

## „Chcieć to móc” czyli o znaczeniu poczucia własnej skuteczności w modyfikacji zachowań związanych z piciem alkoholu

“To want to be able” – the importance of self-efficacy in behaviour modification in regard to alcohol consumption

Zygryd Juczyński<sup>1</sup>, Artur Juczyński<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych w Łodzi

<sup>2</sup> Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi

**Abstract** – Albert Bandura introduced the concept of perceived self-efficacy in the context of cognitive behaviour modification. Behavioural change is facilitated by a personal sense of control. Self-efficacy, understood as a generalized personality trait, reflecting a personal resource factor to cope with stress in various life domains, plays a crucial role when initiating and maintaining various types of health behaviours. A person who believes in being able to steer events can conduct a more active and self-determined life course.

Perceived self-efficacy has become a widely applied theoretical construct in models of addiction and relapse. Gordon Alan Marlatt et al. have conceptualized five kinds of self-efficacy that are related to stages of motivation and prevention pertaining to addictive behaviours.

Consequently, addiction therapy should take into consideration: 1) the identification of high-risk situations that stimulate drinking, 2) the development and strengthening of perceived self-efficacy, and 3) putting adequate coping strategies into practice. The success in coping with high-risk situations depends significantly on people’s beliefs that risky health behaviours can be changed by personal action.

**Key words:** behaviour modification, self-efficacy, addiction, addiction therapy

**Streszczenie** – Pojęcie spostrzeganej samoskuteczności wprowadził Albert Bandura w kontekście poznawczej modyfikacji zachowań. Poczucie osobistej kontroli ułatwia dokonanie zmiany zachowania. Poczucie własnej skuteczności, rozumiane jako uogólniona cecha osobowości, odzwierciedlająca potencjał jednostki do poradzenia sobie w różnych obszarach życia, odgrywa kluczową rolę we wprowadzeniu i utrzymaniu zachowań zdrowotnych. Osoba, która wierzy, że ma wpływ na zdarzenie, potrafi prowadzić bardziej aktywny i samostanowiący tryb życia.

Spostrzegane poczucie własnej skuteczności stało się szeroko stosowanym konstruktem teoretycznym w modelach uzależnienia i nawrotu. Gordon Alan Marlatt i wsp. wyróżnili 5 kategorii samoskuteczności, dostosowanych do różnych faz motywacji i zapobiegania w odniesieniu do różnych uzależnień.

W każdej terapii uzależnień należy: 1) zidentyfikować sytuacje wysokiego ryzyka, które stymulują do picia, 2) rozwijać i udoskonalać spostrzegane poczucie własnej skuteczności oraz 3) stosować adekwatne strategie zaradcze. Skuteczne radzenie sobie w sytuacjach wysokiego ryzyka zależy w znacznym stopniu od ludzkich przekonań, że ryzykowne zachowania zdrowotne można zmienić poprzez osobiste działanie.

**Słowa kluczowe:** modyfikacja zachowań, poczucie własnej skuteczności, uzależnienia, terapia uzależnień

Praca finansowana ze środków własnych.

## WSTĘP

Nałogowy wzorzec zachowania, niezależnie od tego, czy chodzi o picie alkoholu czy inne sposoby dezadaptacyjnego funkcjonowania, powstaje na podstawie modelowania i naśladowania, a więc procesów mocno uwikłanych w kontekst społeczny. Stąd też w wyjaśnianiu genezy i patomechanizmu powstawania uzależnień szczególne znaczenie przypisuje się koncepcji społecznego uczenia się i teorii atrybucji. W procesie uczenia się, zwłaszcza gdy dochodzi do utrwalania się wzorców zachowań nałogowych, szczególną rolę przypisuje się czynnikom pośredniczącym, a przede wszystkim czynnikom poznawczym, tj. oczekiwaniom oraz przekonaniom o własnej skuteczności (1). Podobnie, w procesie podejmowania decyzji o zmianie zachowania – np. o zaprzestaniu picia, palenia czy zażywania innych środków psychoaktywnych, a następnie o utrzymywaniu abstynencji – oczekiwania i przekonania odgrywają zasadniczą rolę.

Do zmiany zachowania dochodzi łatwiej, gdy osoba ma poczucie wpływu na te zmiany, gdy wierzy, że potrafi podjąć działania, które doprowadzą do pożądaných rezultatów. Takie założenia uwzględnia konstrukt „spoztrzeganej własnej skuteczności” (*perceived self-efficacy*) wprowadzony w roku 1977 przez Bandurę (2) do modelu poznawczej modyfikacji zachowań. Podczas gdy oczekiwania wyniku odnoszą się do możliwych konsekwencji własnego działania, to spostrzegana skuteczność odnosi się do osobistej kontroli nad działaniem. Osoba przekonana, że jest zdolna spowodować dane zdarzenie staje się bardziej aktywna. To poznawcze „mogę” odzwierciedla poczucie kontroli nad własnym środowiskiem i przekonanie posiadania umiejętności poradzenia sobie z wyzwaniami. Jest też optymistycznym spojrzaniem na własne zdolności poradzenia sobie ze stresem.

Artykuł adresowany jest do wszystkich, którzy w różnych okresach swojego życia dokonują zmian swoich dotychczasowych, szkodliwych dla zdrowia zachowań, w tym często zachowań związanych z paleniem tytoniu czy pićem alkoholu. *De facto* dotyczy więc wszystkich, gdyż każdy z wielokrotnie zmieniał swoje zachowania i wszyscy mają poczucie niezrealizowania wielu swoich zamiarów.

Celem artykułu jest próba wyjaśnienia, dlaczego tak wiele zamiarów pozostaje na etapie „dobrych chęci”. Jednym z zasadniczych tego powodów jest brak dokładnej operacjonalizacji zamiaru. W pierwszej części artykułu przedstawiono ogólne założenia dotyczące modelu zmian, który – z tytułu roli przypisanej poczuciu własnej skuteczności – nazwano kompetencyjnym. Model wyróżnia procesy motywacyjne i wolicjonalne, zaś przekonania jednostki, że jest w stanie zrealizować zamiar okazują się rozstrzygające dla przejścia od fazy motywacyjnej do fazy działania (*chcieć to znaczy móc*). Zamiar jest wynikiem ostatniej fazy procesu motywacyjnego. Dobrze sformułowany zamiar zawiera dokładny scenariusz działania oraz przewidywania pojawienia się różnych „sytuacji ryzykownych”, związanych z możliwością tzw. „wpadki”. Przedstawiono różne zamiary, aby pokazać, iż zupełnie inne problemy rodzi wprowadzenie nowej diety, a inne zaprzestanie palenia tytoniu czy powstrzymanie się od picia alkoholu.

W drugiej części artykułu skoncentrowano się na uzależnieniach, omówiono specyficzne rodzaje skuteczności oraz wskazano na znaczenie przekonań i oczekiwań w nawrotach picia. Zwrócono również uwagę na niektóre różnice zachodzące między modelem medycznym a modelami samokontroli.

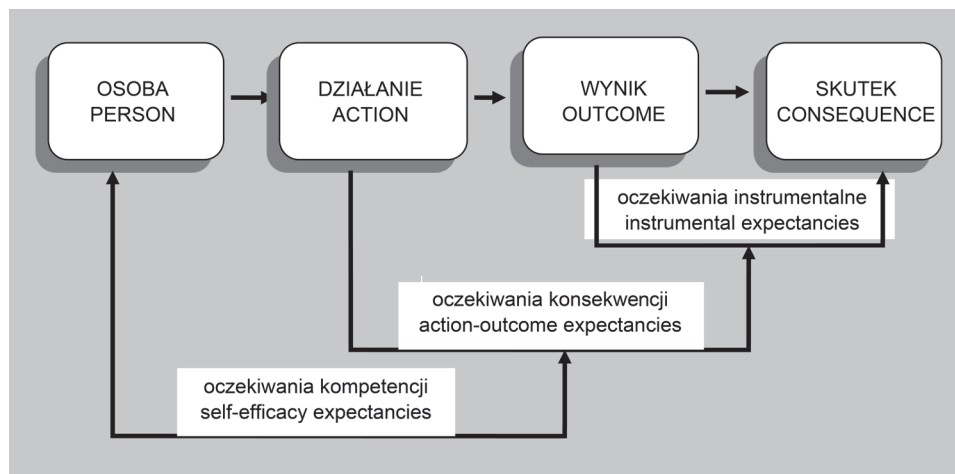
## ZMIANA ZACHOWANIA W UJĘCIU MODELU KOMPETENCYJNEGO

W literaturze przedstawiono szereg modeli wyjaśniających proces modyfikacji zachowań zdrowotnych. Można wśród nich wyróżnić dwa podejścia, pierwsze odwołuje się do teorii podejmowania decyzji (np. model przekonań zdrowotnych Rosenstocka i Beckera), w drugim pierwszorzędą rolę odgrywają przekonania i oczekiwania (np. procesualny model zachowań zdrowotnych). Egzemplifikacją drugiego podejścia, dziś bardziej popularnego, jest model, który – z tytułu roli przypisanej poczuciu własnej skuteczności – można nazwać kompetencyjnym (3). Model opiera się na założeniach teorii poznawczo-behawioralnej i nawiązuje do procesualnego ujęcia Schwarzera (4) oraz teorii woli Kuhla (5).

W formułowaniu zamiaru (np. wprowadzenia diety, rzucenia palenia czy picia) i jego realizacji mamy do czynienia z dwojakiego rodzaju procesami: procesem motywacyjnym prowadzącym do sformułowania zamiaru i procesem wolicjonalnym związanym z podjęciem odpowiednich działań i z ich podtrzymywaniem.

**Proces motywacyjny.** W jego przebiegu można wyróżnić trzy fazy, wyrażające aktualny stopień konkretyzacji zamiaru. W pierwszej, nazwanej *fazą przygotowania*, zmiana zachowania nie jest, co prawda, jeszcze rozważana, lecz tworzy się pewien sprzyjający klimat, co umożliwi pojawienie się pobudek skłaniających do zastanawiania się nad wyeliminowaniem, zredukowaniem czy też wprowadzeniem nowych zachowań zdrowotnych. W *fazie podejmowania decyzji* dochodzi do sformułowania zamiaru. Pierwsze modele zakładały, że działania człowieka wynikają z racjonalnych przesłanek, lecz ważną rolę odgrywa tu również lęk, obawa przed takim zdarzeniem, jak choroba, utrata pracy, rozpad małżeństwa. Liczne badania dotyczące modyfikacji różnych zachowań ryzykownych czy szkodliwych dla zdrowia sugerują, że ważnym czynnikiem skłaniającym do zmiany jest *spostrzeganie zagrożenie*. Zagrożenie to wynika z jednej strony – z subiektywnej oceny prawdopodobieństwa wystąpienia nieprzyjemnego zdarzenia, z drugiej – spostrzeganą wagę (ciężkość) tego zdarzenia. Prawdopodobieństwo podjęcia decyzji o zmianie zależy również od *atrakcyjności jej skutków*, co na ogół sprowadza się do dokonania bilansu przewidywanych korzyści i kosztów.

W *fazie planowania* podstawową rolę odgrywają oczekiwania. Decyzja podjęcia określonego działania jest *funkcją wartości celu* oraz *szans jego realizacji*. Wartość celu wyraża się w przekonaniach jednostki co do oczekiwanych konsekwencji. Oczekiwanie wyniku własnego działania i jego dalszych konsekwencji wyrażają prawdopodobieństwo, z jakim – w przekonaniu jednostki – podjęte działania mogą doprowadzić do pożądanego celu. Aby jednak podjąć określone działanie trzeba być przekonanym,



Rysunek 1.  
 Hierarchia oczekiwań wg Schwarzer (4: 13)  
*Hierarchy of expectancies by Schwarzer (4: 13)*

że posiada się odpowiednie kompetencje. To właśnie poczucie własnej skuteczności wyraża subiektywną ocenę tego, czy możliwości, jakimi dysponuje jednostka są wystarczające do przeprowadzenia zamierzonych działań. Można więc wskazać na pewną hierarchię oczekiwań (por. rys. 1), w której poczucie własnej kompetencji odgrywa zasadniczą rolę.

**Proces wolicjonalny.** Proces motywacyjny kończy się sformułowaniem *zamiaru* (intencji), który inicjuje procesy wolicjonalne, związane z podjęciem odpowiednich działań i ich podtrzymywaniem. W *fazie działania* można wyróżnić czynności kontrolne oraz oceniające wyniki zmiany. Uzyskiwana gratyfikacja wzmacnia działania. Ponieważ jednak wprowadzona zmiana (np. nowa dieta, zaprzestanie picia) wymaga działań długoterminowych, dlatego bardzo ważna jest również ostatnia faza, tj. *faza podtrzymywania działania*. Tutaj mamy do czynienia z oddziaływaniem dwóch przeciwstawnych grup czynników, z jednej strony pozytywnych – związanych z doznawanym wsparciem społecznym, z drugiej negatywnych – w postaci pojawiających się przeszkód. Tu też można spotykać się z niepowodzeniami czy nawrotami, gdy chodzi o uzależnienia.

### Operacjonalizacja zamiaru

Aby zrealizować zamiar trzeba go najpierw przedstawić w postaci możliwie konkretnych zachowań, to jest takich, które podlegają obserwacji i kontroli. I tym różni się „prawdziwy” zamiar od podejmowanych w afekcie (pseudo)zamiarów, czyli *dobrych chęci*, którymi – jak mówi porzekadło – *piekło jest wybrukowane*. Niedostatecznie przemyślane i umotywowane zamiary (dobre chęci), podejmowane w reak-

cji na odczuwane nieprzyjemności czy dolegliwości, podejmowane szybko i łatwo, rzadko udaje się zrealizować. Jak mawiał znany kpiarz i namiętny palacz Mark Twain *rzucić palenie – to najprostszą rzecz na świecie, robiłem to tysiące razy.*

Zamiar musi być zoperacjonalizowany, tj. rozpisany na scenariusze realizacji różnych zachowań, zawierających opis samego działania, cel lub jego przedmiot, kontekst i czas. Chodzi więc o odpowiedzi na pytania: co, kiedy, jak długo, gdzie i (ewentualnie) z kim? A więc np. ktoś biega codziennie, przez całe lato, przez pół godziny, w ustalonym miejscu, a do tego najlepiej w towarzystwie drugiej osoby. Szczegółowy plan działania musi również uwzględniać różne okoliczności utrudniające realizację zamiaru (np. złą pogodę, ważny mecz w TV).

Zamiar *będę codziennie biegał* różni się jednak od zamiaru *nie będę palił, pił ...*, przede wszystkim w wymiarze działania. Ten drugi wyraża efekt końcowy pewnego rodzaju zachowania. W pierwszym wiadomo „kiedy, co i jak”, i najwyższe wyjątkowe okoliczności mogą zakłócić jego realizację. W drugim zakłada się wystąpienie określonych sytuacji ryzykownych, na które trzeba być przygotowanym, ale też trzeba mieć świadomość pojawienia się nowych, nieznanych dotychczas sytuacji, z którymi poradzenie sobie może nastęrczać trudności.

Operacjonalizacja zamiaru polega więc na zidentyfikowaniu – w miarę możliwości – tych wszystkich zachowań, które pozostają w związku z paleniem czy piciem i na przygotowaniu dla nich gotowych scenariuszy zachowań, czy to unikowych czy zastępczych. Z pewnością sytuacji wymagających przewidywania jest więcej dla palenia, niż picia. Conditte i Lichtenstein (6) ustalili 42 sytuacje ryzykowne, w których silna jest potrzeba zapalenia, np. zdenerwowanie, picie alkoholu. Na podstawie pomiaru oczekiwanej kompetencji przewidywali nawroty palenia.

Sam zamiar, co prawda, nie gwarantuje podjęcia i zrealizowania zaplanowanego działania, tym niemniej okazuje się być najlepszym predyktorem zmiany. Jak podkreśla Schwarzer (4), poczucie skuteczności odgrywa kluczową rolę właśnie w planowaniu działań, gdy jednostka dla planowanego zamiaru wyobraża sobie scenariusz zachowania. To, że często mamy do czynienia z zachowaniami niezgodnymi z racjonalnym wyborem, który odpowiadałby oczekiwaniom oraz że tak mało podjętych zamiarów udaje się zrealizować, jest raczej problemem woli uwikłanej w oddziaływanie pomiędzy celami, będącymi we wzajemnym konflikcie i celami, które często są skojarzone z silnymi emocjami (7).

## **Regulacyjna rola poczucia skuteczności w zmianie zachowań**

Albert Bandura (2) zdefiniował pojęcie „spozstrzeganej samoskuteczności” jako przekonanie o tym, że jest się w stanie zainicjować i zrealizować zaplanowane działanie. Autor wyróżnił trzy właściwości spozstrzeganej skuteczności:

- 1) poziom (*magnitude*) oznaczający stopień trudności zadania, które może być oceniane jako łatwe lub trudne;
- 2) ogólność (*generality*) związana z wielością różnych sytuacji, do których odnosi się osobiste kompetencje;

3) siła (*strength*), tj. stopień pewności wytrwania w realizacji podjętego zadania, mimo pojawiających się trudności.

Innymi słowy, w poczuciu własnej skuteczności można wyróżnić element **siły**, określający wielkość dążenia do poszukiwania rozwiązania danego zadania oraz element **wytrwałości** potrzebny do poradzenia sobie z zadaniem. Ten pierwszy jest bardziej „zaangażowany” w procesie motywacyjnym, drugi – w procesie działania, zwłaszcza w fazie podtrzymywania działania. W motywacji chodzi o wybór sytuacji, preferencje dla określonych czynności, formułowanie zamiaru. W procesie wolicjonalnym następuje zamiana intencji na rzeczywiste działanie i jego podtrzymywanie, mimo różnych przeciwności (4, 8). Zaprezentowany model zmiany zachowania nazwano kompetencyjnym, gdyż to poczucie własnej skuteczności (kompetencji) ważne jest zarówno w fazie planowania, która zamyka proces formułowania zamiaru i po której – dzięki sile woli – następuje podjęcie działania, jak i w całym procesie wdrażania zmiany, wymagającym wytrwałości w pokonywaniu trudności i wreszcie – w podjęciu ponownego działania w przypadku niepowodzeń.

Przekonania jednostki, że jest w stanie zrealizować zamiar okazują się rozstrzygające dla przejścia od fazy motywacyjnej do fazy działania. Inaczej mówiąc, chcieć to znaczy móc. Znany fragment mickiewiczowskiej pieśni filaretów *mierz siły na zamiary a nie zamiar podług sił* jest wezwaniem do realizacji szczytnych i trudnych celów. Mierzyć siły na zamiary oznacza dostosować swoje siły do zamiarów, a więc postawić sobie ambitne cele, dla których poszukuje się siły do ich osiągnięcia. Alternatywą jest formułowanie zamiarów na miarę posiadanych sił i środków. Chcąc tego co mogę, z góry przekreślam wszystkie te marzenia, które wydają się zbyt trudne do zrealizowania, natomiast móc to czego chcę sprawia, że im większe zamiary, tym jestem silniejszy. „**Chcieć to móc**” oznacza, że jeśli tylko czegoś zechcesz, to możesz to zrobić. Pragnienie czegoś pomaga znaleźć siły na osiągnięcie tego. Zazwyczaj to, co możliwe jest postrzegane jako mało atrakcyjne.

Czy jednak nie jest to *porywanie się z motyką na słońce*? Poczucie własnej skuteczności, aby spełniało rolę regulacyjną musi uwzględniać rzeczywiste możliwości jednostki. Dlatego rozróżnia się **funkcjonalne poczucie skuteczności**, związane z oczekiwaniami sukcesu, uzasadnione własnymi możliwościami i **defensywne** wyrażające się w nierealistycznych oczekiwaniach. Nie można jednak zapominać o tym, że przekonania odnoszące się do własnej skuteczności wpływają na ocenę własnych zasobów w sytuacji stresowej i wybór intencji działania. Jak stwierdzają Locke i Latham (9), im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie ludzie i tym większe jest ich zaangażowanie w podjęte zachowanie, nawet w obliczu piętrzących się trudności. Wiara w swoje możliwości sprzyja osiągnięciu sukcesu i wyzwala dodatkową energię (10).

Poczucie skuteczności różnicuje sposób myślenia, odczuwania i działania. Jego wysoki poziom zwiększa sprawność myślenia i motywację do działania. Niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się z depresją, lękiem, bezradnością (8). Brak poczucia własnej skuteczności, jak podkreśla Bandura (11), może obniżyć do zera potencjał

motywacyjny nęcących oczekiwań dotyczących wyniku działania. Wiele zamiarów już na samym początku jest skazanych na niepowodzenie, gdyż ich wykonawcom brak kompetencji (12, 13, 14).

Znaczenie poczucia własnej skuteczności w zmianie zachowań potwierdzono w licznych badaniach, w tym również wśród osób uzależnionych od alkoholu. Badania Chodkiewicza (15) wykazały, że wysokie poczucie skuteczności, mierzone na początku leczenia, jest predyktorem utrzymywania abstynencji przez uzależnionych mężczyzn w okresie 12 miesięcy po leczeniu; ponadto wykazały, że w trakcie terapii może także nastąpić wzrost poczucia skuteczności. Jest ono również wyznacznikiem gotowości do zmiany zachowań (16) i utrzymania abstynencji (17). Innymi słowy, wysokie poczucie własnej skuteczności pozwala na przewidywanie podjęcia zamiaru wprowadzenia i utrzymania abstynencji po ukończonej terapii. Z kolei jego niski poziom można w pewnym stopniu zmienić w trakcie terapii, o czym wspomniano w podsumowaniu.

## SPECYFICZNE RODZAJE SKUTECZNOŚCI W ODNIESIENIU DO UZALEŻNIENI

Spostrzegana skuteczność jest znaczącym konstruktem teoretycznym w kilku modelach uzależnień i nawrotów (18, 19). Proces odzwyczajania się od picia przebiega w kilku fazach i bardzo istotne jest, aby uwzględnić specyfikę fazy, w której znajduje się dana osoba. Marlatt i wsp. (20) wyróżnili 5 kategorii samoskuteczności, dostosowanych do różnych faz przebiegu uzależnienia:

- a) skuteczność w odporności (*resistance self-efficacy*)
- b) skuteczność w redukcji szkód (*harm-reduction self-efficacy*)
- c) skuteczność w działaniu (*action self-efficacy*)
- d) skuteczność w radzeniu sobie (*coping self-efficacy*)
- e) skuteczność w powrocie (*recovery self-efficacy*).

**Skuteczność w odporności** oznacza zaufanie do własnych zdolności unikania zażywania substancji, co wymaga odporności na naciski społeczne. Presja społeczna i niskie poczucie skuteczności są predyktorami zażywania. Tę kategorię skuteczności można kształtować poprzez trening zachowań asertywnych.

**Skuteczność w redukcji szkód** – w przeciwieństwie do poprzedniej fazy, odnoszącej się do prewencji pierwotnej – pozostaje w związku z prewencją wtórną i polega na zaufaniu do swoich zdolności redukcji ryzyka w sytuacji kontaktu ze środkiem. Bardzo ważne jest, aby próby palenia czy picia, podejmowane w pewnym okresie rozwoju przez większość dzieci i młodzieży, nie stały się drogą do uzależnienia. Poczucie skuteczności w redukcji szkód obejmuje nie tylko kompetencje i umiejętności, lecz także optymistyczne przekonanie o kontrolowaniu zagrażającego ryzyka.

**Skuteczność w działaniu** to koncentrowanie się na zachowaniu pożądanej abstynencji (bądź kontrolowanym zażywaniu). Dla osoby w fazie rozważania podjęcia

decyzji pomocne są optymistyczne przekonania, zawarte w planowanym scenariuszu sposobów powstrzymania się od zażywania, wyobrażanie sobie odpowiednich sytuacji i działanie w sposób instrumentalny. Tego typu skuteczność okazała się dobrym predyktorem przewidywania nawrotów, ale ograniczało się to jedynie do skuteczności po leczeniu (8). Na ogół, poczucie skuteczności przed leczeniem nie pozwala przewidywać nawrotów, w przeciwieństwie do skuteczności po leczeniu. Poczucie skuteczności przed terapią nie opiera się na osobistych doświadczeniach z „rzucaniem” picia czy palenia, stąd nie jest predyktorem powodzenia.

**Skuteczność w radzeniu sobie** odnosi się do antycypowania sposobów radzenia sobie z nawrotami. Po podjęciu skutecznej próby, ważne staje utrzymanie tego stanu, gdyż osoba podlega konfrontacji z sytuacjami wysokiego ryzyka, doświadczając negatywnych emocji czy pokus w pozytywnych sytuacjach społecznych. Zdarzające się wpadki powinny mobilizować do podejmowania alternatywnych strategii zaradczych. Celem treningu zapobiegania nawrotom jest aranżowanie różnych sytuacji, które wspomagają skuteczność radzenia sobie.

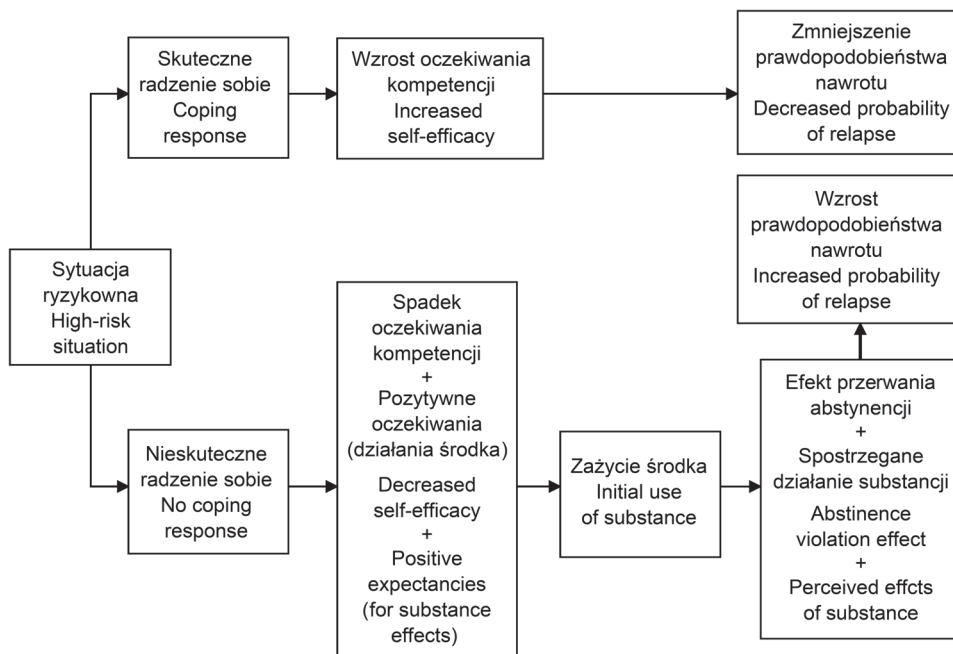
**Skuteczność w powrocie** jest powiązana ze skutecznością radzenia sobie i z drugiej strony może dotyczyć odporności bądź redukcji szkód. Jeżeli mamy do czynienia z wpadką, to osoba może stać się ofiarą „efektu przerwania abstynencji”. Znaczący wpływ wywiera tu sposób wyjaśniania (atrybucja) swojej wpadki jako uwarunkowanej czynnikami wewnętrznymi, stałymi i ogólnymi, a ponadto dramatyzowanie zdarzenia i spostrzeganie go jako całkowitej klęski (16). Tymczasem osoba z wysokim poczuciem własnej skuteczności unika tego typu konsekwencji, czyniąc odpowiedzialnymi za zdarzenie sytuacje wysokiego ryzyka i znajdując sposób kontrolowania szkód oraz odbudowania nadziei. Skuteczność w powrocie do abstynencji po wpadce może więc paradoksalnie pomagać w nabyciu odporności i podtrzymaniu zmiany. Interwencja kliniczna w tym przypadku koncentruje się na specyficznych strategiach powrotu, przeglądzie i reatrybucji sytuacji, wskazywaniu różnych alternatywnych sposobów radzenia sobie i poszukiwaniu bezpośrednich planów naprawczych. Ta kategoria skuteczności pomaga w szybkim powrocie na ścieżkę utrzymywania zmiany. Haaga i Stewart (21) stwierdzili, że nie wysoki, lecz umiarkowany poziom skuteczności w powrocie daje najlepsze efekty (w kontynuacji abstynencji).

### **Znaczenie przekonań i oczekiwań w nawrotach picia**

Pojęcie „nawrotu” jest różnie rozumiane w zależności od przyjętego modelu uzależnienia. Model medyczny kładzie akcent na fazę leczenia, stąd też wpadka jest dowodem nieskutecznego leczenia, natomiast w modelach samokontroli odzwyczajanie jest efektem na ogół długiego procesu uczenia się, w którym może mieć miejsce nawrót picia. Odróżnia się „wpadkę”, oznaczającą pojedynczy epizod złamania abstynencji, od „nawrotu” to jest długotrwałego używania substancji mającego miejsce po wpadce (22).

W modelu nawrotów, zaproponowanym przez Marlatta i Gordon (18), największe znaczenie przypisuje się sytuacjom ryzykownym oraz przekonaniom dotyczącym





Rysunek 2.

Poznawczo-behawioralny model nawrotów wg Marlatta i Gordon (18: 38)  
*Cognitive-behavioral model of relapse by Marlatt, Gordon (18: 38)*

kontroli. Sytuacje wysokiego ryzyka to dla osoby uzależnionej sytuacje, w których nasila się poczucie dyskomfortu fizycznego i psychicznego, wzrasta natężenie stresu, pojawiają się konflikty społeczne, wzmaga się presja społeczna. W tych sytuacjach ma miejsce trzy czwarte nawrotów picia, brania narkotyków i palenia tytoniu (23). Silne poczucie kompetencji umożliwia aktywne radzenie sobie, zaś pokonanie tej sytuacji wzmacnia kompetencje i zwiększa prawdopodobieństwo uniknięcia nawrotów w przyszłości (por. rys. 2).

O ile w procesie motywacyjnym, którego zwieńczeniem jest decyzja o zmianie, bardzo ważną rolę odgrywa oczekiwanie własnej skuteczności, o tyle w nawrotach podobną rolę spełnia oczekiwanie pozytywnego skutku i natychmiastowej gratyfikacji. Picie alkoholu oznacza lepsze samopoczucie, wesołą zabawę, odprężenie, większą akceptację siebie. Tego typu oczekiwania odwołują się do wcześniejszych doświadczeń i emocji towarzyszących pierwszym wypijanym dawkom i stereotypowym przekonaniom. W nawrotach działa więc wyuczony mechanizm „działanie – wynik – oczekiwanie” (*jeżeli się napiję, to zmniejszy się mój niepokój*). Przekonanie, że w sytuacji ryzykownej osiągnie się oczekiwane pozytywne zmiany wiąże się z ograniczonym poczuciem kompetencji do poradzenia sobie z tą sytuacją.

Obraz ten nie musi być zupełnie negatywny, jeżeli z tej wpadki wyciągnie się jakąś naukę. A więc można skonstatować, iż tego typu sytuacje są zbyt ryzykowne

i powinno się ich w przyszłości unikać oraz bardziej realistycznie szacować zarówno sytuację, jak i własne zasoby.

Ważne są rodzaj i sposób psychologicznego przepracowania wpadki. W modelu choroby nawrót jest kompletną klęską, a przerwanie abstynencji to wytyczenie dalszych losów, którym nie można zapobiec. Konsekwencją takiego podejścia są dalsze zachowania ryzykowne. Z małego, być może, błędu powstaje długotrwały nawrót. Marlatt (23) nazywa to „efektem złamania abstynencji”, którego nasilenie zależy od włożonego dotychczas wysiłku w osiągnięcie abstynencji, czasu jej trwania itp. W „przepracowywaniu wpadki” główną rolę odgrywają dwa procesy poznawcze, tj. dysonans poznawczy i sposób atrybucji przyczyn.

**Dysonans poznawczy** jest wynikiem tego, że zbudowane przez siebie przekonania (*jestem abstynentem*) kolidują przez wpadkę z własnym doświadczeniem. Powstały konflikt można rozwiązać zmieniając swoje zachowanie (*dalej pozostaję abstynentem*) albo też pokazując obraz siebie, jako alkoholika, który nie potrafi kontrolować picia.

**Atrybucja**, czyli wyjaśnienie swojej wpadki, pozostaje w związku ze znaczeniem „efektu przerwania abstynencji”. Niekorzystne jest, gdy ktoś spostrzega siebie jako sprawcę, ponieważ wiąże się z tym poczucie winy i utraty kontroli. Te dwa elementy można zróżnicować. W sytuacji ryzykownej można przypisać przyczynę błędu swojej niekompetencji (atrybucja „wewnętrzna–stała”), co jest niekorzystne, gdyż zmniejsza oczekiwania co do kompetencji w przyszłości. Lepsza jest atrybucja „zewnętrzna–stała”, tj. ocena sytuacji jako zbyt ryzykownej i za trudnej. Taki sposób atrybuowania nie obniża poczucia wartości jednostki i pozwala unikać tego typu sytuacji czy też podejmować działania prewencyjne (*nie trzymam alkoholu w domu, na wypadek przyjscia gości*). Jeżeli sposób wyjaśniania zdarzenia obejmuje wymiary: przyczyna „wewnętrzna–stała–ogólna”, wtedy łatwo o nawrót. Mniej dramatyczne, a czasem bez dalszych konsekwencji, może być atrybuowanie wpadki jako „zewnętrznej–zmiennej–specyficznej”.

Przyczyna może być również przypisana słabym strategiom zaradczym (atrybucja „wewnętrzna–zmienna”), co prowadzi wprawdzie do poczucia winy (*powiniennem włożyć więcej wysiłku, aby nie ulegać*), lecz zawiera również elementy konstruktywne, umożliwiające dalsze działania (*następnym razem będę się temu dłużej przeciwstawiać*). Na dłuższą metę jest ważne, czy wpadki przypisuje się czynnikom zewnętrznym czy wewnętrznym, gdyż od tego zależy możliwość kontroli działania, którą człowiek podejmuje w sytuacji ryzyka. Nawrót jest łatwiej znieść psychicznie, gdy wyjaśnia się go przyczynami zewnętrznymi (4, 8).

## PODSUMOWANIE

Z punktu społeczno-poznawczego kluczowymi składnikami każdej psychologicznej terapii uzależnień powinny być: 1) identyfikacja sytuacji wysokiego ryzyka, które stymulują do zażywania środka, 2) rozwój i doskonalenie spostrzeganej skuteczności

oraz 3) zastosowanie adekwatnych strategii radzenia sobie. Te trzy elementy można opisać jako składniki procesów samoregulacji, za których pośrednictwem jednostka monitoruje swoje reakcje w sytuacjach wymagających wysiłku, ocenia swoje zasoby radzenia sobie, tworzy optymistyczne przekonania, plany przebiegu działania, podejmuje mniej czy bardziej ryzykowne zadania i ocenia ich wyniki (8).

Oczekiwania, które odgrywają kluczową rolę w fazie planowania zamiaru, można odnosić do zakładanego wyniku, jego dalszych konsekwencji oraz do poczucia własnej skuteczności (por. rys. 1). To ostatnie wyraża subiektywną ocenę własnych kompetencji co do skuteczności dokonania planowanych zmian. Oczekiwania kompetencji ujmowane są na ogół jako bardzo specyficzne procesy poznawcze, dotyczące ściśle określonego działania w konkretnej sytuacji. Na bazie dotychczasowych doświadczeń, w których można było poradzić sobie z daną sytuacją ryzykowną (np. nie zapalić czy nie wypić), tworzy się zaufanie do własnych umiejętności. Jednostka wypracowuje sobie różne strategie zaradcze i wie, że w danej sytuacji może z nich skorzystać. W odniesieniu do pewnych sytuacji ryzykownych, a zwłaszcza do sytuacji nowych, może jednak nie mieć żadnych pozytywnych doświadczeń, może je natomiast obserwować u innych i naśladować. Kompetencje można więc zwiększać w wyniku własnych doświadczeń, zarówno tych, które kończyły się powodzeniem, jak i niepowodzeniem. Odnoszone sukcesy pozwalają na modyfikację przekonania o własnej skuteczności w kierunku jego zwiększenia. Efekt, polegający na zmianie przekonania o własnej skuteczności, ulega generalizacji. Kumulacja sukcesów wywiera zatem wpływ na przekonanie o własnej skuteczności i oczekiwanie podobnej skuteczności w przyszłych sytuacjach (10).

Przekonanie o własnej skuteczności może być kształtowane na wiele sposobów, a przede wszystkim poprzez: 1) bezpośrednie doświadczenia, dzięki spostrzeganiu związków zachodzących między osobistymi działaniami (wysiłkami) a ich konsekwencjami, co daje największe wzmocnienie dla poczucia własnej skuteczności, 2) pośrednie doświadczenia w postaci bezpośrednich obserwacji innych ludzi, 3) symboliczne doświadczenia odwołujące się do przykładów innych osób, perswazji oraz 4) poprzez stany fizjologiczne i wzbudzone emocje (2).

To, w jakim stopniu oczekiwanie kompetencji wpływa na powodzenie czy niepowodzenie w przeprowadzeniu zmiany zależy od szeregu czynników, np. od oszacowania stopnia trudności sytuacji ryzykownej. Przewidywanie pojawienia się trudnych sytuacji w związku z zachowywaniem abstynencji, ale wykluczających nawroty picia, prowadzi do pozytywnej samooceny i oczekiwań, że w przyszłości z wszystkimi tak trudnymi sytuacjami będzie sobie można również poradzić. Innym czynnikiem jest wielkość zainwestowanego wysiłku – im mniejszym wysiłkiem osiągnęło się pożądaną efekt, tym częściej oczekuje się, że w podobnych sytuacjach będzie można sobie poradzić. Znaczenie ma również spostrzegane wsparcie społeczne, jeżeli sam sobie poradziłem, to wzrasta zaufanie do własnych kompetencji.

Okazuje się, że przekonania to często bardziej kwestia bardziej wiary niż logiki, wynikającej z racjonalnego myślenia niż z posiadanej wiedzy czy wykształcenia. Być

może stąd bierze się duża skuteczność tych terapeutów, którzy sami poważnie chorowali czy doświadczyli uzależnienia. Własne przeżycia i związane z tym przekonanie pozwalają na autentyczną identyfikację z człowiekiem potrzebującym pomocy. Łatwiej wtedy o empatię i wsparcie. Wykształcenie daje wiedzę o uzależnieniu, natomiast własne doświadczenie pomaga w zrozumieniu, co tak naprawdę dla człowieka oznacza uzależnienie.

## PIŚMIENNICTWO

1. Cierpiałkowska L (2006) Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień (na przykładzie alkoholizmu). W: Cierpiałkowska L (red.) *Oblicza współczesnych uzależnień*. Poznań: Wydawnictwo naukowe UAM, 17–24.
2. Bandura A (1977) A self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215.
3. Juczyński Z (2001) *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
4. Schwarzer R (1996) *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, 2 wyd. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
5. Kuhl J (1985) Volitional mediators of cognition-behavior consistency: self-regulatory processes and action versus state orientation. W: Kuhl J, Beckman J (red.) *Action control: from cognition to behavior*. New York: Springer, 101–128.
6. Conditte M, Lichtenstein E (1981) Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648–658.
7. Pervin LA (1996) Teoria celów i problem woli. W: Januszewski A, Oleś P, Otrębski W (red.) *Studia z psychologii w KUL*, tom 8. Lublin: RW KUL, 11–25.
8. Schwarzer R, Fuchs R (1995) Self-efficacy and health behaviours. W: Conner M, Norman P (red.) *Predicting health behaviours*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 163–196.
9. Locke E, Latham G. (1990) *A theory of goal setting and task performance*. New York: Prentice Hall.
10. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*, 2 wyd. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
11. Bandura A (1994) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
12. Schwarzer R (1997) Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H (red.) *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 175–205.
13. Juczyński Z (1998) Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 14, 54–63.
14. Juczyński Z (2000) Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodziensis, Folia Psychologica*, 4, 11–24.
15. Chodkiewicz J (2005) Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (1), 39–45.
16. DiClemente CC, Doyle SR, Donovan D (2009). Predicting treatment seekers' readiness to change their drinking behavior in the COMBINE Study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 33 (5), 879–92.
17. Laudet AB, Stanick V (2010) Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 4, 317–327.
18. Marlatt GA, Gordon JR (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

19. Witkiewicz K, Marlatt GA (2005) Emphasis on interpersonal factors in a dynamic model of relapse. *American Psychologist*, 60, 341–342.
20. Marlatt GA, Baer J, Quigley L (1994) Self-efficacy and addictive behavior. W: Bandura A (red.) *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 289–316.
21. Haaga D, Stewart B (1992) Self-efficacy for recovery from a lapse after smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 24–28.
22. Wojnar M, Ślufarska A, Jakubczyk A (2006) Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 1: Definicje i modele. *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 4, 379–394.
23. Marlatt GA (1985) Cognitive factors in the relapse process. W: Marlatt GA, Gordon JR (red.) *Relapse prevention*. New York: Guilford, 128–200.

Adres do korespondencji  
Zygryd Juczyński  
Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej  
i Nauk Społecznych  
ul. Kamińskiego 21, 90-229 Łódź  
tel. 601 822 265  
e-mail: zjucz@uni.lodz.pl

Otrzymano: 02.12.2011

Przyjęto: 30.04.2012