

Motywacja do leczenia i utrzymywania abstynencji a ukończenie terapii przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu

Motivation for treatment, abstaining from alcohol and therapy completion among men with alcohol dependence

Jan Chodkiewicz

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Zdrowia

Abstract – Introduction. The aim of the study was to answer questions about the role of initial motivation in treatment and maintaining abstinence in the respect of therapy completion. Also, study addresses questions about socio-demographic and associated with alcoholism correlates to motivation.

Material and method. Two studies were conducted in two Addiction Treatment Centres in Łódź: in the first on 120 men, the second 250. The following methods were used: Motivation Questionnaire (KM) by Wysokińska-Gąsior and Matuszewski, Decisional Balance Scale by Velicer et al, Motivation to Maintain Abstinence Questionnaire by Ziółkowski and MAST by Selzer.

Results. At the beginning of the treatment the men who complete outpatient therapy compared to those who drop out are characterised by a greater focus on action (activity), increased sense of threat (threat), perception of the more negative sides of drinking, a more favourable decisional balance, greater focus on maintaining full abstinence and greater self-confidence about achieving this goal. The level of initial motivation showed significant associations with participation in AA, the patient's age, the age at onset of problem drinking, employment, living with relatives and comorbid somatic and psychiatric disorders.

Conclusion. The motivation by which alcohol-dependent men embark on therapy plays an important role in its completion. There is a need to diagnose patients' motivation for starting the process of therapy and there is a need for individualised therapy.

Key words: alcohol dependence, completion the therapy, motivation

Streszczenie – Wprowadzenie. Celem przeprowadzonych badań była odpowiedź na pytania o rolę, jaką w ukończeniu terapii odgrywa początkowa motywacja do podjęcia leczenia i utrzymywania abstynencji oraz o socjodemograficzne i dotyczące uzależnienia od alkoholu korelaty motywacji.

Material i metoda. Przeprowadzono dwa badania w dwóch łódzkich ośrodkach leczenia uzależnień – w pierwszym zbadano 120 mężczyzn, w drugim 250. Zastosowano: Kwestionariusz Motywacji (KM)

Finansowanie/*Financial support.* Praca powstała w ramach działalności statutowej Zakładu Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego.

Konflikt interesów nie występuje. *Conflict of interest no declared.*

Wysokińskiej-Gąsior i Matuszewskiego, Skalę Bilansu Decyzyjnego Velicera i wsp., Kwestionariusz Motywacji do Utrzymywania Abstynencji od Alkoholu Ziółkowskiego oraz MAST Selzera.

Wyniki. Mężczyźni, którzy kończą terapię ambulatoryjną – w porównaniu z tymi, którzy ją przerywają – charakteryzują się już na początku leczenia większym nastawieniem na działanie (aktywność), wyższym poczuciem zagrożenia (zagrożenie), spostrzeganiem większej liczby ujemnych stron picia, bardziej korzystnym bilansem decyzyjnym, większym ukierunkowaniem na utrzymywanie pełnej abstynencji oraz większym zaufaniem do siebie co do możliwości osiągnięcia tego celu. Poziom początkowej motywacji wykazywał istotne związki z uczestnictwem w ruchu AA, wiekiem pacjentów, wiekiem rozpoczęcia picia problemowego, zatrudnieniem, zamieszkiwaniem z bliskimi, towarzyszącymi zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi.

Wnioski. Motywacja, z którą uzależnieni od alkoholu mężczyźni rozpoczynają terapię odgrywa istotną rolę w jej ukończeniu. Istnieje potrzeba diagnozowania pacjentów w obszarze motywacji, z którą rozpoczynają leczenie i zindywidualizowania procesu terapii.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, ukończenie terapii, motywacja

WPROWADZENIE

Motywacja to dynamiczne i wielowymiarowe zjawisko, jedno z kluczowych pojęć umożliwiających zrozumienie faktu wywołania, podjęcia, ukierunkowania i utrzymania działania skoncentrowanego na osiągnięciu określonego celu (1, 2, 3, 4). W odniesieniu do psychoterapii, Cooper (5) uważa motywację za jeden z najsilniejszych predyktorów jej efektów i przytacza wyniki licznych badań wskazujących na istotne zależności między stopniem redukcji objawów psychopatologicznych a motywacją do uczestnictwa w terapii i wprowadzenia zmian w życie. Szczególną rolę odgrywa tutaj motywacja wewnętrzna – autor uważa, że jest to „stopień, w jakim pacjenci doświadczają siebie samych jako tych, dla których rozpoczęcie terapii było wolnym wyborem” (5: 97).

Na istotną rolę motywacji dla przebiegu i efektów terapii osób uzależnionych zwraca się uwagę we wszystkich modelach terapii uzależnienia, a Simpson (6) oraz Laudet i Stanick (7) widzą w niej klucz do zaangażowania w terapię, utrzymywania abstynencji i skuteczności leczenia. Groshkova (8) uważa wewnętrzną motywację za główny zasób wspomagający proces zmian i wskazuje, że istotnym celem interwencji w stosunku do osób uzależnionych jest zbadanie ich motywacji do zmiany oraz rozpoznanie zasobów umożliwiających i ułatwiających wdrażanie oraz utrzymanie korzystnych przeobrażeń. Wspomniana autorka uważa również, że motywacji poświęca się zdecydowanie zbyt mało miejsca w badaniach oraz rozważaniach teoretycznych związanych z uzależnieniami, czego przykładem jest nieopracowanie dotąd spójnego modelu zawierającego zewnętrzne i wewnętrzne czynniki, oddziałujące na motywację i jej zmiany u alkoholików.

W ujęciu minnesockim motywacja, z którą uzależnieni pacjenci rozpoczynają leczenie nie jest uznawana za warunek osiągnięcia pozytywnych wyników terapii, gdyż zakłada się, że prawie wszyscy są w jakiś sposób „przymusowi” (9). Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda (9) uważają, że motywacja do zmiany dotychczasowego, związanego z alkoholem, życia jest u większości alkoholików na początku terapii

niska ze względu na działanie patologicznych mechanizmów uzależnienia. Wynika stąd postulat, aby rozpoczynając proces terapii skoncentrować się, między innymi, na wzbudzaniu motywacji do zmiany i leczenia. Wspomniany postulat realizowany jest w ramach dominującego w naszym kraju podejścia strategiczno-strukturalnego, choć powszechnie przyjmowane założenie o „wyjściowym” braku motywacji u większości rozpoczynających leczenie alkoholików nie zostało dotąd, w wystarczającym stopniu, potwierdzone empirycznie i nierzadko rozmija się z praktyką terapeutyczną (10).

Inaczej na niską motywację do zmiany zachowań związanych z piciem patrzy Miller (1). Jego zdaniem zjawisko to nie wynika z osobowości uzależnionego pacjenta czy działania mechanizmów obronnych, lecz jest przejawem „rozdarcia” między koniecznością rezygnacji z pewnych zachowań a dotychczasowym stylem życia, w którym one występowały między przyjemnymi i nieprzyjemnymi następstwami picia, między czymś, co jawi się jednocześnie jako atrakcyjne i destrukcyjne.

Poszukiwanie w literaturze przedmiotu wyników badań dotyczących motywacji w większości przypadków prowadzi do stworzonego przez Prochaskę i DiClemente (11) transteoretycznego modelu zmiany (*Transtheoretical Model* TTM) oraz do wywodzącego się z psychologii motywacji – wywiadu motywującego Millera i Rolnicka (12). Przykładowo, Blume, Schmaling i Marlatt (13) stwierdzili, że świadomość intrapersonalnych konsekwencji picia, czyli znaczącego motywatora do podejmowania zmian we własnym życiu, jest u osób uzależnionych większa w fazie kontemplacji niż prekontemplacji, a skoro tak, to na podstawie znajomości etapu, w którym znajduje się pacjent można przewidywać zmiany w jego picciu, przynajmniej w krótkim czasie. W badaniach Hernandez-Avila, Burlesona i Kranzlera (14) analizowano zależność między etapem procesu zmiany, w jakim znajdują się pacjenci a efektami farmakologicznego leczenia uzależnienia od alkoholu. Stwierdzono, że osoby znajdujące się w fazie działania mają większą szansę na utrzymanie abstynencji pół roku po zakończeniu leczenia niż pacjenci znajdujący się w innych fazach, jednakże etap procesu zmiany nie był w cytowanych badaniach czynnikiem predykcyjnym dla ukończenia bądź przerwania terapii. Podobne wyniki uzyskali Edens i Willoughby (15) – pacjenci znajdujący się na początku terapii w fazie prekontemplacji mają mniejsze szanse na jej zakończenie, w porównaniu z pacjentami w fazach kontemplacji i działania.

Na odmienny aspekt zwracają uwagę Allsop i Saunders (16), którzy powołują się na badania przemawiające za tym, że aby wystąpiła remisja jednostka musi m.in. uświadomić sobie, że koszty związane z piciem alkoholu przewyższają zyski oraz podjąć postanowienie o zmianie zachowania, czyli dokonać pozytywnych zmian w bilansie decyzyjnym, co motywuje ją do wprowadzania zmian w życie. Można w tym miejscu również powołać się na badania Suttona (17), wykazano w nich, iż osoby podejmujące próby rzucenia palenia tytoniu już w okresie 3 miesięcy przed ich podjęciem dostrzegały więcej wad palenia niż zalet. Podobne zależności wykazano również u osób rezygnujących z zażywania narkotyków (16). Oczywiście, proces bilansowania jest płynny i rozciągnięty w czasie, stąd jednorazowy jego pomiar może okazać się niewystarczający. Allsop i Saunders uważają, że zrozumienie

procesu „nawrotu” wymaga między innymi poznania zmian w bilansie decyzyjnym i ich związków z motywacją do utrzymywania abstynencji (16). Bilans decyzyjny, traktowany jako czynnik motywacyjny, pozwalał również przewidywać ograniczenie ilości i częstotliwości picia w okresie 12 miesięcy wśród nadużywających alkoholu studentów poddanych krótkim interwencjom motywującym (18).

Badania prowadzono także w odniesieniu do relacji między podejmowaniem decyzji o utrzymywaniu abstynencji – co zdaniem Laudet i Stanick (7) jest konstruktem ściśle związanym z motywacją – a funkcjonowaniem pacjentów po zakończeniu leczenia. Jak wykazano w tych badaniach, podjęcie takiej decyzji przez pacjenta na początku terapii ma związek z utrzymywaniem abstynencji po jej zakończeniu oraz zmniejszeniem liczby nawrotów (7, 16).

Zaprezentowany powyżej przegląd koncepcji oraz wyników badań wskazuje z jednej strony na istotną rolę motywacji, z którą pacjenci rozpoczynają leczenie dla jego przebiegu i rezultatów, a z drugiej – ze względu na niejednoznaczność uzyskanych rezultatów, skłania do podejmowania prób lepszego poznania roli tej zmiennej w funkcjonowaniu osób uzależnionych od alkoholu. W dotychczasowych badaniach analizowano bowiem tylko jeden aspekt motywacji (np. dotyczący etapu procesu zmiany) i skoncentrowano się najczęściej na utrzymywaniu abstynencji po zakończeniu leczenia. Nadal nie podjęto próby uzyskania wyczerpującej odpowiedzi na pytanie o rolę wewnętrznej motywacji, z którą pacjenci rozpoczynają terapię, w jej ukończeniu, słabo są również poznane zarówno demograficzne, jak i psychologiczne korelaty tej zmiennej. Analiza tego obszaru problemowego wydaje się być istotna także w aspekcie aplikacyjnym, gdyż, jak wskazują badania, osoby kończące terapię mają znacznie większą szansę na utrzymywanie abstynencji w przyszłości niż osoby przerywające leczenie (19). Ponieważ eksplorację tematu, dotyczącego czynników powiązanych z motywacją u uzależnionych pacjentów, postanowiono rozpocząć od odpowiedzi na pytanie o rolę zmiennych socjodemograficznych i odnoszących się do alkoholizmu, w prezentowanej pracy postawiono dwa pytania badawcze:

1. Jaką rolę w ukończeniu terapii odgrywa początkowa motywacja do podjęcia leczenia i utrzymywania abstynencji?
2. Czy spośród zmiennych socjodemograficznych oraz odnoszących się do uzależnienia od alkoholu można wyróżnić predyktory tych wymiarów motywacji, które pozostają w związku z ukończeniem leczenia?

Analizowaną zmienną postanowiono konceptualizować trojako: jako motywację do podjęcia leczenia, motywację do utrzymywania abstynencji oraz bilans decyzyjny rozumiany jako stosunek argumentów „za piciem” i argumentów „przeciw piciu”. Spośród zmiennych socjodemograficznych uwzględniono wiek, wykształcenie, stan cywilny, zamieszkanie (samotnie, z bliskimi), zatrudnienie i posiadanie dzieci. Z kolei spośród zmiennych dotyczących uzależnienia od alkoholu zdecydowano się uwzględnić: głębokość uzależnienia, wiek rozpoczęcia picia problemowego, występowanie alkoholizmu w rodzinie, dotychczasowe leczenie odwykowe, dotychczasowy udział w ruchu Anonimowych Alkoholików (AA) oraz współwystępujące zaburzenia somatyczne i psychiczne.

PROCEDURA BADAWCZA

Aby odpowiedzieć na postawione pytania przeprowadzono dwa badania w dwóch łódzkich ośrodkach leczenia uzależnień, prowadzących terapię w oparciu o ujęcie strategiczno-strukturalne. W obu przypadkach zastosowano identyczną procedurę: zbadano wyłącznie mężczyzn rozpoczynających terapię ambulatoryjną (badanie w pierwszym tygodniu terapii), a następnie spośród zbadanych osób wyodrębniono te, które terapię ukończyły i te, które ją przerwały. W grupie osób przerywających leczenie były zarówno takie, które zaniechały całkowicie kontaktów z ośrodkami – przestały przychodzić na zajęcia, jak i takie, które zostały z terapii usunięte dyscyplinarnie, gdyż próbowały uczestniczyć w niej będąc pod wpływem alkoholu. Wszyscy badani spełniali kryteria uzależnienia od alkoholu według ICD-10, co potwierdzone zostało badaniem psychiatrycznym. Z badań wykluczono osoby uzależnione krzyżowo, tj. zarówno od alkoholu, jak i narkotyków lub hazardu, osoby ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym, a także podejmujące leczenie na podstawie wyroku sądowego.

BADANIE 1

Materiał i metoda

Osoby badane. W pierwszym przypadku zbadano 120 mężczyzn, spośród których leczenie ukończyło 72 (tj. 60%). Średnia wieku pacjentów wynosiła 45,32 (SD = 12,10, rozkład zgodny z rozkładem normalnym, K-S = 0,07, *ns*). Średni wiek rozpoczęcia picia problemowego wynosił 33,4 (SD = 12,65). Charakterystykę grupy przedstawia tabela 1.

Narzędzia. Do pomiaru motywacji użyto **Kwestionariusza Motywacji (KM)** Wysokińskiej-Gąsior i Matuszewskiego (20), stworzonego do oceny motywacji do leczenia u osób poddających się psychoterapii. Metoda bada cztery, niezależne od siebie rodzaje motywacji do leczenia: aktywność, krzywdę, bezradność i zagrożenie.

- *Aktywność* osiąga wysoką wartość u osób, które nastawiają się na działanie, chcą uczyć się nowych zachowań i mają potrzebę własnego rozwoju, np. „spodziewam się, że w wyniku leczenia nauczę się radzić sobie w sytuacjach, które dotąd wydawały mi się bez wyjścia”, „sądzę, że w moim leczeniu będzie ważne uczenie się nowych reakcji i zachowań”.
- *Krzywdą* osiąga wysoką wartość u osób o motywacji zewnętrznej, czekających biernie na pomoc, np. „zdecydowałem się podjąć leczenie, gdyż moje otoczenie nakłoniło mnie do tego”, „spodziewam się, że w wyniku leczenia uzyskam należną mi pomoc”.
- *Bezradność* osiąga wysoką wartość, gdy pacjent nie może poradzić sobie z trudnymi sytuacjami, np. „zdecydowałem się podjąć leczenie, ponieważ mam wrażenie

Tabela 1.
Charakterystyka badanej grupy
Study group characteristics

	Badanie 1 (n = 120) <i>Study 1 (n = 120)</i>	
	N	%
Ukończyli terapię/ <i>Completing therapy</i>	72	60
Przerwali terapię/ <i>Dropping out of therapy</i>	48	40
Wykształcenie/ <i>Education</i>		
Podstawowe/zawodowe/ <i>Elementary</i>	91	75,8
Średnie/wyższe <i>Secondary/University</i>	29	24,2
Stan cywilny/ <i>Marital status</i>		
Kawaler/ <i>Single (never married)</i>	21	17,5
Żonaty/ <i>Married</i>	68	56,7
Rozwiedziony/ <i>Divorced</i>	26	21,7
Wdowiec/ <i>Widower</i>	5	4,1
Zamieszkanie/ <i>Living</i>		
Sam/ <i>Alone</i>	49	40,8
Z bliskimi/ <i>With relatives</i>	71	59,2
Zatrudnienie/ <i>Employment</i>		
Praca stała lub dorywcza/ <i>Employed</i>	72	60
Bezrobotny/ <i>Unemployed</i>	28	23,3
Renta/emerytura/ <i>Retirement/pension</i>	20	16,7
Posiadanie dzieci/ <i>Children</i>		
Tak <i>yes</i>	101	84,2
Nie <i>no</i>	19	15,8
Uzależnienie od alkoholu u rodziców/ <i>Parental alcohol dependence</i>		
Tak <i>yes</i>	68	56,7
Nie <i>no</i>	52	43,3
Udział w ruchu AA/ <i>Participation in AA</i>		
Tak <i>yes</i>	25	20,8
Nie <i>no</i>	95	79,2
Terapia/ <i>Previous treatment</i>		
Pierwsza/ <i>The first time</i>	96	80
Kolejna/ <i>Again</i>	24	20
Choroby somatyczne/ <i>Somatic diseases</i>		
Tak <i>yes</i>	25	20,8
Nie <i>no</i>	95	79,2
Zaburzenia psychiczne/ <i>Mental disorders</i>		
Tak <i>yes</i>	24	20
Nie <i>no</i>	96	80

że tkwię w sytuacji bez wyjścia”, „mam potrzebę schronienia się w bezpiecznym miejscu”, „spodziewam się, że w wyniku leczenia nauczę się żyć z ludźmi by nie przeżywać tak często poczucia izolacji i osamotnienia”.

- *Zagrożenie* osiąga wysokie wartości, gdy pacjent czuje się zagrożony dolegliwościami i chorobą, np. „zdecydowałem się podjąć leczenie, ponieważ moje

cierpienia psychiczne i fizyczne są już zbyt intensywne”, „spodziewam się, że w wyniku leczenia zostanie wyjaśnione skąd biorą się moje problemy i objawy”.

Kwestionariusz Motywacji posiada dobre właściwości psychometryczne (20). Metoda była już stosowana w badaniach osób uzależnionych (21).

W badaniu zastosowano również **MAST** (*The Michigan Alcoholism Screening Test*) Selzera (22), służący do pomiaru nasilenia problemów alkoholowych. Polskiej adaptacji metody dokonali Falicki i współpracownicy (23). Test składa się z 24 pytań, na które osoby badane odpowiadają tak lub nie. Wynik ogólny oblicza się korzystając z klucza (za odpowiedź diagnostyczną przyporządkowuje się w niektórych pytaniach 1 punkt, w innych 2 punkty, a w kilku 5 punktów). Im wyższy rezultat, tym większe nasilenie problemów alkoholowych. Wynik powyżej 5 punktów przemawia już za występowaniem uzależnienia od alkoholu. Metoda ma dobre właściwości psychometryczne i była już stosowana w badaniach nad jakością życia osób uzależnionych od alkoholu (m.in. 24).

W analizach statystycznych wykorzystano statystyki opisowe, nieparametryczny test χ^2 , test t-Studenta dla prób niezależnych oraz krokową analizę regresji wielokrotnej. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu STATISTICA 6.

Wyniki

Analizy rozpoczęto od porównania poziomu motywacji do leczenia mierzonej Kwestionariuszem Motywacji u mężczyzn kończących i przerywających terapię. Rezultaty przedstawia tabela 2.

Tabela 2.

Porównanie poziomu motywacji do leczenia u mężczyzn kończących i przerywających terapię
A comparison of the level of motivation for treatment among men who complete and drop out of therapy

Kwestionariusz Motywacji (KM) <i>Motivation Questionnaire</i>	Kończący terapię <i>Completing therapy</i> (n = 72)		Przerywający terapię <i>Dropping out of therapy</i> (n = 48)		t	p<
	M	SD	M	SD		
Aktywność/ <i>Activity</i>	67,80	13,01	60,98	9,27	3,11	0,01
Krzywdza/ <i>Harm</i>	49,57	7,41	47,50	7,74	1,45	ns
Bezradność/ <i>Helpless</i>	30,23	9,41	28,83	8,90	0,80	ns
Zagrożenie/ <i>Threat</i>	27,90	5,64	25,85	4,60	2,07	0,05

Jak pokazuje tabela 2 mężczyźni, którzy kończą terapię ambulatoryjną, w porównaniu z tymi, którzy ją przerywają, charakteryzują się już na początku leczenia większym nastawieniem na działanie i otwartością na zdobywanie nowych doświadczeń w trakcie leczenia (aktywność) oraz wyższym poczuciem zagrożenia aktualnymi problemami (zagrożenie). Jednocześnie motywacja zewnętrzna związana z poczuciem krzywdy oraz motywacja związana z bezradnością nie różnicują wyodrębnionych grup.

Aby odpowiedzieć na drugie pytanie badawcze zastosowano krokową analizę regresji wielokrotnej. Zmiennymi wyjaśnianymi były wymiary motywacji związane z ukończeniem leczenia, a wyjaśniającymi – zmienne socjodemograficzne i związane z uzależnieniem od alkoholu. W przeprowadzonej analizie do równania regresji wprowadzono również zmienne dwukategoryjne, zakodowane zero-jedynkowo. W przypadku zmiennych socjodemograficznych z większą liczbą kategorii sprowadzono je do postaci zero-jedynkowej. Tabela 3 przedstawia uzyskane rezultaty w odniesieniu do wymiarów „aktywność” i „zagrożenie” z Kwestionariusza Motywacji.

Tabela 3.

Wyznaczniki poszczególnych wymiarów motywacji w grupie uzależnionych mężczyzn
Predictors of differing motivation dimensions among group of addicted men

	Beta <i>Value of Beta</i>	Błąd st. beta <i>Beta error</i>	B <i>Value of B</i>	Błąd st. B <i>B error</i>	t	p <
KM/Motivation Questionnaire: Aktywność/Activity						
Udział w ruchu AA/ <i>Participation in AA</i>	0,36	0,08	9,22	2,20	4,17	0,001
Uzależnienie od alkoholu u rodziców/ <i>Parental alcohol dependence</i>	-0,19	0,08	-2,71	1,24	-2,17	0,05
Wiek/ <i>Age</i>	0,58	0,16	0,50	0,14	3,43	0,001
Zatrudnienie/ <i>Employment</i>	-0,34	0,11	-3,15	1,07	-2,94	0,01
Wiek rozpoczęcia picia problemowego/ <i>Age at start of problem drinking</i>	-0,35	0,14	-0,29	0,12	-2,40	0,05
Wyraz wolny/ <i>Absolute term</i>			51,48	8,87	5,80	0,001
R = 0,56; R ² = 0,31; F(8, 105) = 6,11; p < 0,001						
KM/Motivation Questionnaire: Zagrożenie/Threat						
Wiek/ <i>Age</i>	0,80	0,17	0,30	0,06	4,72	0,001
Udział w ruchu AA/ <i>Participation in AA</i>	0,33	0,08	3,59	0,92	3,87	0,001
Zatrudnienie/ <i>Employment</i>	-0,47	0,11	-1,84	0,43	-4,18	0,001
Choroby somatyczne/ <i>Somatic diseases</i>	0,26	0,09	2,87	1,04	2,75	0,01
Wiek rozpoczęcia picia problemowego/ <i>Age at start of problem drinking</i>	-0,44	0,13	-0,16	0,04	-3,22	0,01
Zamieszkanie (sam, z bliskimi)/ <i>Living (alone, with relatives)</i>	0,26	0,09	1,83	0,64	2,83	0,01
Wyraz wolny/ <i>Absolute term</i>			21,29	3,736	5,70	0,001
R = 0,57; R ² = 0,33; F(7, 106) = 7,71; p < 0,001						

Jak wskazuje tabela kilka zmiennych socjodemograficznych i dotyczących uzależnienia od alkoholu pozostaje w istotnych statystycznie związkach z wyróżnionymi zmiennymi motywacyjnymi. I tak, uczestnictwo w ruchu AA przed rozpoczęciem terapii oraz posiadanie pracy zawodowej związane są dodatnio z obydwoimi wymiarami motywacji – aktywnością i poczuciem zagrożenia. Motywacji sprzyja również wiek badanych pacjentów – im są starsi, tym wyższe wyniki w obu wymiarach – aktywności i zagrożenia. Dalszymi sprzyjającymi zmiennymi okazało się zamieszkiwanie

z rodziną i występowanie chorób somatycznych, których rolę potwierdzono w odniesieniu do wielkości postrzeganego zagrożenia. Natomiast wczesny wiek rozpoczęcia picia problemowego oraz posiadanie uzależnionych rodziców pełniły w odniesieniu do wyróżnionych wymiarów motywacyjnych rolę zdecydowanie niekorzystną.

BADANIE 2

Material i metoda

Osoby badane. Druga badana grupa liczyła 250 mężczyzn, spośród których terapię ukończyło 161 osób (64%). Średni wiek pacjentów wynosił 44,6 (SD = 10,6, rozkład zgodny z rozkładem normalnym, K-S = 0,055, ns.), a wiek rozpoczęcia picia 28,7 (SD = 10,9). Szczegółowe dane przedstawia tabela 4.

Porównanie mężczyzn uczestniczących w obydwu badaniach (tabele 1 i 4) wskazuje na ich zbliżoną charakterystykę: w większości pacjenci byli żonaci, zamieszkiwali z bliskimi, pracowali (stałe lub dorywczo) i posiadali dzieci. Większość przyznawała się do występowania uzależnienia od alkoholu u rodziców, rozpoczynała terapię pierwszy raz, nie uczęszczała dotąd na mityngi AA i nie zgłaszała poważnych problemów somatycznych czy psychicznych. Statystycznie istotne różnice między grupami dotyczyły wykształcenia (istotnie większy procent osób z wykształceniem średnim i wyższym w grupie uczestniczącej w badaniu drugim w porównaniu z grupą z badania pierwszego – $\chi^2 = 17,8$, $p < 0,001$), dotychczasowego leczenia (większy procent osób podejmujących pierwszą próbę terapii występował w grupie pierwszej – $\chi^2 = 7,9$, $p < 0,01$) oraz towarzyszących zaburzeń psychicznych (występowały częściej w grupie drugiej – $\chi^2 = 5,9$, $p < 0,05$).

Narzędzia. W badaniu do pomiaru motywacji zastosowano Skalę Bilansu Decyzyjnego i Kwestionariusz Motywacji do Utrzymywania Abstynencji od Alkoholu.

Skala Bilansu Decyzyjnego (*Decisional Balance Scale*) Velicera, DiClemente, Prochaski i Brandenberga (1, 25) w polskiej adaptacji Chodkiewicza (26) mierzy poznawcze i motywacyjne aspekty podejmowania decyzji, koncentrując się na argumentach przemawiających za lub przeciw zmianie zachowania i wzajemnych relacjach między tymi argumentami. Metoda, pierwotnie skonstruowana do badania osób podejmujących decyzję o rzuceniu palenia, została następnie zaadaptowana dla szerokiego grona odbiorców: nadużywających i uzależnionych od alkoholu i narkotyków, podejmujących decyzję o redukcji wagi, stosowaniu diet i poddaniu się badaniom profilaktycznym, zmieniających aktywność fizyczną oraz zachowania seksualne. Skala składa się z 20 pozycji testowych, 10 zawierających argumenty za piciem alkoholu (np. „picie pomaga mi się rozluźnić i wyrażać siebie”, „bez alkoholu moje życie byłoby nudne i puste”) i 10 zawierających argumenty przeciw picciu (np. „to, że piję powoduje problemy w relacjach z ludźmi”, „picie zakłóca

Tabela 4.
 Charakterystyka badanej grupy
Study group characteristics

	Badanie 2 (n = 250) <i>Study 2 (n = 250)</i>	
	N	%
Ukończyli terapię/ <i>Completing therapy</i>	161	64
Przerwali terapię/ <i>Dropping out of therapy</i>	89	36
Wykształcenie/ <i>Education</i>		
Podstawowe/zawodowe/ <i>Elementary</i>	117	46,8
Średnie/wyższe <i>Secondary/University</i>	133	53,2
Stan cywilny/ <i>Marital status</i>		
Kawaler/ <i>Single (never married)</i>	66	26,4
Żonaty/ <i>Married</i>	136	54,4
Rozwiedziony/ <i>Divorced</i>	39	15,6
Wdowiec/ <i>Widower</i>	9	3,6
Zamieszkanie/ <i>Living</i>		
Sam/ <i>Alone</i>	79	31,6
Z bliskimi/ <i>With relatives</i>	171	68,4
Zatrudnienie/ <i>Employment</i>		
Praca stała lub dorywcza/ <i>Employed</i>	139	55,6
Bezrobotny/ <i>Unemployed</i>	64	25,6
Renta/emerytura/ <i>Retirement/pension</i>	47	17,8
Posiadanie dzieci/ <i>Children</i>		
Tak <i>yes</i>	185	74
Nie <i>no</i>	65	26
Uzależnienie od alkoholu u rodziców <i>Parental alcohol dependence</i>		
Tak <i>yes</i>	138	55,2
Nie <i>no</i>	112	44,8
Udział w ruchu AA/ <i>Participation in AA</i>		
Tak <i>yes</i>	60	24
Nie <i>no</i>	190	76
Terapia/ <i>Previous treatment</i>		
Pierwsza/ <i>The first time</i>	155	62
Kolejna/ <i>Again</i>	95	38
Choroby somatyczne/ <i>Somatic diseases</i>		
Tak <i>yes</i>	72	28,8
Nie <i>no</i>	178	71,2
Zaburzenia psychiczne/ <i>Mental disorders</i>		
Tak <i>yes</i>	88	35,2
Nie <i>no</i>	162	64,8

moje funkcjonowanie w domu i/lub pracy”). Osoba badana ma ustosunkować się do każdego twierdzenia na skali pięciostopniowej (od 1 – zupełnie nieważne do 5 – niezwykle ważne) oceniając, jak ważny jest dla niej obecnie każdy argument

przy podejmowaniu decyzji dotyczącej picia lub nie picia alkoholu. Na podstawie uzyskanych wyników oblicza się 3 wskaźniki: wskaźnik „za piciem”, wskaźnik „przeciw piciu” oraz bilans decyzyjny będący różnicą między argumentami „za” i „przeciw”. Im wyższy rezultat w bilansie, tym większa przewaga argumentów przeciwnych piciu. Polska adaptacja skali charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (26).

Kwestionariusz Motywacji do Utrzymywania Abstynencji od Alkoholu Ziółkowskiego (27) składa się z czterech pytań, w których osoby badane wybierają jedną z podanych im pięciu (a w pytaniu pierwszym sześciu) możliwości najbardziej odpowiadających ich planom i celom w odniesieniu do picia alkoholu w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Pytanie pierwsze dotyczy picia alkoholu jako aktualnego celu (odpowiedzi od 1 – brak planów do 6 – całkowita abstynencja), pytanie drugie określa ważność stawianego celu (od 1 – zupełnie nieważny do 5 – najważniejsza rzecz w moim życiu), pytanie trzecie określa przewidywaną trudność w osiągnięciu celu (od 1 – realizacja nie sprawi mi trudności do 5 – najtrudniejsza rzecz w moim życiu), a pytanie 4 dotyczy zaufania do siebie co do możliwości zrealizowania celu (od 1 – nie wierzę, abym osiągnął cel do 5 – na pewno osiągnę cel). Odpowiedzi na pytania nie sumuje się, lecz ocenia każdą osobno. Kwestionariusz ma dobre właściwości psychometryczne i był zastosowany w ramach badań WHO pod kierunkiem Ziółkowskiego (27).

W badaniu 2 zastosowano, podobnie jak w badaniu 1, **MAST** Selzera (22, 23) służący do pomiaru nasilenia problemów alkoholowych.

Wyniki

Analogiczną procedurę, jak w przypadku badania 1, zastosowano w odniesieniu do wyników otrzymanych w Skali Bilansu Decyzyjnego oraz Kwestionariuszu Motywacji do Utrzymywania Abstynencji od Alkoholu. Wyniki dotyczące porównania pacjentów, którzy terapię ukończyli i tych, którzy przegrali przedstawia tabela 5.

Jak wskazuje tabela mężczyźni, którzy ukończyli kilkumiesięczną terapię ambulatoryjną, na jej początku spostrzegali więcej ujemnych stron picia w porównaniu z tymi, którzy w terapii się nie utrzymali. Różnica między grupami dotyczyła także ogólnego bilansu decyzyjnego, co wskazuje na większą przewagę przekonań przeciwnych piciu w porównaniu z przekonaniem dotyczącymi zalet picia wśród pacjentów, którzy ukończyli leczenie.

Różnice odnotowano także w odniesieniu do kolejnej zastosowanej metody badającej motywację. Pacjenci, którzy terapię ukończyli byli na jej początku w większym stopniu ukierunkowani na utrzymywanie całkowitej abstynencji i charakteryzowali się większym zaufaniem do siebie co do możliwości zrealizowania tego celu.

Aby odpowiedzieć na drugie pytanie badawcze zastosowano, podobnie jak w badaniu 1, krokową analizę regresji wielokrotnej. Analogicznie, zmiennymi wyjaśnianymi

Tabela 5.

Porównanie poziomu motywacji do utrzymywania abstynencji u mężczyzn kończących i przerywających terapię

A comparison of the level of motivation to maintain abstinence among men who complete and drop out of therapy

	Kończący terapię <i>Completing therapy</i> (n = 161)		Przerywający terapię <i>Dropping out of therapy</i> (n = 89)		t	p <
	M	SD	M	SD		
Skala Bilansu Decyzyjnego/Decisional Balance Scale						
Bilans: „przeciw piciu”/ <i>decisive balance “against drinking”</i>	40,66	6,34	38,67	6,34	2,36	0,05
Bilans: „za piciem”/ <i>decisive balance “for drinking”</i>	25,73	8,49	26,51	9,68	-0,65	ns
Bilans decyzyjny/ <i>Alcohol Decisional Balance</i>	14,93	10,13	12,17	10,71	1,98	0,05
Kwestionariusz Motywacji do Utrzymywania Abstynencji/ <i>Motivation to Maintain Abstinence Questionnaire</i>						
Abstynencja jako cel/ <i>Abstinence as a goal</i>	2,14	1,15	1,80	1,21	1,96	0,05
Ważność celu/ <i>The validity of the goal</i>	4,26	0,86	4,39	0,81	-1,09	ns
Trudności w osiągnięciu celu/ <i>Difficulties in achieving the goal</i>	3,93	1,05	4,05	0,80	-0,97	ns
Zaufanie do siebie/ <i>Self trust</i>	3,99	0,92	3,68	0,86	2,59	0,01

były te wymiary motywacji, które miały związek z ukończeniem leczenia, a wyjaśniającymi – zmienne socjodemograficzne i związane z uzależnieniem od alkoholu. Tabela 6 przedstawia uzyskane rezultaty w odniesieniu do bilansu „przeciw piciu” oraz ogólnego bilansu ze Skali Bilansu Decyzyjnego oraz abstynencji jako celu i zaufania do siebie z Kwestionariusza Motywacji do Utrzymywania Abstynencji od Alkoholu.

Jak wskazuje tabela szereg zmiennych socjodemograficznych i dotyczących uzależnienia od alkoholu pozostaje w istotnych statystycznie związkach z wyróżnionymi zmiennymi motywacyjnymi. Dokładna analiza otrzymanych zależności pozwala na uchwycenie pewnych prawidłowości. I tak, uczestnictwo w ruchu AA oraz posiadanie dzieci związane są dodatnio z dwoma wymiarami motywacji – korzystnym bilansem decyzyjnym oraz zaufaniem do siebie co do osiągnięcia celu związanego z utrzymywaniem abstynencji po zakończeniu leczenia. Osoby mieszkające z bliskimi spostrzegają, w porównaniu z samotnymi, więcej wad picia alkoholu oraz bardziej ukierunkowane są na utrzymywanie pełnej abstynencji po zakończeniu leczenia. Motywacji sprzyjają również: wiek badanych pacjentów – jeśli są starsi, zauważają więcej argumentów przeciwko piciu oraz poziom wykształcenia – pacjenci z wykształceniem wyższym bardziej nastawieni są na utrzymywanie abstynencji oraz mają do siebie większe zaufanie, jeśli chodzi o realizację tego celu. Z kolei towarzyszące choroby somatyczne oraz głębokość uzależnienia pełniły w odniesieniu do motywacji rolę niekorzystną.

Tabela 6.

 Wyznaczniki poszczególnych wymiarów motywacji w grupie uzależnionych mężczyzn
Predictors of differing motivation dimensions among group of addicted men

	Beta Value of Beta	Błąd st. beta Beta error	B Value of B	Błąd st. B B error	t	p <
Skala Bilansu Decyzyjnego/Decisional Balance Scale						
Bilans: „przeciw picciu”/Balance “against drinking”						
Zamieszkanie (sam, z bliskimi)/ <i>Living (alone, with relatives)</i>	0,25	0,07	2,23	0,66	3,36	0,01
Choroby somatyczne/ <i>Somatic diseases</i>	-0,15	0,06	-2,07	0,89	-2,31	0,02
Wiek/ <i>Age</i>	0,17	0,08	0,10	0,05	1,98	0,04
Wyraz wolny/ <i>Absolute term</i>			38,29	2,17	17,62	0,001
R = 0,30; R ² = 0,09; F(8, 234) = 2,90; p < 0,01						
Skala Bilansu Decyzyjnego/Decisional Balance Scale						
Bilans decyzyjny/Decisional Balance						
Zatrudnienie/ <i>Employment</i>	-0,18	0,07	-1,62	0,61	-2,63	0,01
Udział w ruchu AA/ <i>Participation in AA</i>	0,21	0,06	0,04	0,01	3,30	0,001
Zaburzenia psychiczne/ <i>Mental disorders</i>	-0,14	0,06	-3,40	1,52	-2,23	0,05
Posiadanie dzieci/ <i>Children</i>	0,19	0,07	4,74	1,76	2,69	0,01
Wyraz wolny/ <i>Absolute term</i>			17,27	4,22	4,09	0,001
R = 0,35; R ² = 0,12; F(8, 234) = 4,99; p < 0,01						
Kwestionariusz Motywacji do Utrzymywania Abstynencji/						
Motivation to Maintain Abstinence Questionnaire: Abstynencja jako cel/Abstinence as a goal						
Zaburzenia psychiczne/ <i>Mental disorders</i>	-0,20	0,06	0,51	0,15	3,30	0,001
Wykształcenie/ <i>Education</i>	0,16	0,06	-0,21	0,08	-2,53	0,01
Zamieszkanie (sam, z bliskimi)/ <i>Living (alone, with relatives)</i>	0,19	0,07	0,50	0,17	2,95	0,001
Wyraz wolny/ <i>Absolute term</i>			1,32	0,49	2,7	0,01
R = 0,39; R ² = 0,15; F(9, 235) = 4,80; p < 0,001						
Kwestionariusz Motywacji do Utrzymywania Abstynencji/						
Motivation to Maintain Abstinence Questionnaire: Zaufanie do siebie/Self trust						
Posiadanie dzieci/ <i>Children</i>	0,19	0,07	0,40	0,14	2,76	0,01
Zaburzenia psychiczne/ <i>Mental disorders</i>	-0,22	0,05	-0,42	0,11	-3,90	0,001
MAST	-0,27	0,07	-0,02	0,00	-3,97	0,001
Wykształcenie/ <i>Education</i>	0,13	0,05	0,14	0,05	2,53	0,05
Udział w ruchu AA/ <i>Participation in AA</i>	0,16	0,06	0,00	0,00	2,46	0,05
Choroby somatyczne/ <i>Somatic diseases</i>	-0,12	0,05	-0,24	0,10	-2,27	0,05
Wyraz wolny/ <i>Absolute term</i>			4,01	0,32	12,34	0,001
R = 0,62; R ² = 0,38; F(5, 54) = 6,84; p < 0,001						

Jednoznacznie negatywna jest również rola towarzyszących zaburzeń psychicznych – ich występowanie związane jest ujemnie z bilansem decyzyjnym, zaufaniem do siebie oraz stawianiem sobie za cel utrzymywania abstynencji.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przeprowadzone badania miały na celu poznanie roli szeroko konceptualizowanej motywacji w ukończeniu leczenia odwykowego przez uzależnionych od alkoholu mężczyzn. Podjęto również próbę poznania socjodemograficznych i związanych z uzależnieniem od alkoholu korelatów tej zmiennej.

W odniesieniu do pierwszego pytania badawczego otrzymane wyniki wskazują, iż motywacja, z którą uzależnieni pacjenci rozpoczynają terapię odgrywa znaczącą rolę w jej ukończeniu. Przemawia za tym szereg istotnych statystycznie różnic dotyczących kilku wymiarów motywacji występujących między osobami, które terapię kończą i które ją przerywają. W przypadku motywacji do leczenia odwykowego istotna okazała się rola wymiarów *aktywności* i *zagrożenia*. Próbując tłumaczyć ten rezultat można zauważyć, że wysokie wyniki w wymiarze *aktywności* osiągają osoby, które nastawione są na działanie i uczenie się w terapii nowych zachowań (20). Wymiar ten może więc wykazywać związku z aktywnym radzeniem sobie ze stresem, poczuciem własnej skuteczności i optymizmem życiowym, a zmienne te korzystnie związane są z kończeniem leczenia i utrzymywaniem abstynencji (28, 29, 30, 31, 32). Odpowiedzi na pytanie, czy *aktywność* jako wymiar motywacji rzeczywiście wykazuje związku z ważnymi zasobami osobistymi powinny dać dalsze badania. Ponadto, w badaniach, w których wykorzystano Kwestionariusz Motywacji, u osób uzależnionych od alkoholu (21) stwierdzono związek *aktywności* z orientacją temporalną skierowaną na przyszłość, a także z dostrzeganiem wartości w każdej chwili życia (orientacja *carpe diem*). Jak wiadomo z badań (21) wspomniane rodzaje orientacji temporalnej są związane z korzystnymi dla zdrowia zachowaniami ochronnymi, zależność ta może zatem odgrywać znaczącą rolę również w odniesieniu do motywacji.

Aby zrozumieć motywującą rolę drugiego istotnego wymiaru, tj. *zagrożenia* należy odwołać się do sytuacji, w której wielu pacjentów rozpoczyna terapię. Jest to dla nich czas głębokiego kryzysu („dna”), utraty znaczących zasobów i źródeł wsparcia, a czasem też bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia (26, 33). W takiej sytuacji, jak to obrazowo podają Laudet, Becker i White (34), pojawia się u niektórych pacjentów z jednej strony zmęczenie dotychczasowym życiem, a z drugiej – nadzieja na jego zmianę, która może stanowić impuls do korzystnych przeobrażeń. Ponadto, co warto sprawdzić w dalszych badaniach, poczucie *zagrożenia* może być dodatkowo związane z temperamentalnym wymiarem unikania szkody, który, choć wykazuje związku z symptomami psychopatologicznymi (np. poziomem lęku), pełni zdecydowanie korzystną rolę w kończeniu terapii i utrzymywaniu późniejszej abstynencji (26). Warto także zbadać relacje między odczuwanym przez pacjentów *zagrożeniem* a poczuciem utraty ważnych zasobów, rozumianych zgodnie z ujęciem Stevana Hobfolla (35).

Dla kończenia terapii korzystne jest również rozpoczynanie jej z wysokim poziomem argumentów przeciwnych picciu. Wynik ten potwierdza w pewnym stopniu, przytaczane już, badanie Suttona (17) dotyczące wcześniejszego dostrzegania wad palenia u osób podejmujących próby jego rzucenia. Dostrzeganie wad picia alkoholu może pełnić funkcję motywacyjną, m.in. poprzez wzmacnianie dysonansu poznawczego, osła-

bienie siły mechanizmów obronnych utrudniających zobaczenie problemu w jego rzeczywistych rozmiarach oraz obniżenie jakości życia i zadowolenia z samego siebie (26).

W kontekście dysonansu poznawczego zrozumiała jest pozytywna rola stawiania sobie celu w postaci utrzymywania pełnej abstynencji od alkoholu. Wydaje się, że pacjentom rozpoczynającym terapię z takim nastawieniem łatwiej jest zinternalizować jej cele oraz proponowane w trakcie zalecenia i zadania do zrealizowania. Z kolei zaufanie do siebie w aspekcie realizacji celu utrzymania abstynencji jako zmienna motywująca, wydaje się być, podobnie jak wymiar *aktywności*, związane z aktywnym radzeniem sobie ze stresem oraz poczuciem własnej skuteczności.

Ponieważ początkowa motywacja odgrywa istotną rolę w ukończeniu terapii, wskazane jest diagnozowanie pacjentów w tym obszarze, zamiast przyjmowania założenia, że motywacji nie posiadają i należy ją dopiero wywołać poprzez dotarcie do destrukcji alkoholowej. Diagnoza taka może doprowadzić: z jednej strony do wyodrębnienia osób rzeczywiście niezmotywowanych (lub zmotywowanych tylko zewnętrznie) i poddania ich specjalistycznym oddziaływaniom terapeutycznym, a z drugiej – w przypadku osób zmotywowanych do takiej modyfikacji terapii, aby nie powielać treści pacjentom już znanych, lecz na nich budować motywację bardziej trwałą. Jest to istotne, ponieważ w analizach wyników projektu MATCH wykazano, iż osoby z niższym wyjściowym poziomem motywacji osiągały lepsze rezultaty, gdy uczestniczyły w terapii motywującej, a nie w poznawczo-behawioralnej (36). Zdaniem autorów, wynik ten świadczy o istnieniu grupy pacjentów, którzy reagują lepiej na konkretny sposób terapii, tak więc w stosunku do nich można mówić o „efekcie dopasowania” (który generalnie w ramach projektu MATCH nie został wykazany).

Drugie pytanie badawcze dotyczyło socjodemograficznych i związanych z uzależnieniem od alkoholu korelatów początkowej motywacji uzależnionych pacjentów. Uzyskane rezultaty potwierdzają istotną rolę zmiennych, których znaczenie dla kończenia terapii i utrzymywania abstynencji potwierdzono w wielu dotychczasowych badaniach. Dotyczy to korzystnej roli uczestnictwa w ruchu AA (37, 38, 39), pozostawania w związku (małżeńskim, partnerskim) i posiadania pracy zawodowej (14, 30, 40, 41). W badaniach wykazano również pozytywną rolę wieku pacjentów (im starsi tym lepsze rezultaty terapii) i negatywną: wczesnego rozpoczęcia picia problemowego, rodzinnego obciążenia alkoholizmem oraz towarzyszących zaburzeń psychicznych (42, 43, 44, 45). Otrzymane w prezentowanym badaniu istotne związki tych zmiennych z motywacją do uczestnictwa w terapii i utrzymywania abstynencji prowokują do poszukiwań odpowiedzi na pytanie, czy to właśnie motywacja nie jest w przypadku tych zmiennych mediatorem (lub moderatorem) ich wpływu na funkcjonowanie uzależnionych pacjentów. Próba odpowiedzi na to pytanie wymaga stworzenia i zweryfikowania modelu dotyczącego bezpośredniego i pośredniego wpływu motywacji na utrzymanie się w terapii i późniejsze zachowywanie abstynencji. Warto w tym miejscu zauważyć, że w badaniach na temat roli jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu, w których uwzględniano również zmienne motywacyjne, początkowy ich poziom, poprzez wpływ na jakość życia odgrywał istotną rolę w zachowywaniu abstynencji w okresie roku od rozpoczęcia terapii (26).

Dalszej analizy wymaga również rola towarzyszących zaburzeń somatycznych. W prezentowanym badaniu otrzymano niejednoznaczne wyniki. Występowanie dolegliwości somatycznych jest wprawdzie uznawane za jeden z czynników ryzyka nawrotu u osób uzależnionych od alkoholu (46), nieznane są jednak dokładne relacje tej zmiennej z motywacją do terapii i utrzymywania abstynencji.

Prezentowane badania nie uwzględniają zmiennych psychologicznych, takich jak cechy osobowości, poczucie własnej skuteczności, poziom odczuwanego stresu czy radzenie sobie ze stresem. Z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że zmienne te pozostają w istotnych związkach z motywacją, co należy sprawdzić w dalszych badaniach. Przemawia za tym również fakt, że zmienne socjodemograficzne i związane z uzależnieniem od alkoholu tłumaczą stosunkowo skromny procent zmienności wyników dotyczących różnych wymiarów motywacji (0,09–0,38%).

Dalsze badania powinny również odpowiedzieć na pytanie o rolę zmiennych motywacyjnych w funkcjonowaniu uzależnionych od alkoholu kobiet oraz uczestniczących w terapii stacjonarnej. Kolejnym, wartym eksploracji tematem jest problem zmian poziomu motywacji w trakcie terapii oraz poszukiwanie czynników – zarówno po stronie pacjenta, jak i terapeuty – ułatwiających lub utrudniających ten proces. Wreszcie, w przyszłych analizach warto, przy użyciu analizy dyskryminacyjnej, sprawdzić rolę wszystkich wyróżnionych zmiennych motywacyjnych w kończeniu terapii i późniejszym utrzymywaniu abstynencji lub obniżeniu częstotliwości i intensywności picia.

WNIOSKI

1. Motywacja, z którą uzależnieni od alkoholu mężczyźni rozpoczynają terapię odgrywa istotną rolę w jej ukończeniu.
2. Motywacja do udziału w terapii i utrzymywania abstynencji wykazuje istotne związki z szeregiem zmiennych socjodemograficznych i dotyczących uzależnienia od alkoholu, a szczególnie z uczestnictwem w ruchu AA, wiekiem pacjentów, wiekiem rozpoczęcia picia problemowego, zatrudnieniem, zamieszkiwaniem z bliskimi oraz towarzyszącymi zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi.

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

1. Miller WR (2009) *Wzmacnianie motywacji do zmiany*. Warszawa: PARPAMEDIA.
2. Reber AS (1995) *Dictionary of psychology*. London: Penguin Books.
3. Reykowski J (1977) *Z zagadnień psychologii motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
4. Łukaszewski W (2000) Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych. W: Strelau J, Doliński D (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP, t. 2, 427–438.
5. Cooper ML (2010) *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
6. Simpson DD (2001) Modeling treatment process and outcomes. *Addiction*, 96, 2, 207–211.

7. Laudet BA, Stanick V (2010) Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 4, 317–332.
8. Groshkova T (2010) Motivation in substance misuse treatment. *Addiction Research and Theory*, 18, 5, 494–510.
9. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z (2006) *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: IPZ.
10. Hester RK, Miller WR (1995) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Boston: Allyn and Bacon.
11. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC (2008) *Zmiana na dobre*. Warszawa: Instytut Amity.
12. Miller WR, Rollnick S (2010) *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
13. Blume AW, Schmalting KB, Marlatt A (2006) Recent drinking consequences, motivation to change, and changes in alcohol consumption over a three month period. *Addictive Behaviors*, 31, 2, 331–338.
14. Hernandez-Avila CA, Bureson JA, Kranzler HR (1998) Stage of Change as a Predictor of Abstinence Among Alcohol-Dependent Subjects in Pharmacotherapy Trials. *Substance Abuse*, 19, 2, 81–91.
15. Edens JF, Willoughby FW (2000) Motivational patterns of alcohol dependent patients: A replication. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 4, 397–400.
16. Allsop S, Saunders B (1997) Nawroty – polemika. W: Gossop M (red.) *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: PARPA, 205–226.
17. Sutton S (1986) Trying to stop smoking: a decision making perspective. W: Miller W, Heather N (red.) *Treating Addictive Behaviors*. New York: Plenum, 15–32.
18. Collins SE, Carey KB, Otto JM (2009) A New Decisional Balance Measure of Motivation to Change Among At-Risk College Drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 3, 464–471.
19. Kucińska M, Mellibruda J (1997) Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia przez pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 28, 373–389.
20. Wysokińska-Gąsior T, Matuszewski A (1991) *Nerwice. Kwestionariusz motywacji do leczenia. Podręcznik*. Warszawa: Ginter.
21. Chodkiewicz J, Nowakowska K (2010) Orientacja temporalna a motywacja do leczenia odywokowego. W: Gąsior K, Chodkiewicz J (red.) *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin*. Kielce: Jedność, 13–25.
22. Selzer ML (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653–1658.
23. Falicki Z, Karczewski J, Wandzel L, Chrzanowski W (1986) Usefulness of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) in Poland. *Psychiatria Polska*, 20, 38–42.
24. Florkowski A, Polak K, Sarna D, Gądek I (2000) Jakość życia żołnierzy zawodowych z problemem alkoholowym. *Problemy Alkoholizmu*, 1, 17–18.
25. Velicer WF, DiClemente CC, Prochaska JO, Brandenburg N (1985) Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279–1289.
26. Chodkiewicz J (2012) *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
27. Ziółkowski M (1999) *Ocena skuteczności farmakoterapii w zapobieganiu nawrotowi picia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. Praca habilitacyjna. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera.
28. Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CM (2009) Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 1, 75–86.
29. Chodkiewicz J (2005) Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14, 1, 39–45.
30. Chodkiewicz J (2006) Zasoby osobiste a występowanie nawrotów u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. W: Cierpiałkowska L (red.) *Oblicza współczesnych uzależnień*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 175–185.

31. Humphreys K, Mankowski E, Moos RH, Finney JW (1999) Do enhanced friendships networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance use? *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 1, 54–60.
32. Levin C, Ilgen M, Moos RH (2007) Avoidance coping strategies moderate the relationship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 1, 108–113.
33. Cierpiałkowska L, Ziarko M (2010) *Psychologia uzależnień: alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
34. Laudet A, Becker JB, White WL (2009) Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use and Misuse*, 44, 2, 227–252.
35. Hobfoll S (2006) *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: GWP.
36. Witkiewitz K, Hartzler B, Donovan DM (2010) Matching Motivation Enhancement Treatment to client motivation: Re-examining the Project MATCH motivation matching hypothesis. *Addiction*, 105, 1403–1413.
37. McCrady BS, Epstein EE, Kahler CW (2004) Alcoholics Anonymous and relapse prevention as maintenance strategies after conjoint behavioral alcohol treatment for men: 18-Month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 5, 870–878.
38. Tonigan JS (2001) Benefits of Alcoholics Anonymous attendance: Replication of findings between clinical research sites in Project MATCH. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19, 1, 67–77.
39. Ye Y, Kaskutas LA (2009) Using propensity scores to adjust for selection bias when assessing the effectiveness of Alcoholics Anonymous in observational studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 104, 1–2, 56–64.
40. Soyka M (2009) Untersuchung zur Effizienz der tagesklinischen Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten-Ergebnisse zur Zwei-Jahres-Katamnese und Prädiktion des Behandlungsergebnisses. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 11, 3, 115–128.
41. Havassy BE, Hall SM, Wassermann DA (1991) Social support and relapse prevention. Commonalities among alcoholics, opiate users and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235–246.
42. DiClemente CC, Doyle SR, Donovan DM (2009) Predicting treatment seekers' readiness to change their drinking behavior in the COMBINE study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33, 5, 879–892.
43. Yoshino A, Kato M (1996) Prediction of 3-year outcome of treated alcoholics by an empirically derived multivariate typology. *American Journal of Psychiatry*, 153, 829–830.
44. Willinger U, Lenzinger E, Hornik K, Fischer G, Schönbeck G, Aschauer HN, Meszaros K (2002) Anxiety as predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 6, 609–612.
45. Witkiewitz K, Bowen S (2010) Depression, craving and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 362–374.
46. Marlatt GA, Gordon JR (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.

Adres do korespondencji
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki
ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź
tel. 605 346 935
email: janchochodkiewicz@poczta.onet.pl

Otrzymano: 27.03.2013
Przyjęto do druku: 17.06.2013