

ROLA ZASOBÓW OSOBISTYCH W UTRZYMANIU ABSTYNENCJI PRZEZ MĘŻCZYZN UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Jan Chodkiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

THE ROLE OF PERSONAL RESOURCES IN THE PROCESS OF ABSTINENCE MAINTENANCE AMONG ALCOHOL DEPENDENT MALES

ABSTRACT – The main problem in alcohol treatment consists in maintaining abstinence by the patients. The study was aimed at the evaluation of the effect of personal resources (external and internal) on long-term abstinence among male alcoholics attending outpatient clinics. The patients were evaluated twice: at the beginning (N=194) were distinguished and the end of therapy (N=98). According to the results of a questionnaire, two subgroups on the grounds of the duration of their abstinence after alcohol treatment. The first subgroup of 52 patients (A) abstained for over 12 months, while the other (B) included 28 patients who had relapses in that period. The data indicate statistical differences between the groups A and B. These differences are associated with external personal resources (marriage, employment) and internal personal resources (preference of active ways of coping with stress, a sense of self-worth and efficacy, a high level of optimism). These differences remained also after therapy completion. Patients' personal resources should be taken into account as a very helpful indication of effectiveness of the alcohol treatment process.

Key words: personal resources, alcohol dependence, abstinence.

WSTĘP

Kluczowym i jednocześnie najtrudniejszym zjawiskiem w przebiegu choroby alkoholowej, a także w terapii uzależnienia jest załamywanie się prób abstynencji i powrót do picia. Wokół niego koncentruje się większość dramatycznych wydarzeń w życiu alkoholika i jego otoczenia. Specyfika nawrotów picia i ich liczba wyznaczają, zdaniem Mellibrudy (9), podstawowe kryteria oceny efektywności terapii. Gossop (4) uważa występowanie nawrotów za podstawowy problem w leczeniu uzależnień.

W pracy poświęconej badaniom nad nawrotami Shiffman (18) zwraca uwagę na istnienie trzech rodzajów zmiennych mających wpływ na przerwanie abstynencji i powrót do poprzednich, to jest nałogowych zachowań. Są to:

- ◆ trwałe cechy indywidualne jednostki (np. cechy osobowości, temperament),
- ◆ zmienne występujące w tle (np. kumulacja stresowych wydarzeń),

- ◆ czynniki wyzwalające (nagle przykre wydarzenie, silna ekspozycja na działanie bodźców, chwilowe wahania nastroju).

Trwałe cechy indywidualne i zmienne występujące w tle zwiększają podatność na pojawienie się nawrotu, jednak do pełnego zrozumienia jego wystąpienia potrzebne jest uwzględnienie wszystkich trzech rodzajów zmiennych.

Moos i wsp.(11) wśród czynników mających wpływ na efekty leczenia alkoholi-ków wymieniają zmienne demograficzne, społeczne i osobiste oraz umiejętności zaradcze, które jednostka posiada przed rozpoczęciem leczenia, w jego trakcie i po le-czeniu, samo leczenie oraz czynniki wyzwalające. Autorzy uważają, że wszystkie te zmienne oddziałują na siebie dynamicznie przez cały czas, wpływając na konkretne zachowania.

Z wymienionych powyżej zmiennych najtrudniejsze do badania są czynniki wy-zwalające. Siła ich oddziaływania zależy jednak od pozostałych zmiennych, które w znacznie większym stopniu podlegają badaniom. Ich znajomość i ocena może być istotna dla poprawy efektywności terapii. Wśród zmiennych tych ważną rolę wydają się odgrywać indywidualne zasoby osobiste.

Pojęcie zasobów osobistych używane jest w psychologii zdrowia w odniesieniu do wszystkich tych zmiennych, które pomagają w radzeniu sobie ze stresem (14). Moos i Schaefer (11) określają zasoby osobiste jako: „względnie stałe czynniki osobowe i społeczne, które wpływają na sposób, w jaki jednostka próbuje opanować kryzysy życiowe i transakcje stresowe”(s.234).

Do ważnych zasobów osobistych zalicza się np. wsparcie społeczne, sposoby ra-dzenia sobie ze stresem, poczucie własnej wartości i skuteczności, poczucie koheren-cji, poziom optymizmu, umiejętności asertywnego zachowania się, umiejscowienie kontroli (1,14,17,19). Posiadanie zasobów nie implikuje ich uruchomienia w zetknięciu się z sytuacją krytyczną, jeśli jednak zostaną uruchomione, stają się ważną zmienną pośredniczącą pomiędzy wydarzeniami stresowymi a radzeniem sobie (5,17).

Pojęcia zasobów osobistych można używać również w znaczeniu szerszym jako określenie wszelkich zewnętrznych i wewnętrznych możliwości, które posiada jed-nostka i które wpływają na jej funkcjonowanie – w tym wypadku na utrzymywanie abstynencji. Podejście to jest zgodne z dominującą obecnie w leczeniu uzależnień tendencją do odchodzenia od koncentracji na negatywnych aspektach funkcjonowania pacjenta i do zwracania uwagi na zjawiska pozytywne, na przykład zasoby i możliwo-sci jednostki (2,20).

Badanie znaczenia zasobów osobistych dla utrzymania abstynencji odgrywać może istotną rolę w identyfikowaniu osób szczególnie zagrożonych powrotem do picia i podejmowaniu w stosunku do nich określonych oddziaływań terapeutycznych.

W prezentowanych badaniach zasoby osobiste podzielono na zasoby zewnętrzne (stan cywilny, zatrudnienie, wiek, wykształcenie, zawód) i zasoby wewnętrzne, czyli sposoby radzenia sobie ze stresem oraz przekonania osobiste i oczekiwania (poczucie własnej skuteczności i wartości, poczucie wartości własnego zdrowia i satysfakcji życiowej, dyspozycyjny optymizm, akceptacja uzależnienia jako choroby).

Celem badań było uchwycenie zależności pomiędzy zasobami zewnętrznymi i wewnętrznymi posiadanymi przez uzależnionych od alkoholu mężczyzn, a utrzymaniem

przez nich abstynencji. Istotne również było podjęcie próby odpowiedzi na pytanie, jak posiadane zasoby osobiste wpływają na postępy w terapii.

MATERIAŁ I METODA

Grupa badana

Prezentowane wyniki są częścią szerszych badań zmierzających do określenia predyktorów utrzymywania abstynencji przez osoby uzależnione od alkoholu. Badania zostały wykonane w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi. W celu wyselekcjonowania homogenicznej grupy pacjentów uzależnionych od alkoholu do badań wybrano mężczyzn deklarujących zamiar uczestniczenia w terapii ambulatoryjnej (jest to najpopularniejsza forma terapii). Wszyscy badani spełniali kryterium uzależnienia według ICD-10. Z badań wykluczono osoby ze zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym.

TABELA 1
Porównanie danych socjodemograficznych grupy alkoholików utrzymujących (grupa A) i przerywających abstynencję (grupa B).

	Grupa A (n=52)		Grupa B (n=28)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Wiek						
do 30 r. ż	6	11,5	4	14,3	0,468	
31-50	40	77,0	22	78,6	df-2	n. i.
pow. 50 r. ż	6	11,5	2	7,1		
Stan cywilny						
kawaler	2	3,8	4	14,3		
żonaty	48	92,4	18	64,3	10,003	
rozwidziony	2	3,8	6	21,4	df-2	0,007
Wykształcenie						
podst./zasadnicze	9	17,3	6	21,4	3,53	
średnie	21	40,4	16	57,2	df-2	n. i.
wyższe	22	42,3	6	21,4		
Zatrudnienie						
bezrobotny	10	19,2	12	42,8	5,78	
pracuje	42	80,8	16	57,2	df-2	0,05
Zawód						
robotnik	26	50,0	14	50,0	0,418	
prac. umysłowy	22	42,3	14	50,0	df-3	n. i.
wolny zawód	4	7,7	0	0,0		

Procedura badawcza

Pacjenci (N=194) zostali zbadani po raz pierwszy na początku leczenia. W ramach badania zebrano również informacje dotyczące podstawowych danych socjodemograficznych. Osoby, które utrzymały się w terapii (N=94), zbadano ponownie przy użyciu tych samych metod pomiaru przy jej zakończeniu. Po roku od ukończenia leczenia badani otrzymywali do wypełnienia pisemną ankietę. Ankieta zawierała pytania dotyczące ogólnego funkcjonowania i utrzymywania abstynencji. Spośród osób, które odpowiedziały na ankietę, wyodrębniono grupę utrzymującą abstynencję w okresie roku od zakończenia terapii (A=52) oraz grupę osób, które abstynencję przerwały (B=28) (Tabela 1).

Narzędzia badawcze

W prezentowanych badaniach zmienną zależną zdefiniowano jako zdolność do utrzymywania całkowitej abstynencji przez okres roku od zakończenia terapii. Do obszaru zmiennych niezależnych włączono zmienne socjodemograficzne, dotyczące stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem oraz związane z przekonaniami i oczekiwaniami. Operacjonalizacji zmiennej zależnej dokonano przy pomocy siedmiu standaryzowanych narzędzi pomiaru. Wszystkie zastosowane narzędzia posiadają zadowalające właściwości psychometryczne (6). Zastosowano:

1. Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie (COPE) – Ch.S.Carver, M.Scheier, J.K. Weintraub – służący do badania intensywności stosowania strategii radzenia sobie ze stresem. W kwestionariuszu wyodrębniono 15 takich strategii.
2. Test Orientacji Życiowej LOT- R M. Scheier, Ch. S. Carver, M.W Bridges – służący do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu.
3. Skalę Poczucia Własnej Wartości – M.Rosenberg – dotyczącą przekonań związanych z własną wartością.
4. Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności – wersja polska R. Schwarzer, M.Jeruzalem, Z. Juczyński – oceniającą siłę indywidualnych przekonań co do własnej skuteczności.
5. Skalę Satysfakcji Życiowej – E.Diener, R.A. Emmons, R.J.Larson, S. Griffin – określającą ogólny wskaźnik zadowolenia z życia.
6. Skalę Wartości Zdrowia – R.R.Lau, K.A.Hartman, J.E.Ware – określającą znaczenie własnego zdrowia.
7. Skalę Akceptacji Choroby – B. J.Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen – badającą przystosowanie do choroby.¹

W analizach statystycznych wykorzystano testy F i t-Studenta dla prób zależnych i niezależnych oraz test chi-kwadrat. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS/PC+.

WYNIKI

Charakterystyka próby

W pierwszym etapie badań wzięło udział 194 alkoholików. Większość z nich to mężczyźni w wieku 31-50 lat, żonaci, z wykształceniem średnim, pracujący, robotnicy. Pełną charakterystykę badanej grupy przedstawia Tabela 2.

¹ Wszystkie metody zaadaptowane przez Z. Juczyńskiego (6)

TABELA 2
Charakterystyka badanej grupy przed rozpoczęciem terapii.

N=194	N	%
Wiek		
do 30 r. ż	32	16,5
31-50	142	73,2
pow. 50 r. ż	20	10,3
Stan cywilny		
-kawaler	28	14,4
żonaty	134	69,1
rozwódziony	30	15,5
wdowiec	2	1,0
Wykształcenie		
podstawowe/ zasadnicze	58	29,9
średnie	88	45,4
wyższe	48	24,7
Zatrudnienie		
bezrobotny	54	27,8
pracuje	138	71,1
renta/ emerytura	2	1,0
Zawód		
robotnik	122	62,9
pracownik umysłowy	64	33,0
wolny zawód	8	4,1

Dane socjodemograficzne

Pierwszym etapem przeprowadzonych analiz była odpowiedź na pytanie o rolę zmiennych socjodemograficznych w utrzymaniu abstynencji. Otrzymane różnice pomiędzy rozkładami liczebności grupy utrzymującej abstynencję (grupa A) i grupy, która powróciła do picia (grupa B), przedstawia Tabela 2. Wyniki dotyczą pomiaru dokonanego na początku terapii. W trakcie terapii nie zanotowano istotnych zmian.

Stan cywilny i zatrudnienie w sposób statystycznie istotny różnicują grupy wyróżnione ze względu na utrzymanie abstynencji po terapii. Większy odsetek żonatyh i pracujących uzależnionych mężczyzn przynależy do grupy zachowującej abstynencję. Nie stwierdzono znaczenia wieku, poziomu wykształcenia i rodzaju wykonywanej pracy dla utrzymywania abstynencji.

Radzenie sobie ze stresem

W dalszych etapach dokonano analizy znaczenia zasobów wewnętrznych dla abstynencji badanych. Tabela 3 ukazuje wyniki uzyskane w Wielowymiarowym Inwentarzu Radzenia Sobie (COPE) przez obie wyodrębnione grupy.

TABELA 3

Średnie wyniki w skali COPE – intensywność stosowania przed i po terapii różnych strategii radzenia sobie ze stresem przez alkoholików utrzymujących (grupa A) i przerywających abstynencję (grupa B) oraz istotność zmian zaistniałych w trakcie leczenia w obydwu grupach.

Strategie radzenia sobie:	Grupa A (n=52)				Grupa B (n=28)				p	p1	p2	
	pierwsze badanie		drugie badanie		p	pierwsze badanie		drugie badanie				
	M	SD	M	SD		M	SD	M				SD
aktywne radzenie sobie	11,36	1,81	11,55	1,34		10,12	1,64	10,85	1,75	*	**	
planowanie	11,86	2,26	12,55	2,33	*	10,56	2,27	11,14	1,48	*	*	**
poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	10,20	3,07	10,96	3,06		8,75	2,04	10,14	2,82	*	**	
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	9,40	2,91	9,71	2,60		7,43	2,21	9,00	2,88	*	**	
unikanie konkurencyjnych działań	10,50	2,07	10,61	2,21		9,37	1,43	9,64	1,42		**	*
zwrot ku religii	6,90	3,06	7,61	3,33		6,50	3,09	6,85	3,05			
pozytywne przewartościowanie	9,93	2,17	10,61	2,06	*	9,75	1,77	9,42	1,52			**
powstrzymanie się od działania	10,66	1,63	10,59	1,74		10,56	2,15	10,78	1,85			
akceptacja	10,60	2,80	10,94	2,60		10,75	2,65	10,85	2,40			
koncentracja na emocjach	11,20	1,48	11,28	1,56		10,37	1,52	10,35	1,74		*	*
zaprzeczanie	6,43	2,29	5,59	1,81	*	7,18	3,41	6,00	1,49	*		
odwracanie uwagi	7,90	2,02	7,51	2,11		8,37	1,82	8,28	1,90			
zaprzestanie działania	7,20	2,00	6,76	1,94		9,43	2,94	8,21	2,37	*	**	**
używanie alkoholu i narkotyków	8,76	4,50	4,34	1,11	*	10,56	4,14	5,35	3,21	*	*	
poczucie humoru	5,83	1,91	5,46	1,60		6,50	2,61	6,50	2,16			*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

p1 – istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami na początku terapii

p2 – istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami na końcu terapii

Na etapie rozpoczęcia leczenia występują istotne statystycznie różnice w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Osoby, które po terapii utrzymują

abstynencję (grupa A), preferują w większym stopniu niż osoby, które abstynencję przerwały (grupa B) strategie radzenia sobie zarówno skoncentrowane na problemie (tj. aktywne radzenie sobie, planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, unikanie konkurencyjnych działań), jak i skoncentrowane na emocjach (szukanie wsparcia emocjonalnego, koncentracja na emocjach). Przed terapią osoby z grupy A w mniejszym stopniu stosują strategie ucieczkowe polegające na zaprzestaniu działań oraz używaniu alkoholu i narkotyków (Tabela 3).

W trakcie terapii w obydwu grupach nastąpiły zmiany w zakresie stosowania strategii radzenia sobie; więcej istotnych statystycznie różnic zaobserwowano w grupie osób, którym nie udało się zachować abstynencji po terapii. W grupie tej istotnie wzrosło natężenie strategii związanych z aktywnym radzeniem sobie, znacznemu obniżeniu uległ poziom strategii ucieczkowych (używanie alkoholu i narkotyków, zaprzeczanie, zaprzestanie działania).

W grupie osób zachowujących po terapii abstynencję zaobserwowano wzrost strategii planowania i pozytywnego przewartościowania, natomiast obniżenie zaprzeczania, a także używania alkoholu i narkotyków.

Rezultatem zmian, które dokonały się w trakcie terapii, jest zmniejszenie się istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami na końcu leczenia. Na tym etapie w grupie A nadal bardziej intensywnie stosowane są strategie polegające na planowaniu, unikaniu konkurencyjnych działań i koncentracji na emocjach, grupa B z kolei częściej używa strategii polegającej na zaprzestaniu działań. Aktywne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego jest natomiast na porównywalnym poziomie. Zaobserwowano również pojawienie się nowych różnic. Dotyczą one strategii pozytywnego przewartościowania (dostrzeżenie w sytuacjach stresowych aspektów pozytywnych), którego poziom jest znacznie wyższy w grupie późniejszych abstynentów (przy praktycznie takim samym poziomie występującym w obydwu grupach na początku), oraz poczucia humoru, w zakresie którego grupa osób przerywających trzeźwość uzyskała, kończąc terapię, wynik istotnie wyższy.

Uwagę zwraca fakt, iż pomimo dużych zmian, które dokonały się w trakcie pobytu w Ośrodku, końcowa wartość stosowanych aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem w grupie mężczyzn przerywających po leczeniu abstynencję nie przewyższa początkowej wartości tych zmiennych występujących w grupie mężczyzn abstynencję zachowujących.

Przekonania osobiste i oczekiwania

Rozpoczynając terapię mężczyźni zachowujący abstynencję przejawiają istotnie wyższe poczucie własnej wartości i skuteczności, optymizmu oraz akceptacji uzależnienia jako choroby. Po leczeniu poczucie własnej wartości oraz poziom optymizmu wzrosły w obydwu grupach, podczas gdy poczucie własnej skuteczności tylko w grupie mężczyzn, którym nie udało się wytrwać w trzeźwości. W grupie „abstynentów” zaobserwowano natomiast wzrost poczucia satysfakcji życiowej, co może się wiązać ze zwiększeniem gratyfikacji życiowych wynikających z prowadzenia trzeźwego życia.

Porównanie badanych grup w zakresie posiadanych przekonań i oczekiwań przedstawia Tabela 4.

Tabela 4.

Średnie wartości zmiennych dotyczących przekonań i oczekiwań; porównanie wyników grupy utrzymującej (grupa A) i przerywającej abstynencję (grupa B) na początku i końcu terapii oraz istotność zmian zaistniałych w jej trakcie w obydwu grupach.

	Grupa A (n=52)			Grupa B (n=28)			p1	p2				
	pierwsze badanie		drugie badanie	p	pierwsze badanie				drugie badanie	p		
	M	SD	M	SD	M	SD			M	SD		
Poczucie własnej wartości	20,28	3,29	22,06	4,16	*	17,75	4,28	20,66	4,38	*	**	*
Poczucie własnej skuteczności	28,23	5,44	29,75	4,47		23,93	3,80	27,28	3,36	***	***	**
Satysfakcja życiowa	15,00	5,71	17,67	4,73	*	13,93	4,81	14,78	5,36			*
Poczucie wartości własnego zdrowia	19,03	3,60	19,96	4,79		18,25	3,05	20,50	3,84			
Dyspozycyjny optymizm	14,90	5,02	17,25	3,87	***	13,31	3,58	14,71	3,51	*	*	**
Akceptacja choroby	26,20	6,69	32,69	4,22	***	22,43	5,37	28,85	5,50	**	**	**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

p1 – istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami na początku terapii

p2 – istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami na końcu terapii

Podobnie, jak w odniesieniu do aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, pomimo wystąpienia w trakcie terapii wielu zmian, końcowa wartość niektórych zmiennych, takich jak: poczucie własnej skuteczności, satysfakcji życiowej oraz optymizmu występująca w grupie osób przerywających trzeźwość nie jest wyższa niż początkowa wartość tych zmiennych w grupie trzeźwość zachowujących. Osoby należące do obydwu grup nauczyły się bardziej akceptować chorobę alkoholową i wynikające z niej ograniczenia i konsekwencje, choć nadal istotnie wyższe wyniki uzyskała grupa „abstynentów”. Na uwagę zasługuje również fakt, iż przekonania związane z wartością własnego zdrowia nie różnicują badanych mężczyzn zarówno na początku, jak i końcu terapii.

WNIOSKI

1. Znaczenie niektórych z wyróżnionych powyżej zmiennych dla utrzymania abstynencji oraz podejmowania przez jednostkę innych, prozdrowotnych zachowań było podkreślane w literaturze przedmiotu (3,7,8,10,13,15,16). Jednak wiele dotychczasowych doniesień opierało się na pojedynczych pomiarach poszczególnych zmiennych, a

nie badaniu zespołu cech charakteryzujących pacjentów. Aby wszechstronnie pomagać osobom uzależnionym od alkoholu, istotne wydaje się dokonanie pełnej charakterystyki ich funkcjonowania psychologicznego w aspekcie posiadanych zasobów osobistych. Ponadto zmienne te mogą wzajemnie oddziaływać na siebie – przykładowo wzrost stosowania aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem może prowadzić do wzrostu poczucia własnej wartości i skuteczności.

2. Na etapie rozpoczynania terapii pomiędzy alkoholikami, którzy po leczeniu utrzymują abstynencję, a tymi, którzy potem powracają do picia, występują znaczne różnice w zakresie posiadanych zasobów osobistych. Różnice te dotyczą zarówno zasobów zewnętrznych (abstynenci częściej pozostają w związku małżeńskim i posiadają stałą pracę), jak i wewnętrznych (abstynenci preferują aktywne strategie radzenia sobie ze stresem, częstsze poszukiwanie rad, informacji oraz zrozumienia i wsparcia instrumentalnego oraz emocjonalnego; posiadają wyższe poczucie własnej wartości i skuteczności, większy optymizm oraz akceptację uzależnienia jako choroby).

3. Po leczeniu w obydwu grupach zaobserwowano szereg korzystnych zmian w zakresie stosowania strategii radzenia sobie oraz posiadanych przekonań i oczekiwań. Zmiany te okazały się niejednokrotnie bardziej istotne w grupie mężczyzn, którzy powrócili do picia po terapii, niż w grupie utrzymujących abstynencję po leczeniu.

4. Na etapie zakończenia leczenia, pomimo zaistniałych w terapii zmian, poziom szeregu istotnych zmiennych występujących w grupie osób, którym nie udało się wytrwać w trzeźwości nie przewyższył początkowego poziomu tych zmiennych w grupie późniejszych abstynentów. Dotyczy to niektórych aktywnych sposobów radzenia sobie, poczucia własnej skuteczności, satysfakcji życiowej oraz poziomu optymizmu.

5. Zaobserwowane w przeprowadzonych badaniach różnice mogą stanowić wskazówkę do podejmowania określonych oddziaływań psychoterapeutycznych skoncentrowanych na osobach przejawiających deficyty w zakresie zasobów osobistych. Oddziaływania te powinny być stosowane od początku pobytu pacjenta w placówce zajmującej się leczeniem uzależnień. Przy zastosowaniu jednolitej terapii osoby te mogą bowiem, pomimo własnych wysiłków, nie poradzić sobie z utrzymywaniem abstynencji po zakończeniu leczenia. Przykładowo – pomimo pozytywnych zmian w trakcie terapii pacjenci ci mogą nie doświadczać w codziennym życiu zadowalających pozytywnych wzmocnień płynących z własnej trzeźwości. Oddziaływania w stosunku do tych osób powinny przede wszystkim koncentrować się zarówno na uczeniu aktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, jak i podnoszeniu optymizmu, poczucia własnej wartości, skuteczności oraz akceptacji uzależnienia.

STRESZCZENIE

Celem przeprowadzonych badań było uchwycenie zależności pomiędzy posiadanymi zasobami osobistymi – zewnętrznymi i wewnętrznymi a zachowaniem abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu uczestniczących w terapii ambulatoryjnej. Pacjenci badani byli dwukrotnie: na początku (N=194) i końcu terapii (N=98). Na podstawie dodatkowo przeprowadzonej ankiety wyodrębniono grupę utrzymującą

abstynencję w rok po zakończeniu terapii (A=52) i grupę powracającą do picia (B=28).

W obrębie analizowanych zmiennych stwierdzono szereg istotnych różnic. Na początku leczenia alkoholicy, którzy po roku od jego zakończenia utrzymują abstynencję, różnią się od powracających do picia zarówno w obrębie zasobów zewnętrznych (pozostawanie w związku małżeńskim, posiadanie pracy), jak i zasobów wewnętrznych (preferencja aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, wyższe poczucie własnej wartości i skuteczności, większy optymizm oraz akceptacja uzależnienia).

Pomimo zaistniałych pozytywnych zmian, jakie nastąpiły po terapii, niejednokrotnie bardziej znaczących w grupie alkoholików, którym nie udało się utrzymać abstynencji po terapii, końcowy poziom wielu zmiennych w tej grupie nie przewyższył początkowego poziomu występującego wśród późniejszych abstynentów. Zaobserwowane różnice mogą stanowić wskazówkę do podejmowania od początku terapii określonych oddziaływań skoncentrowanych na osobach przejawiających deficyty w zakresie zasobów osobistych.

Słowa kluczowe: zasoby osobiste, abstynencja, uzależnienie od alkoholu.

PIŚMIENNICTWO

1. Antonowski A (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
2. Cierpiakowska L.(1997). *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
3. Di Clemente C.C. (1986). *Self efficacy and the addictive behaviors*. Journal of Social and Clinical Psychology, 4, 302-315.
4. Gossop M. (1997). *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: PARPA.
5. Halahan C. J., Moos R.H. (1987). *Personal and contextual determinants of coping strategies*. Journal of Personality and Social Psychology, 52,5,946-955.
6. Juczyński Z. (1999). *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*. Przegląd Psychologiczny, 4, 43-57.
7. Makowska H. (1998). *Radzenie sobie ze stresem w grupie leczących się alkoholików*. Przegląd Psychologiczny, 41/3,4,103-109.
8. Masel C. N.(1996). *The effects of coping on adjustment: re-examine the goodness of fit model of coping effectiveness*. Anxiety, Stress and Coping, 9,279-300.
9. Mellibruda J. (1999). *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin*. Warszawa: IPZ.
10. Moos R. (1992). *Stress and coping theory and evaluation research*. Evaluation Review, 16/5,534-553.
11. Moos R. H., Schaefer J.A. (1993). *Coping Resources and Process: Current Concepts and Mesasures*. W: Goldberger L., Breznits S., (red), Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects, 234, New York: The Free Press.

12. Moos, R.H.; Finney, J.W.; Cronkite, R.C. (1990). *Alcoholism Treatment: Context, Process, and Outcome*. New York: Oxford University Press.
13. Murphy, S., Hoffman, A. (1993). *An empirical description of phases of maintenance following treatment for alcohol dependence*. Journal of Substance Abuse, 5, 131-143.
14. Poprawa R. (1996). *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: G. Dolińska-Zygmunt (red), *Elementy psychologii zdrowia*, 101-137. Wrocław: Wydawnictwo UW.
15. Risk F, Watzl H. (1983). *Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics*. Addictive Behaviors, 243-250.
16. Sandahl C., Lindberg S., Ronnenberg S.(1990). *Efficacy expectations among alcohol dependent patients-A Swedish version of the situational confidence questionnaire*. Alcohol, 25,1, 67-73.
17. Sęk H. (1991). *Psychologiczna prewencja jako obszar badań i zastosowań*. W: H. Sęk (red.), *Zagadnienia psychologii prewencji*, 7-36. Poznań: UAM.
18. Shiffman S. (1997) *Problemy pojęciowe w badaniach nad nawrotami*. W: M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależnieniach*, 125-149. Warszawa: PARPA.
19. Sheridan Ch.L., Radmacher S.A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: IPZ.PTP.
20. Steinglas, P., Wolin, S., Benett, L., Reiss, D. (1987). *The alcoholic family*. New York: Basic Books.