzależnień do pożądaných zmian zachodzących w trakcie leczenia należą m.in.: budowanie i rozpoznawanie granic Ja, zwiększanie zdolności do podejmowania wyborów życiowych, kształtowanie poczucia własnej wartości i godności oraz systemu osobistych norm. Zgodnie z tymi założeniami proces terapeutyczny ma podążać w kierunku stabilizowania obrazu siebie u osób uzależnionych [2]. Przeprowadzone badanie stanowi próbę zweryfikowania, czy osoby uzależnione od alkoholu w zaawansowanym programie terapii różnią się od osób realizujących wstępny program terapii w zakresie obrazu siebie, jak również czy obie grupy różnią się w odniesieniu do osób nieuzależnionych. Założono, że grupa osób uzależnionych w zaawansowanym procesie terapii (i utrzymująca znacząco dłużej abstynencję od alkoholu) będzie charakteryzowała się bardziej konstruktywnym obrazem siebie w stosunku do osób rozpoczynających terapię. Ponadto, oczekiwano, że obie grupy będą różnić się od osób nieuzależnionych, charakteryzując się większymi deficytami w zakresie tożsamości, mniejszym poczuciem sensu życia oraz niższą samooceną.

■ MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w 2022 r. w województwie kujawsko-pomorskim, w państwowych stacjonarnych i ambulatoryjnych placówkach leczenia odwykowego (zgoda Komisji Bioetycznej i/lub kierowników placówek). Po uzyskaniu informacji o ogólnym celu badania i dobrowolności udziału w nim 91 osób wyraziło zgodę na uczestnictwo, z czego 30 osób (6 kobiet i 24 mężczyzn) objęto podstawowym programem terapii, 31 osób (10 kobiet i 21 mężczyzn) – pogłębionym programem, nato-

($SD = 10.58$), 48.90 years ($SD = 10.79$) and 37.90 years ($SD = 9.66$) respectively. Table I presents data on respondents' age, marital status and education as well as the duration of AUD and abstinence in the groups with AUD. All basic-stage therapy AUD patients participated in group and individual forms of psychotherapy lasting eight weeks, in stationary (approximately half of the group) or day-ward conditions. All patients in the advanced therapy programme participated in individual psychotherapy conducted on an outpatient basis for two years. Both groups with AUD differed significantly in the duration of abstinence ($t = -4.88$; $p < 0.001$) and did not differ in the duration of AUD ($t = -1.96$; $p = 0.091$). The minimum duration of abstinence was one month and the maximum six months in the basic therapy-stage group while the minimum abstinence was eight months and the maximum 276 months in the advanced therapy stage group. In both groups, the question-

miast 30 osób (9 kobiet i 21 mężczyzn) przynależało do grupy kontrolnej. Średnia wieku w tych grupach wynosiła odpowiednio: 46,07 roku ($SD = 10,58$), 48,90 roku ($SD = 10,79$) oraz 37,90 roku ($SD = 9,66$). W tabeli I zamieszczono dane o wieku, stanie cywilnym i wykształceniu osób badanych oraz w grupach osób uzależnionych – czas trwania uzależnienia i abstynencji. Wszystkie osoby uzależnione od alkoholu w wstępnym etapie terapii uczestniczyły w trwających osiem tygodni dwóch formach psychoterapii, grupowej i indywidualnej, w warunkach oddziału stacjonarnego (około połowa grupy) lub oddziału dziennego. Wszystkie osoby w zaawansowanym programie terapii uczestniczyły w psychoterapii indywidualnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych przez okres dwóch lat. Obie grupy osób uzależnionych różniły się istotnie czasem utrzymywania abstynencji ($t = -4,88$; $p < 0,001$) i nie różniły się czasem trwania uzależnienia ($t = -1,96$; $p = 0,091$). W grupie osób w podstawowym etapie terapii minimalny czas trwania abstynencji wyno-

Table I. Statistics and descriptive parameters in groups of patients with AUD in a basic and advanced therapy programme and of persons without AUD

Tabela I. Statystyki i parametry opisowe w grupach pacjentów uzależnionych od alkoholu w podstawowym i pogłębionym programie terapii oraz osób nieuzależnionych

Variables Zmienne	Patients with AUD in a basic therapy programme Pacjenci z AUD w podstawowym programie terapii ($n = 30$)	Patients with AUD in an advanced therapy programme Pacjenci z AUD w pogłębionym programie terapii ($n = 31$)	Persons without AUD Osoby nieuzależnione ($n = 30$)
Age/Wiek, M (SD)	46.07 (10.58)	48.90 (10.79)	37.90 (9.66)
Marital status/Stan cywilny, n (%)			
Single/Wolny/a	3 (10.00)	5 (16.13)	4 (13.33)
Non-marital relationship W związku nieformalnym	3 (10.00)	4 (12.90)	7 (23.34)
Married/W związku małżeńskim	21 (70.00)	13 (41.94)	18 (60.00)
Divorced/Rozwód	3 (10.00)	8 (25.81)	1(3.33)
Widowed/Wdowieństwo	–	1 (3.22)	–
Education/Wykształcenie, n (%)			
Primary/Podstawowe	–	4 (12.90)	–
Vocational/Zawodowe	6 (20.00)	9 (29.03)	5 (16.67)
Secondary/Średnie	18 (60.00)	13 (41.94)	13 (43.33)
Higher/Wyższe	6 (20.00)	5 (16.13)	12 (40.00)
Length of addiction (in years) Czas trwania uzależnienia (w latach) M (SD)	14.90 (7.65)	19.97 (11.95)	–
Length of abstinence (in months)/Czas trwania abstynencji (w miesiącach) M (SD)	2.53 (1.45)	78.00 (84.67)	–

n – group size/liczebność grupy, M – mean/średnia, SD – standard deviation/odchylenie standardowe

naire measurement took place at the end of a given stage of therapy. The control group was selected using the snowball sampling method among those who consumed alcohol occasionally or not at all.

According to integrative strategic and structural addiction therapy [4], the first basic stage involved patients concerned on working to recognise their own AUD and learning to maintain short-term abstinence. This stage is necessary but not sufficient to achieve fundamental, stable and lasting psychological change, which is the purpose of the advanced stage [4]. In this phase of treatment, patients carried out a therapeutic programme focused on recognising and disarming the mechanisms of AUD, including the dispersed and split-self mechanism. Thus, this work concerned the integration of the self-structure (building a coherent identity), building and strengthening a realistic self-image, including self-esteem and filling the inner void by searching for the meaning of life and building a hierarchy of values [4].

The following measures were used in the study:

Personal survey created to obtain information about gender, age, education and marital status and, in the group with AUD, about the length of AUD and abstinence.

The Multidimensional Identity Questionnaire (MIQ) by A. Pilarska [23] is a measure used to examine the structure of identity, defined as a relatively permanent property of an individual and taking the form of a dynamic organisation of content about oneself. It contains 45 statements, rated on a four-point scale from “definitely yes”/“always” to “definitely no”/“never”. These statements concern six dimensions of identity: (i) availability (ii) specificity, (iii) separateness, (iv) coherence, (v) stability and (vi) valuation. Cronbach’s α reliability coefficients in our own study ranged from 0.62 to 0.87 for individual subscales and 0.93 for the entire questionnaire.

Life Attitude Profile-Revised (LAP-R) by G.T. Reker, in the Polish adaptation by R. Klamut [24], was used to examine the sense of meaning of life. It consists of 48 statements responded to on a seven-point scale from “completely false” to “completely true”. The questionnaire describes human existential functioning in a system of six simple scales:

sił jeden miesiąc, a maksymalny – sześć miesięcy, z kolei w grupie osób w pogłębionym etapie terapii minimalny czas abstynencji wynosił osiem miesięcy, a maksymalny – 276 miesięcy. W obu grupach pomiar kwestionariuszowy następował pod koniec danego etapu terapii. Grupa kontrolna została dobrana metodą kuli śnieżnej spośród osób, które spożywały alkohol sporadycznie lub wcale.

Zgodnie z zasadami integracyjnej strategiczno-strukturalnej terapii uzależnień [4], etap podstawowy terapii realizowany przez pacjentów dotyczył pracy nad uznaniem przez nich własnego uzależnienia i nauczeniem się utrzymywania krótkotrwałej abstynencji. Jest to etap konieczny, ale niewystarczający do uzyskania zasadniczych, stabilnych i trwałych zmian psychologicznych, czemu z kolei służy etap pogłębiony [4]. W tej fazie leczenia pacjenci realizowali program terapeutyczny skoncentrowany na rozpoznawaniu i rozbijaniu mechanizmów uzależnienia, w tym mechanizmu rozproszonego i rozdwojonego Ja. Tym samym praca ta dotyczyła integracji struktury Ja (budowania spójnej tożsamości), budowania i wzmacniania realistycznego obrazu siebie, w tym samooceny, oraz wypełniania wewnętrznej pustki przez poszukiwanie sensu życia i budowanie hierarchii wartości [4].

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

Kwestionariusz osobowy utworzono w celu uzyskania informacji na temat płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego oraz dodatkowo – w grupie osób uzależnionych – czasu trwania uzależnienia od alkoholu i czasu utrzymywania abstynencji.

Wielowymiarowy Kwestionariusz Tożsamości (WKT) autorstwa A. Pilarskiej [23] jest narzędziem, które służy do badania struktury tożsamości, definiowanej jako względnie trwała właściwość jednostki, przyjmująca postać dynamicznej organizacji treści o sobie. Zawiera 45 twierdzeń ocenianych na czterostopniowej skali, od „zdecydowanie tak”/„zawsze” do „zdecydowanie nie”/„nigdy”. Twierdzenia te dotyczą sześciu wymiarów tożsamości: poczucia wewnętrznej treści, poczucia niepowtarzalności, poczucia odrębności i granic, poczucia spójności, poczucia ciągłości w czasie i poczucia własnej wartości. Współczynniki rzetelności α Cronbacha w badaniu własnym wyniosły dla poszczególnych podskal wartości z przedziału 0,62–0,87 oraz 0,93 dla całego kwestionariusza.

Kwestionariusz Postaw Życiowych (KPŻ) G.T. Reker, w polskiej adaptacji R. Klamuta [24], został wykorzystany do zbadania poczucia sensu życia. Składa się z 48 twierdzeń, do których osoba badana

- Life Purpose covers the sense of direction in life towards objective meaning and values,
- Internal Coherence describes the belief in one's own separate place in the world and the organisation of one's own references to the world,
- Life Control covers the definition of one's own capabilities and limitations as well as the sense of responsibility for one's own life and actions,
- Death Acceptance relates to understanding the transience of human nature and understanding death as giving meaning to human life,
- Existential Vacuum includes four attitudes towards one's own life: provisional, fatalistic, collectivistic and related to fanaticism,
- Goal Seeking covers the level of motivation to undertake meaning-creating activities and transcend one's own conditions.

In our research, reliability coefficients ranged from 0.61 to 0.84 for individual subscales and 0.82 for the entire questionnaire.

The Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI) by E.J. O'Brien and S. Epstein in the Polish adaptation by D. Fecenec [25] was used to examine self-esteem. It consists of scales that refer to aspects of human functioning like competence, lovability, likability, personal power, self-control, moral self-approval, body appearance and body functioning, as well as a scale used to assess the coherence of self-image, proving the effectiveness of the self-discovery process (Identity Integration) and a scale allowing the assessment of the level of need for social approval (Defensive Self-Enhancement). The questionnaire contains 116 test items with a five-point response scale. Cronbach's α coefficients in our research ranged from 0.70 to 0.80 and 0.85 for the entire questionnaire.

In order to verify the research problem concerning the differences between those with AUD who participate in a basic and advanced therapy programme and people without AUD in terms of identity, sense of meaning of life and self-esteem, an analysis of variance was conducted using the Fisher test and Scheffé's post-hoc test for variables with distribution close to normal and the Kruskal-Wallis rank test for variables without normal distribution. A distribution close to normal was observed for the following variables that is in terms of identity – sense of specificity,

ustosunkowuje się na siedmiostopniowej skali, od „całkowicie nieprawdziwe” do „całkowicie prawdziwe”. Kwestionariusz opisuje egzystencjalne funkcjonowanie człowieka w układzie sześciu skal prostych:

- Cel – skala obejmująca poczucie ukierunkowania w życiu na obiektywny sens i wartości,
- Spójność wewnętrzna – skala opisująca przekonanie o własnym, odrębnym miejscu w świecie oraz uporządkowanie własnych odniesień do świata,
- Kontrola życia – skala obejmująca definicje własnych możliwości i ograniczeń oraz poczucie odpowiedzialności za własne życie i działanie,
- Akceptacja śmierci – skala dotycząca rozumienia przemijalności ludzkiej natury i rozumienia śmierci jako nadającej sens ludzkiemu życiu,
- Pustka egzystencjalna – skala, która obejmuje cztery postawy wobec własnego życia: prowizoryczną, fatalistyczną, kolektywistyczną oraz związaną z fanatyzmem,
- Poszukiwanie celów – skala obejmująca poziom motywacji do podejmowania działań sensotwórczych i przekraczania własnych uwarunkowań.

W badaniach własnych współczynniki rzetelności wyniosły od 0,61 do 0,84 dla poszczególnych podskal oraz 0,82 dla całego kwestionariusza.

Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI) E.J. O'Brien i S. Epstein, w polskiej adaptacji D. Fecenec [25], został wykorzystany do zbadania samooceny. Składa się ze skal, które odnoszą się do takich aspektów funkcjonowania człowieka, jak: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna i witalność, a także ze skali, która służy do oceny spójności obrazu siebie, świadczącej o efektywności procesu samo-poznania (integracja tożsamości), oraz skali pozwalającej ocenić poziom potrzeby aprobaty społecznej (obronne wzmacnianie samooceny). Kwestionariusz zawiera 116 pozycji testowych z pięciostopniowym formatem odpowiedzi. Współczynniki α Cronbacha w badaniach własnych przybrały wartości między 0,70 a 0,80 oraz 0,85 dla całego kwestionariusza.

W celu weryfikacji problemu badawczego, dotyczącego różnic między osobami uzależnionymi od alkoholu uczestniczącymi w podstawowym oraz pogłębionym programie terapii i osobami niezależnymi w zakresie tożsamości, poczucia sensu życia i samooceny, przeprowadzono analizę wariacji z wykorzystaniem testu Fishera, testu post-hoc Scheffé'a dla zmiennych o rozkładzie zbliżonym do normalnego oraz testu rang Kruskala-Wallisa dla zmiennych bez rozkładu normalnego. Rozkład zbliżony do nor-

separateness, stability, and coherence; in terms of the sense of meaning of life the variables were Life Control and Existential Vacuum and in the field of self-esteem – Competences and Lovability. To determine the obtained effect size, the Eta squared (η^2) index was used when using a parametric analysis of variance and the Epsilon squared (ϵ^2) index when using a non-parametric analysis of variance. The collected data were analysed using Statistica 13.3.

■ RESULTS

Table II presents the variable averages and standard deviations for dimensions of identity, sense of meaning of life and self-esteem. The results of the analysis of variance with the effect size coefficient are summarised in Table III.

As can be seen in Table III, statistically significant differences were noted for sense of coherence $F = 10.24$, $p < 0.001$ (large effect size), sense of stability $F = 6.79$, $p = 0.002$ (medium effect size), sense of availability: $H = 15.06$, $p < 0.001$ (large effect size) and valuation: $H = 6.74$, $p = 0.034$ (medium effect size) dimensions of identity. Significant differences were also noted for the overall sense of identity, with a medium effect size: $F = 6.05$, $p = 0.003$. Post-hoc analysis using the Scheffe's test showed that patients from the basic and advanced therapy programmes differed from people without AUD in a significantly lower sense of coherence, stability and availability, as well as a general sense of identity but did not differ between themselves. In terms of self-esteem, patients in an advanced therapy programme achieve lower results than those without AUD.

In the area of the sense of meaning of life, variance analysis showed that advanced-stage therapy patients differ from those without AUD by lower scores in the field of Life Control ($F = 3.60$, $p = 0.031$) with a small effect size. Patients with AUD at the basic therapy stage differ from people without AUD by higher scores, with medium effect size, in the field of Existential Vacuum ($F = 3.81$, $p = 0.026$), and also differ from the other two groups by obtaining lower results in the field of Life Purpose ($H = 12.12$, $p = 0.002$) also with medium effect size.

Contrary to the assumptions, no differences were observed in self-esteem in the studied groups.

malnego odnotowano dla zmiennych w zakresie tożsamości – poczucie niepoważności, odrębności i granic, ciągłości w czasie oraz spójności; w zakresie poczucia sensu życia – Kontrola życia i Pustka egzystencjalna; w zakresie samooceny – Kompetencje, Bycie kochanym. Dla określenia miary siły uzyskanych efektów zastosowano wskaźnik eta kwadrat (η^2) w przypadku wykorzystania parametrycznej analizy wariancji oraz wskaźnik epsilon kwadrat (ϵ^2) w przypadku wykorzystania nieparametrycznej analizy wariancji. Zebrane dane zostały poddane analizie z zastosowaniem pakietu statystycznego Statistica 13.3.

■ WYNIKI

W tabeli II przedstawiono średnie i odchylenia standardowe zmiennych – wymiarów tożsamości, poczucia sensu życia oraz samooceny. Wyniki analizy wariancji wraz z wartościami współczynnika siły związku zestawiono w tabeli III.

Jak widać w tabeli III, istotne statystycznie różnice odnotowano dla czterech wymiarów tożsamości, tj. poczucia spójności: $F = 10,24$, $p < 0,001$ (duża siła związku); poczucia ciągłości w czasie: $F = 6,79$, $p = 0,002$ (umiarkowana siła związku), poczucia posiadania wewnętrznej treści: $H = 15,06$, $p < 0,001$ (duża siła związku) i poczucia własnej wartości: $H = 6,74$, $p = 0,034$ (umiarkowana siła związku). Również dla całego poczucia tożsamości odnotowano znaczące różnice, przy umiarkowanej sile związku: $F = 6,05$, $p = 0,003$. Analizy post-hoc z użyciem testu Scheffe'a wykazały, że osoby z podstawowego i pogłębionego programu terapii różniły się od osób nieuzależnionych istotnie mniejszym poczuciem spójności, ciągłości w czasie oraz poczuciem posiadania wewnętrznej treści, a także ogólnym poczuciem tożsamości, nie różniąc się jednak między sobą. W zakresie poczucia własnej wartości osoby z zaawansowanego programu terapii osiągają niższe wyniki niż osoby nieuzależnione.

W obszarze poczucia sensu życia analiza wariancji pokazała, że osoby uzależnione w zaawansowanym etapie terapii różnią się od osób nieuzależnionych niższymi wynikami w zakresie Kontroli życia ($F = 3,60$, $p = 0,031$), ze słabą siłą efektu. Osoby uzależnione na wstępnym etapie terapii różnią się od osób nieuzależnionych wyższymi wynikami, przy przeciętnej sile związku, w zakresie Pustki egzystencjalnej ($F = 3,81$, $p = 0,026$), a także różnią się od dwóch pozostałych grup, uzyskując niższe

Table II. Means, standard deviations, skewness, kurtosis of variables in groups of patients with AUD in a basic and advanced therapy programme and of persons without AUD
 Tabela II. Średnie, odchylenia standardowe, skośność i kurtoza zmiennych w grupach pacjentów uzależnionych w podstawowym i pogłębianym programie terapii oraz osób niezależnych od alkoholu

Variables Zmienne	Patients with AUD in a basic therapy programme Pacjenci z AUD w podstawowym programie terapii (n = 30)				Patients with AUD in an advanced therapy programme Pacjenci z AUD w pogłębianym programie terapii (n = 31)				Persons without AUD Osoby niezależne (n = 30)			
	M	SD	S	K	M	SD	S	K	M	SD	S	K
Identity/Tożsamość												
Availability/Dostępność treści	10.43	2.44	0.11	-0.53	10.03	2.68	-0.09	-0.48	12.50	2.76	-1.40	1.19
Specificity/Specyficzność treści	13.63	4.36	0.27	-0.50	15.35	4.29	0.05	-0.87	15.10	5.56	0.48	-0.06
Separateness/Wyodrębnienie treści	11.67	2.87	0.19	-0.30	10.99	2.68	-0.40	-0.58	12.10	3.56	0.49	0.03
Coherence/Spójność treści	18.17	3.89	0.03	-0.43	16.93	5.38	-0.84	0.83	22.37	5.26	-0.66	-0.41
Stability/Stabilność treści	13.60	3.01	-0.01	-0.38	13.87	3.33	0.43	0.26	16.57	3.95	-0.13	-0.69
Valuation/Wartościowanie treści	13.63	2.47	-0.16	-0.21	13.03	3.46	-0.59	-0.56	15.13	3.09	-0.52	0.56
MIQ Total	81.13	14.04	0.18	-0.76	80.19	16.23	-0.49	-0.22	93.77	20.01	-0.27	0.01
Sense of meaning of life/Poczucie sensu życia												
Life Purpose/Cel	35.27	5.27	-0.54	0.41	39.59	9.79	-0.93	0.45	40.73	7.11	-0.15	0.49
Internal Coherence/Spójność wewnętrzna	37.30	5.19	-0.52	-0.59	40.07	9.58	-0.89	0.76	39.27	7.49	0.24	0.44
Death Acceptance/Akceptacja śmierci	29.07	8.27	-0.22	-0.20	34.34	11.63	-0.28	-0.58	34.00	11.83	0.03	-0.68
Life Control/Kontrola życia	37.07	5.79	-0.45	-0.72	35.86	8.02	-1.06	1.37	38.77	5.90	-0.68	0.45
Existential Vacuum/Pustka egzystencjalna	30.90	6.20	0.04	-0.85	30.55	9.51	0.35	0.03	25.57	9.01	0.18	-0.42
Goal Seeking/Poszukiwanie celów	40.37	6.51	-0.35	-0.10	39.48	6.58	0.17	-0.71	39.67	5.77	0.29	-0.39
LAP-R Total	209.97	17.89	-0.28	1.03	219.90	31.63	0.44	0.16	218.00	24.40	0.19	-0.27
Self-esteem/Samoocena												
Competence/Kompetencje	31.60	3.57	-0.20	-0.47	32.85	4.69	-0.12	3.44	33.20	2.64	0.31	-0.49
Lovability/Bycie kochanym	30.73	3.69	0.47	0.32	31.11	5.78	-0.28	0.56	28.60	4.05	0.28	-0.90
Likability/Popularność	29.60	3.31	-0.15	0.40	31.21	4.69	-0.02	4.28	30.83	2.56	-0.25	-0.56
Personal Power/Zdolności przywódcze	30.40	3.55	-0.25	-0.81	30.89	4.33	-0.76	1.45	32.10	4.46	0.11	-0.81
Self-control/Samokontrola	32.30	3.01	-0.01	-0.36	32.79	5.12	-1.34	4.17	31.06	4.30	0.25	-0.33
Moral Self-approval/Samoakceptacja moralna	30.40	3.30	-0.53	0.29	30.61	4.18	-1.10	5.08	29.63	3.01	1.39	2.07
Body Appearance/Atrakcyjność fizyczna	28.00	4.07	-0.09	-0.39	29.68	4.54	-0.54	1.03	28.63	3.93	-0.02	0.28
Body Functioning/Witalność	28.13	4.15	-0.57	0.13	30.46	4.27	-0.16	2.40	30.70	2.97	0.46	-0.88
Identity Integration/Integracja tożsamości	31.73	4.06	0.31	-0.54	31.89	4.24	-1.54	4.79	31.57	4.99	0.67	0.06
Defensive Self-enhancement/Obronne wzmacnianie samooceny	47.60	5.54	0.26	0.32	47.32	9.43	-0.27	1.83	49.97	5.95	0.20	-0.24
MSEI Total	320.50	20.81	0.01	0.69	328.82	39.84	-1.71	7.87	326.27	25.03	0.26	-0.95

S – skewness/skośność, K – kurtosis/kurtoza

Table III. Results of analysis of variance for identity, meaning of life and self-esteem in groups of patients with AUD in a basic (1), advanced therapy programme (2) and of persons without AUD (3)

Tabela III. Wyniki analizy wariancji dla wymiarów tożsamości, poczucia sensu życia i samooceny w grupie pacjentów uzależnionych w podstawowym (1) i pogłębionym procesie terapii (2) oraz osób niezależnych od alkoholu (3)

Variables/Zmienne	F/H	p	η^2/ϵ^2	Post-hoc
Identity/Tożsamość (MIQ)				
Specificity/Poczucie niepowtarzalności	1.15	0.332	–	–
Separateness/Poczucie odrębności i granic	1.07	0.348	–	–
Stability/Poczucie ciągłości w czasie	6.79	0.002	0.134	1 < 3; 2 < 3
Coherence/Poczucie spójności	10.24	< 0.001	0.189	1 < 3; 2 < 3
Availability/Poczucie wewnętrznej treści	15.06	< 0.001	0.167	1 < 3; 2 < 3
Valuation/Poczucie własnej wartości	6.74	0.034	0.075	2 < 3
MIQ Total	6.05	0.003	0.121	1 < 3; 2 < 3
Sense of meaning of life/Poczucie sensu życia (LAP-R)				
Live Control/Kontrola życia	3.60	0.031	0.032	2 < 3
Existencial Vacuum/Pustka egzystencjalna	3.81	0.026	0.086	1 > 3
Life Purpose/Cel	12.12	0.002	0.138	1 < 2; 1 < 3
Internal Coherence/Spójność wewnętrzna	3.54	0.170	–	–
Death Acceptance/Akceptacja śmierci	4.82	0.090	–	–
Goal Seeking/Poszukiwanie celów	0.63	0.728	–	–
LAP-R Total	1.75	0.416	–	–
Self-esteem/Samoocena (MSEI)				
Competence/Kompetencje	1.46	0.238	–	–
Lovability/Bycie kochanym	2.78	0.068	–	–
Likability/Popularność	3.70	0.157	–	–
Personal Power/Zdolności przywódcze	1.94	0.378	–	–
Self-control/Samokontrola	3.59	0.166	–	–
Moral Self-approval/Samoakceptacja moralna	4.09	0.129	–	–
Body Appearance/Atrakcyjność fizyczna	2.49	0.288	–	–
Body Functioning/Witalność	5.79	0.552	–	–
Identity Integration/Integracja tożsamości	1.17	0.557	–	–
Defensive Self-enhancement/Obronne wzmacnianie samooceny	2.38	0.304	–	–
MSEI Total	3.21	0.201	–	–

F – Fisher-Snedecor (FS) test/wartość analizy wariancji (Fishera-Snedecora), H – Kruskal-Wallis test/test rang Kruskala-Wallisa, p – statistical significance/poziom istotności statystycznej, η^2 – eta squared effect size/wskaźnik miary sily efektu eta kwadrat, ϵ^2 – epsilon squared effect size/wskaźnik miary sily efektu epsilon kwadrat

■ DISCUSSION

The study was an attempt to verify whether patients with AUD participating in an advanced therapy programme differ from patients participating in basic therapy and are characterised by a more favourable self-image, and whether there are differences in this area in relation to the non AUD group. Contrary to expectations, the results showed that patients from the two AUD

wyniki w zakresie Celu ($H = 12,12$, $p = 0,002$), również przy przeciętnej sile związku.

Wbrew założeniom w obszarze samooceny nie zaobserwowano żadnych różnic w badanych grupach.

■ OMÓWIENIE

Przeprowadzone badanie stanowiło próbę weryfikacji, czy osoby uzależnione od alkoholu uczestniczące w pogłębionym programie terapii różnią się

treatment-programme stages do not differ from each other in (almost) any of the examined areas. The lack of expected differences between the group of starting patients and those in advanced therapy is interesting and raises questions about the goals of AUD therapy (especially its advanced form), bearing in mind the significance of consolidated identity, high sense of meaning of life and stable self-esteem for mental health and relapse prevention. This seems even more important due to the goals set in an advanced AUD treatment programme, which cover integrating the patients' self-structure (identity), building realistic self-image, including the integration of strengths and weaknesses, and shaping a stable hierarchy of values that embrace the search for the meaning of life [4].

Our research has proven that both groups of patients with AUD differ from people without AUD in terms of a lower level of sense of coherence, stability and availability as well as a less adaptive general sense of identity, but at the same time do not differ significantly from each other.

Internal coherence is the most fundamental attribute of identity, enabling both the feeling of well-being and being allowing for the sense of integrity of one's own self [7]. Deficits in the area of coherence are significantly associated with a variety of psychopathological symptoms including greater depression and anxiety [7, 26], which occur in people with AUD more often than in the general population in the form of depressive and anxiety disorders symptoms [27]. Moreover, a less coherent identity is also associated with risky behaviour, including the use of psychoactive substances as research shows [28].

The dimension of stability in identity content over time also significantly differentiated both groups of examined patients with and without AUD. This dimension is responsible for the sense of stability in time and living space and allows, in its optimal, normative form, the integration of remembered past experiences, current events and future visions and longings [7, 26]. The sense of stability serves as a protective factor against maladaptive behaviours [26], and the difficulties in maintaining a sense of continuity and stability of identity, will be associated with a greater risk of developing various psychopathological symptoms from depression, anxiety and suicidal

od osób biorących udział w początkowym programie terapii i charakteryzują się bardziej korzystnym obrazem siebie oraz czy są różnice w tym obszarze w odniesieniu do grupy osób niezależnych. Wbrew oczekiwaniom, wyniki pokazały, że osoby z obu etapów programu terapii uzależnień nie różnią się między sobą w (prawie) żadnym z badanych obszarów. Brak oczekiwanych różnic między grupą osób rozpoczynających terapię oraz grupą osób w zaawansowanym programie terapii jest zastanawiający i stawia pytania o cele terapii uzależnień (zwłaszcza jej pogłębionej formy), biorąc pod uwagę znaczenie, jakie dla zdrowia psychicznego, a także zapobiegania nawrotom ma skonsolidowana tożsamość, wysokie poczucie sensu życia i stabilna samoocena. Wydaje się to tym bardziej ważne ze względu na cele, jakie są stawiane w zaawansowanym programie leczenia uzależnień, a które obejmują integrowanie struktury Ja (tożsamości) pacjentów, budowanie ich realistycznego obrazu siebie, w tym integrację mocnych i słabych stron, oraz kształtowanie stabilnej hierarchii wartości, obejmującej również poszukiwanie sensu życia [4].

W badaniach własnych dowiedziono, że obie grupy osób uzależnionych różnią się od osób niezależnych niższym poziomem poczucia spójności, ciągłości w czasie i posiadania wewnętrznej treści, jak również mniej adaptacyjnym ogólnym poczuciem tożsamości, jednocześnie jednak nie różniąc się w sposób istotny między sobą.

Wewnętrzna spójność jest najbardziej fundamentalną właściwością tożsamości, umożliwiającą zarówno odczuwanie dobrostanu, jak i odpowiadającą za poczucie integralności własnego Ja [7]. Deficyty w obszarze spójności istotnie wiążą się z różnorodnymi objawami psychopatologicznymi, m.in. z większą depresyjnością i niepokojem [7, 26], które to symptomy – w postaci zaburzeń depresyjnych i lękowych – występują u osób uzależnionych od alkoholu częściej niż w populacji ogólnej [27]. Ponadto, mniej spójna tożsamość wiązana jest również z zachowaniami ryzykownymi, w tym – co pokazują badania [28] – z używaniem substancji psychoaktywnych.

Wymiar ciągłości w czasie treści tożsamościowych także znacząco różnicował obie grupy osób uzależnionych od alkoholu i niezależnych. Wymiar ten odpowiada za poczucie stabilności w czasie i przestrzeni oraz umożliwia – w optymalnym, normatywnym kształcie – dokonywanie integracji wspomnień czy doświadczeń z przeszłości, aktualnych zdarzeń oraz wizji i pragnień dotyczących przyszłości [7, 26]. Poczucie ciągłości w czasie pełni

thoughts and behaviours, to hostility, interpersonal hypersensitivity, psychoticism and paranoid thinking [7].

In the case of the sense of availability, patients in both the basic and advanced therapy stages obtained lower results than those without AUD. Deficits in the sense of availability will be responsible for experiencing a sense of emptiness, stagnation, lack of life energy and the inability to engage in relationships with people or specific behaviours [26]. The relationship between AUD and limited access to the content of one's own identity can be explained by referring to Mellibruda's theory [4, 5] concerning the mechanism of dispersion and splitting of the self. A characteristic element of this mechanism is the creation of a mental and existential emptiness in the center of the self, which are characterised by the lack of stable, lasting and important motives for those with AUD. In optimal circumstances, the functioning of the self is coordinated around the content of identity that is significant to a person, which is impossible in the case of addicts due to the developing or advanced AUD process [5]. The literature based on psychodynamic theories also emphasises that substance-use disorder is associated with a person's loss of identity and uniqueness [29, 30]. At the same time, it seems that the sense of a lack of identity and own specificity is associated with the clinical picture of depressive disorders and with alexithymia; both of these syndromes occur more often in people with AUD than in the general population [27, 31].

Moreover, the presented research also notes that advanced-therapy programme patients are characterised by a lower sense of valuation than people without AUD, while no such differences were found in the case of those in the basic stage of therapy. Perhaps identification with the harm they have inflicted on their lives by those in the advanced stage of therapy influences a more realistic self-image. At the same time, as mentioned, depressive disorders are significantly more common in the group of people with AUD [27], which may also be related to their self-image as less valuable.

Our research did not confirm any differences in the sense of specificity and separateness between people with and without AUD, which is in contradiction to previous research [12, 13] and requires further analysis. Previous reports

funkcję czynnika ochronnego przed nieadaptacyjnymi zachowaniami [26], a trudności w utrzymaniu poczucia ciągłości i stabilności tożsamości będą wiązać się większym ryzykiem wystąpienia różnych symptomów psychopatologicznych – od depresyjności, lęku oraz myśli i zachowań suicydalnych po wrogość i nadwrażliwość interpersonalną oraz psychotyczność i myślenie paranoidalne [7].

W przypadku poczucia wewnętrznej treści zarówno osoby uzależnione we wstępnym, jak i zaawansowanym etapie terapii uzyskiwały w tym wymiarze niższe wyniki niż osoby nieuzależnione. Deficyty poczucia wewnętrznej treści będą odpowiadać za doświadczanie poczucia pustki, marazmu, braku energii życiowej oraz braku możliwości zaangażowania w relacje z ludźmi czy określone zachowania [26]. Związek między uzależnieniem od alkoholu a ograniczonym dostępem do treści własnej tożsamości można tłumaczyć, odnosząc się do teorii Mellibrudy [4, 5], mechanizmem rozpraszania i rozdawiania Ja. Charakterystycznym elementem tego mechanizmu jest tworzenie się w centrum Ja psychicznej i egzystencjalnej pustki, które cechują się brakiem stabilnych, trwałych i istotnych dla osoby uzależnionej motywów. W optymalnych okolicznościach wokół znaczących dla człowieka treści tożsamości dokonuje się koordynacja funkcjonowania całego Ja, co w przypadku osób z zaburzeniami związanymi z alkoholem jest niemożliwe z uwagi na rozwijający się lub zaawansowany proces uzależnienia [5]. Również w literaturze osadzonej w teoriach psychodynamicznych podkreśla się, że uzależnienie od substancji psychoaktywnych wiąże się z utratą przez osobę tożsamości i własnej niepowtarzalności [29, 30]. Wydaje się jednocześnie, że poczucie braku wewnętrznej treści łączy się z obrazem klinicznym zaburzeń depresyjnych oraz z aleksytymią, a oba te zespoły występują częściej u osób uzależnionych niż w populacji ogólnej [27, 31].

Ponadto, w prezentowanych badaniach odnotowano również, że osoby uzależnione w zaawansowanym programie terapii cechują się niższym poczuciem własnej wartości niż osoby nieuzależnione, natomiast nie stwierdzono takich różnic w przypadku osób we wstępnym etapie terapii. Być może identyfikacja z dokonaną w życiu destrukcją przez osoby w pogłębionym etapie terapii wpływa na bardziej realny obraz własnej osoby. Jednocześnie, jak wspomniano, w grupie osób uzależnionych od alkoholu istotnie częściej występują zaburzenia depresyjne [27], co również może wiązać się z obrazem siebie jako mniej wartościowego.

on the identity of people with AUD mostly do not refer to developmental or clinical theories of identity; these mainly concern the issue of reorganising identity during AUD therapy or participation in self-help groups and creating new definitions of oneself as an “alcoholic”/“recovering alcoholic” [32-35]. Given the importance of the identity construct in diagnosing personality disorders in DSM-5 and ICD-11, it seems even more urgent to study the identity construct from other perspectives, also in the population of people with AUD.

The analyses conducted regarding the sense of meaning of life did not reveal any differences for most of its dimensions between patients at two stages of therapy and people without AUD. Some of the research results indicate that people with AUD have a lower sense of meaning of life, and its higher values are a protective factor for alcohol use and abuse [36-38]. However, there are also reports that do not indicate any differences in the sense of meaning of life between people with and without AUD [39] and those which do not confirm its protective role for alcohol abuse [40] or the relapse prevention [41, 42]. Our research, however, has shown that patients with AUD in an advanced therapy programme achieve lower results than people without AUD in terms of life control (one of the dimensions of the sense of meaning of life). This is an interesting result given, at the same time, the lack of differences compared to patients in the basic programme and that between the latter group and people without AUD. Moreover, patients from the basic therapy programme achieve higher results than people without AUD in terms of existential vacuum as well as lower results than both other groups in terms of life purpose. It can be considered that the initial stage of addiction therapy is associated on the one hand with a strong (sometimes) confrontation with a realistic image of one's own life and the destruction in it and, on the other, with the ambivalence accompanying the beginnings of identification with being a person with AUD and the subsequent life goals related to it e.g., often requiring abstinence from alcohol for the rest of one's life. However, it seems that the results of our research reflect the ambiguities present in the literature on the importance of the sense of meaning of life

We własnych badaniach nie odnotowano różnic w zakresie poczucia niepowtarzalności oraz odrębności i granic między osobami uzależnionymi i nieuzależnionymi, co stoi w sprzeczności z wcześniejszymi badaniami [12, 13] i wymaga dalszych analiz. Dotychczasowe doniesienia traktujące o tożsamości osób uzależnionych od alkoholu w większości nie odwołują się do rozwojowych czy klinicznych teorii tożsamości, a dotyczą głównie kwestii reorganizacji tożsamości w trakcie terapii uzależnień lub uczestnictwa w grupach samopomocowych i tworzenia nowych definicji siebie jako „alkoholika”/„zdrowiejącego alkoholika” [32-35]. W obliczu znaczenia konstruktowi tożsamości w diagnozowaniu zaburzeń osobowości w DSM-5 i ICD-11, tym bardziej potrzebne wydaje się jej badanie z innych perspektyw, również w populacji osób uzależnionych od alkoholu.

Przeprowadzone analizy w zakresie poczucia sensu życia nie ujawniły dla większości jego wymiarów różnic między osobami uzależnionymi na dwóch etapach terapii oraz z grupą osób nieuzależnionych. Część dotychczasowych wyników badań wskazuje, że wśród osób uzależnionych od alkoholu występuje mniejsze poczucie sensu życia, a z kolei jego wyższe wartości są czynnikiem ochronnym dla używania i nadużywania alkoholu [36-38]. Niemniej, są także doniesienia, które nie wskazują na występowanie różnic w obszarze poczucia sensu życia między osobami uzależnionymi od alkoholu a nieuzależnionymi [39], i takie, które nie potwierdzają jego ochronnej roli dla nadużywania alkoholu [40] czy zapobiegania nawrotom choroby [41, 42]. Badania własne wykazały natomiast, że osoby uzależnione w zaawansowanym programie terapii osiągają niższe wyniki niż nieuzależnione w zakresie kontroli życia (jednego z wymiarów poczucia sensu życia). Jest to wynik zastanawiający, jeśli weźmie się pod uwagę jednoczesny brak różnic w porównaniu z osobami w programie podstawowym oraz brak różnic między tymi ostatnimi a osobami nieuzależnionymi. Ponadto, osoby z podstawowego programu terapii osiągają wyższe wyniki w porównaniu z nieuzależnionymi w zakresie pustki egzystencjalnej, a także niższe wyniki od obu pozostałych grup w zakresie celu życiowego. Można uznać, że etap wstępny terapii uzależnień wiąże się z jednej strony z silną (niekiedy) konfrontacją z realistycznym obrazem własnego życia i destrukcją w nim, a z drugiej – z ambiwalencją towarzyszącą początkom identyfikacji z byciem osobą uzależnioną i związanymi z tym dalszymi celami żywymi (np. często z koniecznością utrzymania abstynen-

among people who abuse alcohol and those with AUD [38]. The complexity of these relationships is also shown by the study [43] which highlights the indirect relationships between the sense of meaning of life and alcohol use through individual variables such as depressive symptoms or the use of alcohol as a coping strategy. Interestingly, it seems that more stable and clear conclusions about the importance of the sense of meaning of life among people with AUD are provided by research conducted from a narrative or phenomenological perspective [32, 44]. Perhaps questionnaire tools are not able to reflect the multidimensionality, subjectivity and individuality of such a complex construct as the sense of meaning of life.

Moreover, contrary to expectations, there were no differences between the three groups of respondents in the area of self-esteem. Here, as in the area of the sense of meaning of life, the literature on the subject predominates with reports about the occurrence of lower self-esteem in patients with AUD compared to people without AUD [20] and about its predictive role in alcohol abuse [21, 22] as well as about changes towards higher self-esteem during AUD therapy [19]. However, there are reports in which no relationship was found between alcohol use and self-esteem [45, 46], or that it was noted only among women [47]. One study indicates [20] that among young people with AUD high and low self-esteem groups can be distinguished though only the second group was characterised by greater mental health difficulties and higher impulsivity compared to the group without AUD.

To sum up, the results of our research showed that patients in basic AUD therapy do not differ in terms of identity, sense of meaning of life and self-esteem from patients in advanced therapy. In this context, it seems justified to reflect on the shape of the AUD therapy programme and especially its advanced part. Perhaps therapeutic interventions, an important aspect of which would be supporting the consolidation of identity, the development of a sense of meaning of life and self-esteem as constructs important for mental health, could be a more structured element of advanced therapy programmes. On the other hand, as mentioned at the beginning of this article, the heterogeneity of the AUD group [1] as well as the complexity and multidimensionality

cji od alkoholu do końca życia). Wydaje się jednak, że rezultaty badań własnych odzwierciedlają niejasności obecne w literaturze przedmiotu dotyczące znaczenia poczucia sensu życia wśród osób nadużywających alkoholu lub od niego uzależnionych [38]. Złożoność tych zależności ukazuje także badanie [43] podkreślające pośrednie związki poczucia sensu życia z używaniem alkoholu przez takie indywidualne zmienne, jak objawy depresyjne czy używanie alkoholu jako strategii radzenia sobie. Co zastanawiające, wydaje się, że bardziej stabilnych i czytelnych wniosków na temat znaczenia poczucia sensu życia wśród osób uzależnionych dostarczają badania prowadzone z perspektywy narracyjnej czy fenomenologicznej [32, 44]. Być może narzędzia kwestionariuszowe nie są w stanie oddać wielowymiarowości, subiektywności i indywidualności tak złożonego konstruktów, jakim jest poczucie sensu życia.

Ponadto, wbrew oczekiwaniom, w obszarze samooceny nie wykazano różnic między trzema grupami osób badanych. Tutaj, podobnie jak w obszarze poczucia sensu życia, w literaturze przedmiotu można znaleźć doniesienia – i one przeważają – o występowaniu niższej samooceny u osób uzależnionych od alkoholu w porównaniu z nieuzależnionymi [20] oraz o jej predykcyjnej roli dla nadużywania alkoholu [21, 22], jak również o zmianach w kierunku wyższej samooceny w trakcie terapii uzależnień [19]. Istnieją jednak doniesienia, w których nie znaleziono związku między używaniem alkoholu a samooceną [45, 46] bądź zanotowano go jedynie w przypadku kobiet [47]. Jedno z badań wskazuje [20], że wśród młodych osób uzależnionych można wyróżnić grupy z wysoką i niską samooceną, przy czym tylko druga grupa charakteryzowała się większymi trudnościami w zakresie zdrowia psychicznego i wyższą impulsywnością w porównaniu z grupą osób bez uzależnienia.

Podsumowując, wyniki przeprowadzonych badań pokazały, że osoby uzależnione od alkoholu realizujące wstępny program terapii uzależnień nie różnią się w zakresie tożsamości, poczucia sensu życia i samooceny od osób uzależnionych od alkoholu realizujących zaawansowany program terapii. W tym kontekście zasadna wydaje się refleksja nad kształtem programu terapii dla osób uzależnionych od alkoholu, zwłaszcza w jego pogłębionej części. Być może oddziaływania terapeutyczne, których istotnym aspektem byłoby wspieranie konsolidacji tożsamości, rozwoju poczucia sensu życia i samooceny jako konstruktów mających znaczenie dla zdrowia psychicznego,

of the studied constructs may not have allowed this study to capture possible differences among two groups of patients and between them and the control group. It should also not be forgotten that the research is preliminary and involves a small sample so the results should be treated with caution.

Limitations. One should also note the limitations of the presented research. The small number of subjects, the inability to take gender into account as a significant variable, and the cross-sectional design of the research may be the most important. Moreover importantly, our research included only patients with AUD undergoing therapy in public AUD treatment facilities, which reveals the specific nature of the studied group. It would be valuable to gather an AUD group who are not undergoing treatment, and we consider this lack a limitation of our research. We also consider the large variation in the duration of abstinence in the group of people implementing an advanced therapy programme to be a limitation. However, considering the preliminary nature of the report and the small number of studies in this area, there seem to be many potential directions for further research and reflection on the goals of AUD therapy, especially in its advanced part.

■ CONCLUSIONS

Patients with AUD from the basic and advanced therapy programmes differed from people without AUD in a lower sense of coherence, stability and sense of availability. There were no differences in identity between patients participating in the basic and advanced stages of therapy.

Patients in advanced AUD therapy differed from people without AUD in having a lower sense of control over their lives. In turn, patients participating in the basic AUD therapy process differed from people without AUD in having a greater existential emptiness and from both other groups in having a smaller life purpose.

Patients in the basic and advanced AUD therapy process did not differ in terms of self-esteem from people without AUD, as well as from each other.

mogłyby być bardziej strukturalizowanym elementem programów terapii zaawansowanej. Z drugiej strony, jak wspomniano na początku niniejszego artykułu, heterogeniczność grupy osób uzależnionych od alkoholu [1], a także złożoność i wielowymiarowość badanych konstruktów być może nie pozwoliły, w ramach niniejszego badania, uchwycić ewentualnych różnic między osobami uzależnionymi, jak również między nimi a osobami nieuzależnionymi. Nie należy również zapominać, że badania mają charakter wstępny i obejmują małą liczbę osób, co nakazuje odnosić się z ostrożnością do ich wyników.

Ograniczenia. Przeprowadzone badanie nie było wolne od ograniczeń. Niewielką liczbę osób badanych, brak możliwości uwzględnienia płci jako zmiennej znaczącej oraz plan poprzeczny badań uważa się za najważniejsze z nich. Ponadto – co istotne – nasze badania objęły wyłącznie osoby uzależnione od alkoholu podejmujące terapię w publicznych placówkach odwykowych, co świadczy o specyfice badanej grupy. Wartościowe byłoby zebranie grupy osób uzależnionych od alkoholu niepodlegających leczeniu, a brak takiej grupy traktujemy jako ograniczenie naszych badań. Również duże zróżnicowanie czasu trwania abstinencji w grupie osób realizujących zaawansowany program terapii uważamy za ograniczenie. Niemniej, uznając wstępny charakter doniesienia oraz niewielką liczbę badań w tym obszarze, wydaje się, że wyznacza ono wiele potencjalnych kierunków dalszych badań i refleksji nad celami terapii uzależnień, zwłaszcza jej zaawansowanej części.

■ WNIOSKI

Osoby uzależnione od alkoholu z podstawowego i zaawansowanego programu terapii różniły się od osób nieuzależnionych mniejszym poczuciem spójności, ciągłości w czasie oraz posiadania wewnętrznej treści tożsamości. Nie zanotowano różnic w zakresie tożsamości pomiędzy osobami biorącymi udział w podstawowym i pogłębionym etapie terapii.

Osoby w zaawansowanym procesie terapii różniły się od osób nieuzależnionych mniejszym poczuciem kontroli życia. Z kolei osoby biorące udział w podstawowym procesie terapii różniły się od osób nieuzależnionych większą pustką egzystencjalną oraz od obu pozostałych grup – mniejszym celem w życiu.

Osoby uzależnione od alkoholu w podstawowym i pogłębionym procesie terapii nie różniły się w zakresie samooceny od osób nieuzależnionych, jak również między sobą.

Conflict of interest/Konflikt interesów

None declared./Nie występuje.

Financial support/Finansowanie

None declared./Nie zadeklarowano.

Ethics/Etyka

The study was approved by the Bioethics Committee of the Collegium Medicum Nicolaus Copernicus University in Toruń. No KB18/2022.

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, nr KB18/2022.

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

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

References/Piśmiennictwo

1. Cierpiałkowska L, Chodkiewicz J. *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
2. Chodkiewicz J. *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii u osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2012.
3. Sliedrecht W, de Waart R, Witkiewicz K, Roozen HG. Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Res* 2019; 278: 97-115. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>
4. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2011.
5. Mellibruda J. Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkohol Narkom* 1997; 28: 277-306.
6. Włodarczyk E. Od uwikłania w uzależnienie od alkoholu do ustawicznego zdrowienia. In: Karaszewska H, Silecka-Marek E (eds.). *Sytuacje trudne w perspektywie jednostkowej i społecznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM; 2016, p. 19-36.
7. Pilarska A. *Ja i tożsamość a dobrostan psychiczny*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM; 2012.
8. Huflejt-Łukasik M. *Ja i procesy samoregulacji: różnice między zdrowiem a zaburzeniami psychicznymi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
9. Erikson EH. *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1997.
10. Hardy SA, Francis SW, Zamboanga BL, Kim SY, Anderson SG, Forthun LF. The roles of identity formation and moral identity in college student mental health, health-risk behaviors, and psychological well-being. *J Clin Psychol* 2013; 69(4): 364-82. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.21913>.
11. Corte C, Zucker RA. Self-concept disturbances: Cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addict Behav* 2008; 33: 1282-90. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.06.002>.
12. Wojtynkiewicz E. The identity of alcohol dependent persons. *Alcohol Drug Addict* 2018; 31(2): 125-46. DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2018.79944>.

13. Wojtynkiewicz E, Sekowski M, Liberacka-Dwojak M. Differences in the sense of identity between men with alcohol use disorder, drug use disorder, and control group. *Psychological Psychol* 2021; 38(3): 223-6. DOI: <https://doi.org/10.1037/pap0000373>.
14. Frankl VE. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2009.
15. Klamut R. *Cel, czas, sens życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2002.
16. Tonigan J, McCallion E, Frohe T, Pearson M. Lifetime Alcoholics Anonymous attendance as a predictor of spiritual gains in the Relapse Replication and Extension Project (RREP). *Psychol Addict Behav* 2017; 31: 54-60. DOI: <https://doi.org/10.1037/adb0000235>.
17. Castaldelli-Maia JM, Bhugra D. Investigating the interlinkages of alcohol use and misuse, spirituality and culture – Insights from a systematic review. *Int Rev Psychiatry* 2014; 26: 352-67. DOI: <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.899999>.
18. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna* 2007; 2(4): 164-76.
19. Zdybek P, Derbis R. Poczucie jakości życia i samoocena pacjentów w trakcie terapii uzależnienia od alkoholu. *Czasopismo Psychologiczne* 2018; 24: 595-606.
20. Gierski F, De Wever E, Benzerouk F, Lannoy S, Kaladjian A, Naassila M, et al. Disentangling the Relationship Between Self-Esteem and Problematic Alcohol Use Among College Students: Evidence From a Cluster Analytic Approach. *Alcohol Alcohol* 2020; 55(2): 196-203. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz097>.
21. Tomaka J, Morales-Monks S, Shamaley AG. Stress and coping mediate relationships between contingent and global self-esteem and alcohol related problems among college drinkers. *Stress Health* 2013; 29: 205-13. DOI: <https://doi.org/10.1002/smi.2448>.
22. Backer-Fulghum LM, Patock-Peckham JA, King KM, Roufa L, Hagen L. The stress response dampening hypothesis: how self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addict Behav* 2012; 37: 477-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.012>.
23. Pilarska A. How do self-concept differentiation and self-concept clarity interrelate in predicting sense of personal identity? *Pers Individ Dif* 2016; 102: 85-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.064>.
24. Klamut R. *Kwestionariusz Postaw Życiowych KPŻ. Podręcznik do polskiej adaptacji kwestionariusza Life Attitude Profile – Revised (LAP-R) Gary'ego T. Reker'a*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2010.
25. Fecenec D. *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Polska adaptacja. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2008.
26. Sokolik M. *Psychoanaliza i Ja: kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza; 2000.
27. Chodkiewicz J. Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. *Alkohol Narkom* 2010; 23(3): 201-16.
28. Schwartz SJ, Forthun LF, Ravert RD, Zamboanga BL, Umaña-Taylor AJ, Filton BJ, et al. Identity consolidation and health risk behaviors in college students. *Am J Health Behav* 2010; 34(2): 214-24.
29. Weegmann M, Khantjian EJ. Envelopments: immersion in and emergence from drug misuse. *Am J Psychother* 2011; 65(2): 163-77. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2011.65.2.163>.
30. Padykula NL, Conklin P. The self-regulation model of attachment trauma and addiction. *Clin Soc Work J* 2010; 38(4): 351-60. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10615-009-0204-6>.
31. Januszko P, Kopera M, Żuk-Januszko D, Radziwoń-Zaleska M, Wojnar M. Aleksytymia a problemy związane z używaniem alkoholu. *Alkohol Narkom* 2009; 22(4): 399-413.
32. Koski-Jännes A. Social and personal identity projects in the recovery from addictive behaviours. *Addict Res Theory* 2002; 10(2): 183-202. DOI: <https://doi.org/10.1080/16066350290017266>.
33. Buckingham SA, Frings D, Albery IP. Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychol Addict Behav* 2013; 27(4): 1132-40. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0032480>.

34. Ratliff J. Community identity in an Alcoholics Anonymous group: discourse contention and integration. *Alcohol Treat Q* 2003; 21(3): 41-57. DOI: https://doi.org/10.1300/J020v21n03_03.
35. Young LB. Personal construct theory and the transformation of identity in Alcoholics Anonymous. *Int J Ment Health Addict* 2011; 9: 709-22. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-010-9303-4>.
36. Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1190-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-200009000-00020>.
37. Palfai TP, Ralston TE, Wright LL. Understanding university student drinking in the context of life goal pursuits: The mediational role of enhancement motives. *Pers Individ Differ* 2011; 50: 169-74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.020>.
38. Csabonyi M, Phillips LJ. Meaning in Life and Substance Use. *J Humanist Psychol* 2020; 60(1): 3-19. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022167816687674>.
39. Klima E, Szczukiewicz P. Poczucie sensu życia u młodych dorosłych uzależnionych od substancji psychoaktywnych w trakcie terapii. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia* 2018; 31(3): 281-98. DOI: <https://doi.org/10.17951/j.2018.31.3.281-298>.
40. Brassai L, Piko BF, Steger MF. Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *Int J Behav Med* 2011; 18: 44-51. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9089-6>.
41. Jessup MA, Ross TB, Jones AL, Satre DD, Weisner C, Chi F, et al. Significant life events and their impact on alcohol and drug use: a qualitative study. *J Psychoact Drugs* 2014; 46: 450-9. DOI: <https://doi.org/10.1080/02791072.2014.962715>.
42. Sliedrecht W, Seesink HJ, Vrijmoeth C, de Waart R, Wiers RW, Ostafin B, et al. Alcohol use disorder relapse factors: an exploratory investigation of craving, alcohol dependence severity, and meaning in life. *Addict Res Theory* 2022; 30(5): 351-9. DOI: <https://doi.org/10.1080/16066359.2022.2040488>.
43. Copeland A, Jones A, Acuff SF, Murphy JG, Field M. Meaning in life: investigating protective and risk factors for harmful alcohol consumption. *Addict Res Theory* 2023; 31(3): 191-200. DOI: <https://doi.org/10.1080/16066359.2022.2134991>.
44. Kaczmarczyk I. *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce. Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć*. Warszawa: Eneteia; 2008.
45. Greenberg JL, Lewis SE, Dodd DK. Overlapping addictions and self-esteem among college men and women. *Addict Behav* 1999; 24: 565-71. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00080-x](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00080-x).
46. Luhtanen RK, Crocker J. Alcohol use in college students: effects of level of self-esteem narcissism and contingencies of self-worth. *Psychol Addict Behav* 2005; 19: 99-103. DOI: <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.1.99>.
47. Walitzer KS, Sher KJ. A prospective study of self-esteem and alcohol use disorders in early adulthood: evidence for gender differences. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 1118-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1996.tb01956.x>.

