

JAN F. TERELAK, JUSTYNA DZIĘGIELEWSKA
Instytut Psychologii – UKSW

STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM A SKUTECZNOŚĆ TERAPII UZALEŻNIEŃ ALKOHOLIKÓW

WPROWADZENIE

Zainteresowanie szkodliwymi skutkami nadużywania alkoholu i poszukiwanie sposobów radzenia sobie z nałogiem ma bardzo długą historię, niewiele krótszą niż pisana historia cywilizacji. Spożywanie alkoholu pierwotnie było elementem obrzędów. Następnie upowszechniło się w formie biesiad, a to z kolei szybko zmieniło się w zwyczaj. Stosowany rytualnie, leczniczo, jako pożywka i jako używka, może pozostawić za sobą zamieszanie, ból, chorobę i tragedię. Używanie i nadużywanie alkoholu szło w parze ze sobą we wszystkich kręgach kulturowych. W wielu przypadkach okazjonalne picie powodowało uruchomienie się psychologicznego mechanizmu uzależnienia od alkoholu, a co za tym idzie braku kontroli nad ilością spożywanego trunku.

Obecnie w Stanach Zjednoczonych alkohol przyczynia się do co dziesiątego zgonu wśród ludzi dorosłych i jest trzecią w kolejności przyczyną śmierci¹. Polskie statystyki niewiele się różnią od amerykańskich. Statystyczny polski pacjent leczenia odwykowego to mężczyzna (średni wiek 46 lat), pochodzący z dużego lub średniej wielkości miasta, posiadający jedno lub dwoje dzieci, o ustabilizowanej sytuacji rodzinnej i zawodowej (choć istnieje spora grupa osób bezrobotnych i rozwiedzionych)².

Alkoholizm jest często odpowiedzią na stres życia codziennego i w obecnych czasach predestynuje do miana choroby cywilizacyjnej. Stres taki nazywa-

¹ Por. J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć alkohol*, PZWL, Warszawa 1996, s. 41-42.

² Dane na podstawie programu badawczego Analiza Przebiegu i Efektów terapii Alkoholików „APETA” (program zaprojektowany i prowadzony od 1994 r. przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego). Koncepcja ta wywodzi się z nurtu psychologii behawioralnej i opiera się na założeniach uczenia się społecznego. Por. P. Monti, D.B. Abrams, N.L. Cooney, *Psychologiczna Terapia uzależnienia od alkoholu*, Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1994.

ny jest przez R.S. Lazarusa „utrapieniem”³, które wiąże się z irytacją, frustracją i niepokojącymi incydentami, zdarzającymi się w kontakcie z otoczeniem.

Warto podkreślić, że słowa „alkoholizm” jako nazwa zaburzenia i „alkoholik” jako nazwa człowieka pojawiły się dopiero w połowie XIX wieku, kiedy szwedzki lekarz Margus Huss wprowadził te pojęcia do opisu szkodliwych konsekwencji nadmiernego picia alkoholu. Od tego czasu powstało wiele różnych sposobów myślenia o naturze problemów alkoholowych i sposobach postępowania z osobami uzależnionymi.

Alkoholizm, podobnie jak każda inna choroba, rozwija się w czasie, a wczesna interwencja pozwala proces chorobowy zatrzymać. Terapeuci potrafią zaproponować sposoby i środki, które będą sprzyjać całkowitej abstynencji. Rzadko stosowana jest w Polsce metoda leczenia pozwalająca osobie uzależnionej na powrót do kontrolowanego picia. Dlatego w Polsce mówimy raczej „trzeźwy alkoholik”, a nie „były alkoholik”.

Metoda leczenia skoncentrowana na nauce osoby uzależnionej powrotu do nieszkodliwego spożywania alkoholu zyskuje już zwolenników w Stanach Zjednoczonych i także w Polsce. Przedmiotem niniejszej pracy jest wstępna ocena skuteczności strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia od alkoholu, opartej na psychologicznych mechanizmach uzależnienia Jerzego Mellibrudy⁴. Skuteczność tej terapii ma się ujawniać w wyborze strategii radzenia sobie ze stresem zorientowanej na problem oraz poczuciu sensu uczestnictwa w terapii osób jej poddawanych.

1. STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM W TRANSAKCYJNEJ TEORII STRESU RICHARDA S. LAZARUSA I SUSAN FOLKMAN

Zgodnie z założeniami Transakcyjnej Teorii Stresu R. Lazarusa i S. Folkman⁵, stres wynika z braku równowagi między wymaganiami stawianymi przez środowisko a możliwościami zaradczymi jednostki. Konsekwencją takiego podejścia teoretycznego jest rozumienie uzależnienia od alkoholu jako próby mało konstruktywnego przystosowania się do sytuacji stresu, będącej konsekwencją obniżonych zdolności człowieka do antycypacji, czyli planowania i przewidywania przyszłych zdarzeń⁶.

³ Por. R.S. Lazarus, *Utrapienia życiowe mogą być niebezpieczne dla zdrowia*, Nowiny Psychologiczne (1983)1, s. 8-15.

⁴ Por. J. Mellibruda, *Psychoterapia uzależnienia od alkoholu*, Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia (1999)6, s. I-VIII; J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień: Teoria i praktyka*, IPZ, Warszawa 2006.

⁵ Por. R.S. Lazarus, S. Folkman, *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York 1984.

⁶ Por. R.S. Lazarus, *Towards the understanding and effective treatment of alcoholism*, South African Medical Journal (1965)39, s. 736-741.

R. Lazarus⁷ wyróżnia dwa procesy poznawcze oceniające relacje między podmiotem a środowiskiem, a mianowicie poznawcze wartościowanie i radzenie sobie ze stresem. Poznawcze wartościowanie jest to proces, dzięki któremu jednostka ocenia czy określone wydarzenie ma znaczenie dla jej dobrego samopoczucia, a jeśli tak, to w jaki sposób. Ten proces poznawczy obejmuje dwa rodzaje sądów: ocenę pierwotną i wtórną. Podczas pierwotnego wartościowania jednostka ocenia, czy dane wydarzenie zagraża jej w jakiś sposób, tzn. czy ma wpływ na realizowane przez nią cele i jest zgodne z wyznawanymi przez nią wartościami. Podczas wtórnego wartościowania jednostka ocenia, co może zrobić w oparciu o swoje zasoby (np. osobowość, inteligencja, doświadczenie, itp.), aby sobie z daną sytuacją poradzić. Przy czym należy podkreślić, że ocena zagrożenia ujmowana jest z trzech perspektyw: przeszłości – gdy zwracamy uwagę na straty (fizyczne, moralne, społeczne. itp.), teraźniejszości – gdy spostrzegamy straty *hic et nunc* oraz przyszłości – gdy koncentrujemy się na wyzwaniach. Sama jednak ocena pierwotna zagrożenia – bez oceny wtórnej naszych własnych zasobów osobowych (np. doświadczenia, cech osobowości i charakteru, inteligencji, motywacji, itp.) i dostępu do zasobów zewnętrznych (np. wsparcia społecznego, medycznego, edukacyjnego itp.) – nie jest podstawą do stwierdzenia, czy jest ono rzeczywistym stresem. W celu zminimalizowania negatywnych reakcji emocjonalnych w sytuacji wystąpienia stresu, człowiek uruchamia dostępne mu strategie radzenia sobie ze stresem, które Lazarus i Folkman definiują jako „stale zmieniające się (dynamiczne), poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby”⁸.

Powyżej przedstawiona teoria radzenia sobie ze stresem wyjaśnia, że jednostka podejmuje określony wysiłek poznawczy nastawiony na ocenę zagrożenia. Jednakże wśród psychologów zajmujących się problemem stresu i radzenia sobie panuje opinia o niejednoznaczności tego sposobu wyjaśniania, gdyż ocena (wewnętrznych i zewnętrznych wymagań) nie musi być realistyczna – w sensie zgodności z rzeczywistością, a cel nie musi być uświadomiony, aby można było mówić o radzeniu sobie. Takie stanowisko pozwala na włączenie mechanizmów obronnych do sposobów radzenia sobie”, a więc wykorzystywać strategie zaradcze skoncentrowane na emocje⁹.

⁷ Por. tenże, *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, Nowiny Psychologiczne (1986)3-4, s. 2-39.

⁸ Por. R.S. Lazarus, S. Folkman, *Stress, appraisal...*, s.141.

⁹ Por. *Performance under stress*, red. P.A. Hancock, J.L. Szalma, Ashgate Publ. Comp., Aldershot, Hampshire (UK) 2008; I. Heszen-Niejodek, *Radzenie sobie z konfrontacją stresową*, Nowiny Psychologiczne (1991)1-2, s. 13-28; R.S. Lazarus, *Stress and emotion: A new synthesis*, Springer, New York 2006, J.F. Terelak, *Człowiek i stress*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2008.

Strategie radzenia sobie ze stresem pełnią dwie funkcje: (a) instrumentalną – zorientowaną na rozwiązanie problemu, który był źródłem stresu, poprzez zmianę własnego działania (koncentracja na „ja”) albo zmianę zagrażającego otoczenia; (b) regulacyjną – zorientowaną na obniżenie przykrego napięcia emocjonalnego, które przeszkadza w działaniu, bądź na stymulowanie emocji w celu mobilizacji do działania. Można więc wyróżnić na tej podstawie cztery zasadnicze strategie radzenia sobie ze stresem: poszukiwanie informacji, bezpośrednie działanie, powstrzymanie się od działania i procesy intrapsychiczne, które można ująć w dwa typy: (1) typ zorientowany na rozwiązanie problemu (konfrontacja i planowe rozwiązanie problemu); (2) typ zorientowany na emocje (dystansowanie się, unikanie-ucieczka, samoobwinianie się, samokontrola, poszukiwanie wsparcia i pozytywne przewartościowanie).

2. ALKOHOLIZM JAKO NIEKONSTRUKTYWNY SPOSÓB RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Jeden z powszechnie akceptowanych poglądów dotyczących picia alkoholu mówi, że ludzie piją alkohol ponieważ redukuje on napięcie psychofizjologiczne i może służyć jako strategia radzenia sobie ze stresem. Pogląd ukształtował się na podstawie wypowiedzi osób uzależnionych, które zgodnie twierdzą, że muszą się napić, ponieważ przytłaczają je trudy dnia codziennego, konflikty z rodziną, trudne sytuacje w pracy. Alkohol istotnie przynosi minimalizację napięcia i redukcję lęku, błyskawicznie przynosi odmianę. Jeżeli dana osoba nie ma odpowiednich umiejętności radzenia sobie z wymaganiami dnia codziennego, to stara się przywracać utraconą równowagę przy pomocy alkoholu i w ten sposób przystosowuje się do sytuacji.

Pogląd ten ma swoje potwierdzenie w badaniach empirycznych i współczesnej koncepcji uzależnienia wywodzącej się z podejścia behawioralnego, ukształtowanego na podłożu teorii uczenia się społecznego w ujęciu A. Bandury¹⁰. Współczesna koncepcja uzależnienia wywodząca się z podejścia behawioralnego, określa je jako: wzór zachowania nawykowego oraz błędne koło zachowań autodestrukcyjnych. Jest ono związane z efektami warunkowania klasycznego (nabyta tolerancja na alkohol) i warunkowania instrumentalnego (pozytywnie wzmacniana przyjemność po spożyciu alkoholu i negatywnie wzmacniana ulga, związaną z uniknięciem dysforycznych skutków uprzedniego picia)”¹¹. Terapia osób leczo-

¹⁰ Por. A. Bandura, *Teoria społecznego uczenia się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

¹¹ Por. G.A. Marlatt, *Coping and substance abuse: Implications for research, prevention and treatment*, w: *Coping and substance use*, red. S. Schiffman, T.A. Wills, Academic Press Inc, New York 1985.

nych w myśl w/w koncepcji, polega na nauce konstruktywnych zachowań, czyli konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Z medycznego punktu widzenia alkohol to rodzaj środka psychotropowego, który poraża ośrodkowy układ nerwowy. Substancja ta ma zdolność wywoływania psychicznego i fizjologicznego uzależnienia oraz powoduje nieodwracalne uszkodzenie tkanek. Jest to jedna z encyklopedycznych definicji alkoholu. W potocznych opiniach istnieje głęboko zakorzeniona wiara w magiczną moc tej substancji jako środka leczniczego, rozgrzewającego, podnoszącego sprawność seksualną, minimalizującego napięcie i lęk, jednym słowem łagodzącego trudy dnia codziennego. Wiele badań potwierdziło tę potoczną fascynację alkoholem. Z różnych środków chemicznych, takich jak np. leki psychotropowe, narkotyki i alkohol, w autoterapii najczęściej jest stosowany alkohol. Częste używanie alkoholu w celu redukcji w/w zjawisk, jak również w odpowiedzi na stres zwłaszcza chroniczny, powoduje powstanie uzależnienia od tej substancji i ukształtowanie się procesu chorobowego określanego mianem alkoholizmu, czyli uzależnienia od alkoholu.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), zaleca rezygnowanie z posługiwania się terminem „alkoholizm” i proponuje zastąpienie go określeniem „uzależnienia od substancji typu alkoholowego” (*alcohol-type drug dependence*). Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia proponują też posługiwanie się definicją określającą uzależnienie jako: „psychiczny, a czasem również fizyczny stan spowodowany przez interakcję żywego organizmu z substancją chemiczną, charakteryzujący się specyficznymi reakcjami, które zawsze obejmują wewnętrzny przymus do zażywania tej substancji, w sposób ciągły bądź okresowy, w celu doświadczania efektów psychicznych, a czasem w celu unikania przykrości wynikających z braku tej substancji”¹². Od kilkunastu lat postuluje się także traktowanie alkoholizmu jako syndromu choroby (*alcohol dependence syndrom*).

W 1992 roku została wydana rewizja dziesiąta Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Behawioralnych (ICD 10) określająca zaburzenia i sposoby diagnozowania zaburzeń związanych z piciem alkoholu. Jednak według polskich znawców problematyki uzależnienia od alkoholu, kryteria przyjęte w ICD 10, skoncentrowane są głównie na sferze objawowej, bez odniesień do patologicznych mechanizmów odpowiedzialnych za destrukcyjny przebieg tej choroby¹³.

¹² Por. J. Mellibruda, Z. Soboleska-Bała, *Wprowadzenie do psychoterapii uzależnienia*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 2000 (mps).

¹³ Por. tamże.

3. KONCEPCJE TERAPEUTYCZNE LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

3.1. Program leczenia odwykowego w Szpitalu Psychiatrycznym Willmar, w Stanie Minnesota (USA)

W 1949 roku, w Szpitalu Psychiatrycznym Willmar, utworzono eksperymentalny program leczenia alkoholików. Przyjęto założenie, że pacjent uzależniony powinien być leczony z alkoholizmu za pomocą terapii indywidualnej i grupowej.

Choroba ta powinna być traktowana jak inne choroby o charakterze chronicznym (np. cukrzyca czy gruźlica), bez obwiniania pacjenta o wpływ na jej powstanie. Ponieważ prawie wszyscy pacjenci leczeni w tym ośrodku trafili tam przymusowo, nie koncentrowano się na wzbudzaniu ich motywacji do leczenia, lecz na odnajdowaniu związku pomiędzy nałogowymi zachowaniami a problemami psychospołecznymi. Terapia miała na celu nauczenie pacjenta radzenia sobie z chorobą, przy całkowitej rezygnacji z alkoholu. Okres terapii obejmował 60 dni i rozpoczynał się na oddziale detoksykacji. Po tzw. „odtruciu”, pacjenta poddawano diagnozie w celu określenia indywidualnego programu leczenia.

Celem udziału pacjenta w grupie zadaniowej prowadzonej przez doradcę była zmiana destruktywnych postaw ukształtowanych pod wpływem długoletniego picia. Oprócz czynnego udziału w grupie zadaniowej, pacjent ośrodka stawał się również uczestnikiem prowadzonych pięć razy w tygodniu wykładów mających na celu przybliżenie istoty choroby, tzn. przyczyn objawów i skutków uzależnienia. Oferta dla pacjenta obejmowała także indywidualne spotkania z osobistym doradcą – niepijącym alkoholikiem oraz – w przypadku problemów somatycznych, psychologicznych czy małżeńskich – leczenie medyczne lub psychoterapeutyczne. W trakcie pobytu w ośrodku możliwe były spotkania z duchownym w celu przygotowania pacjenta do uczestnictwa w spotkaniach AA.

Model leczenia stosowany przez Ośrodek w Minnesota obejmował trzy fazy. Po przezwyciężeniu zaprzeczania i uznaniu faktu, że jest się alkoholikiem bezradnym wobec alkoholu, personel szpitala dawał oparcie w przypadku podjęcia decyzji o zmianie stylu życia jeszcze w trakcie leczenia. Wypis ze szpitala nie kończył leczenia, a personel planował dla pacjenta dalsze postępowanie lecznicze i wspieranie zmiany.

3.2. Model oddziaływania terapeutycznego w Instytucie Johnsona w Minneapolis

W Instytucie Johnsona podkreślano, że alkoholizm jest chorobą postępującą, podstawową, chroniczną i prowadzącą do śmierci. Główny ciężar terapii spoczywał jednak na terapii grupowej, skoncentrowanej na pogłębieniu rozumienia wła-

snego życia emocjonalnego i mechanizmów obronnych utrudniających proces zmiany osobistej. Innowacją była metoda konfrontacji interpersonalnej, stosowana w celu zburzenia systemu zaprzeczeń i racjonalizacji funkcjonujących w umyśle osoby uzależnionej¹⁴.

3.3. Model terapii uzależnienia oparty na teorii uczenia się A. Bandury

Stanowisko behawiorystów na temat pojawienia się uzależnienia od alkoholu jest dość skonkretyzowane. Według nich człowiek staje się alkoholikiem w procesie uczenia się społecznego. Pod wpływem niekorzystnej sytuacji rodzinnej, nacisku przyjaciół czy stresujących warunków pracy zawodowej alkohol staje się wzmocnieniem pozytywnym. Nałogowe picie kształtowane jest na zasadzie warunkowania, a nawyk wzmocniony poprzez fizjologiczną reakcję na alkohol.

Za działanie terapeutyczne pierwotnie uznawano stosowanie awersyjnych metod odwykowego oddziaływania na alkoholików, czyli wyrabianie negatywnych skojarzeń z piciem poprzez kojarzenie bolesnych doświadczeń czy też wzmacnianie lęku przed skutkami picia. Technikami były szoki elektryczne, prowokowane wymioty, kary dyscyplinarne. Obecnie zaczęto uczyć alkoholików unikania określonych zdarzeń poprzedzających picie, a także konstruktywnych zachowań rozwijających samokontrolę.

3.4. Psycho-bio-społeczny model uzależnienia i strategiczno-strukturalna forma psychoterapii w Polsce

W Polsce od dziesiątków lat posługiwano się nazwą „terapia odwykowa”. Nazwa ta jest reliktem starych czasów, w których alkoholizm był traktowany jako zły nawyk, od którego trzeba odwyknąć w trakcie pobytu w specjalnych placówkach. Oduczania tego dokonywano najczęściej za pomocą stosowania środków farmakologicznych takich jak antikol czy esperal. Od końca lat osiemdziesiątych, w placówkach odwykowych w Polsce stosowana jest nowa forma leczenia uzależnienia od alkoholu polegająca na psychoterapii osób uzależnionych, jak również członków ich rodzin.¹⁵ Podejście strategiczno-strukturalne nawiązuje do

¹⁴ Koncepcja pracy terapeutycznej szczegółowo przedstawiona została przez autora programu w publikacji: V.E. Johnson, *Od jutra nie piję*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1992; Por. także: *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, T. II, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.

¹⁵ Psycho-bio-społeczny model uzależnienia został opracowany przez J. Mellibrudę i współpracujących z nim członków Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Por. J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, Alkoholizm i Narkomania 28(1997)3, s. 277-306.

tw. modelu Minnesota, a następnie do behawioralno-poznawczego nurtu psychoterapii związanego z teorią uczenia się oraz do psychologii humanistycznej. Oparte jest na założeniu, że uzależnienie jest zaburzeniem podstawowym, a nie odmianą innych zaburzeń. Terapia skoncentrowana jest na zatrzymaniu działania mechanizmów uzależnienia, które są charakterystyczne dla osób z problemem alkoholowym.

Podstawowe mechanizmy uzależnienia to: (a) mechanizm nałogowego regulowania emocji; (b) mechanizm iluzji i zaprzeczania; (c) mechanizm rozproszenia i rozdwojenia „ja”. Czynniki wewnętrzne, które aktywizują mechanizmy uzależnienia, to: (a) uszkodzenia organizmu oraz choroby somatyczne; (b) destrukcyjna orientacja życiowa; (c) deficyt praktycznych umiejętności życiowych. Do zewnętrznych czynników aktywizujących mechanizmy uzależnienia autorzy koncepcji zaliczają: (a) sytuacje stresu i podwyższonego ryzyka; (b) trwałe uszkodzenia ważnych relacji społecznych; (c) negatywne konsekwencje społeczne szkodliwego picia.

Podstawowym źródłem strategii terapeutycznej jest zrozumienie pacjenta, a warunkiem do jej prowadzenia utrzymywanie przez niego abstynencji. Konieczne jest także uczestnictwo pacjenta w intensywnym programie terapii profesjonalnej, zarówno w oddziałach stacjonarnych, jak i poradniach, wspieranym przez środowisko wzajemnej pomocy oraz współpracę z członkami rodziny.

Celem omawianej koncepcji jest nie tylko doprowadzenie do utrzymywania abstynencji, ale także przywrócenie osobie uzależnionej zdrowia psychicznego. Podstawowe elementy technologii psychoterapii uzależnienia to: zorganizowany system działań edukacyjnych, autoanaliza zdarzeń, dostarczanie przykładów i wzorów postępowania, wpływ interpersonalny, zarówno indywidualny, jak i grupowy, ćwiczenia umiejętności, przygotowanie do uczestnictwa w środowiskach wzajemnej pomocy. Proces terapeutyczny przebiega na dwóch równoległych poziomach, które wzajemnie na siebie oddziałują. Jeden z nich polega na realizowaniu indywidualnego programu terapii w trakcie spotkań indywidualnych z terapeutą, drugi zaś, na uczestnictwie pacjenta w grupowych zajęciach terapeutycznych. Zasady nawiązania kontaktu terapeutycznego z uzależnionymi w dużej mierze oparte są o autorytet terapeuty, gdyż program terapeutyczny nie jest przedmiotem pertraktacji z pacjentem.

4. BADANIA WŁASNE

Analizując różne podejścia do problemu uzależnienia i obserwując pracę terapeutyczną w placówce działającej w oparciu o podejście do uzależnienia J. Mellibrudy, wysunięto następujące hipotezy badawcze:

- H1: Badani po zakończeniu programu podstawowego strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia uzyskują wyższą samoocenę sensu uczestnictwa w terapii, co świadczy o skuteczności tej formy terapii;
- H2: Badani po zakończeniu programu podstawowego strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia wybierają strategię radzenia sobie ze stresem zorientowaną problemowo;
- H3: U badanych po zakończeniu programu podstawowego strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia wzrasta potrzeba radzenia sobie ze stresem przy zastosowaniu strategii poszukiwania wsparcia społecznego;
- H4: Istnieje pozytywny związek pomiędzy poczuciem sensu uczestnictwa w terapii a wyborem strategii radzenia sobie ze stresem zorientowanych problemowo.

4.1. Materiał badań

Badania psychologiczne były prowadzone w Poradni dla Osób z Problemem Alkoholowym, w której program terapeutyczny oparty jest na koncepcji działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia opracowanych przez Jerzego Melibrudę. Istnienie choroby alkoholowej określano za pomocą diagnozy dokonywanej na podstawie ICD 10.

W badaniach brało udział 35 mężczyzn w wieku od 23 do 56 lat, którzy rozpoczęli cykl podstawowego leczenia w ramach strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia. Po upływie trzech miesięcy ponownie poddano osoby badaniom za pomocą tych samych technik badawczych.

4.2. Metody badania i techniki badawcze

W celu weryfikacji przedstawionych hipotez zastosowano trzy techniki badawcze: Kwestionariusz do badania Strategii Radzenia Sobie ze Stresem (*Ways of Coping Questionnaire*) R.S. Lazarusa i S. Folkman oraz dwie ankiety własnej konstrukcji, a także wywiad kliniczny:

- *Kwestionariusz do badania Strategii Radzenia Sobie ze Stresem*, w polskiej adaptacji WCQ opracowanej przez Irenę Heszen-Niejodek¹⁶, służy do badania następujących strategii: 1) planowe rozwiązanie problemu, 2) walka, 3) dystansowanie się, 4) myślenie życzeniowe, 5) szukanie wsparcia społecznego, 6) dystrakcja, 7) przyjmowanie odpowiedzialności, 8) pozytywne przewartościowanie, 9) samokontrola.

¹⁶ Por. I. Heszen-Niejodek, *Polska adaptacja kwestionariusza S. Folkman i R.S. Lazarusa do badania sposobów radzenia sobie ze stresem (WCQ)*, Uniwersytet Śląski, Katowice 1989 (mps).

Kwestionariusz składa się z dwóch części. W pierwszej części badany opisyje przeżytą ostatnio sytuację stresową. Druga część składa się z 43 pozycji będących opisami konkretnych działań, jakie człowiek stosuje w sytuacji stresowej. Są to działania skoncentrowane na problemie, zmierzające do opanowania źródła stresu oraz zachowania skoncentrowane na emocjach, mające na celu regulację negatywnych emocji wywołanych przez wydarzenia stresowe.

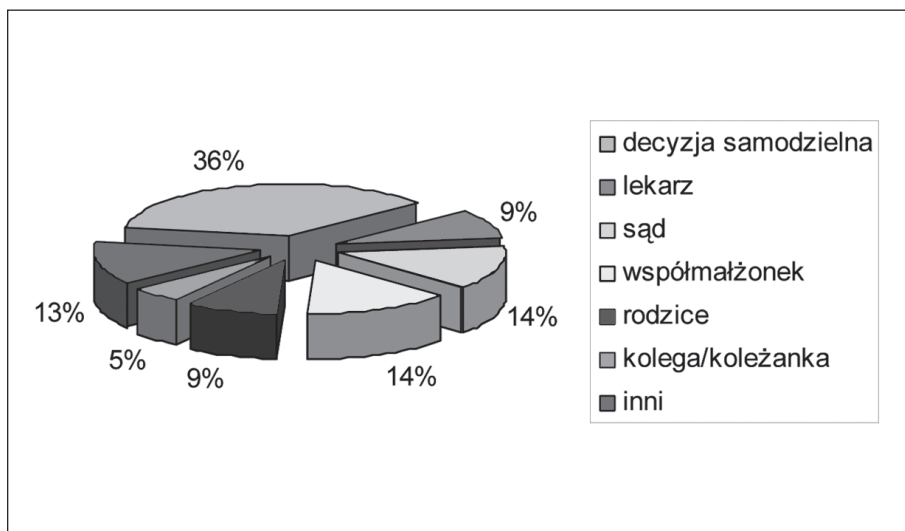
Przy każdej pozycji osoba badana określa na czterostopniowej skali typu Likerta, czy dane zachowanie wystąpiło w związku z opisaną w części pierwszej sytuacją stresową. Odpowiedziom przyporządkowano następujące wartości liczbowe: zdecydowanie nie – 0, raczej nie – 1, raczej tak – 2, zdecydowanie tak – 3.

Dla celów pracy badawczej zmodyfikowano częściowo instrukcje do całego kwestionariusza. Treść jej była następująca: „Proszę przypomnieć sobie sytuację, która miała miejsce ostatnio, a była dla Pana kłopotliwa, stresująca i spowodowała u Pana złe samopoczucie, wymagała wysiłku przy jej załatwieniu, rozwiązaniu. Ważne jest, aby była to sytuacja związana z przeżywaną aktualnie przez Pana fazą abstynencji (powstrzymywania się od picia alkoholu). Proszę opisać krótko tę sytuację. Może to być zdarzenie, które miało miejsce i teraz nie stanowi już problemu; może być też takie, którego skutki są dotychczas odczuwalne. Proszę nie przejmować się stylem opisu i napisać wszystko, co wiąże się z tym problemem oraz co wydaje się Panu ważne w tej sprawie”. Powodem tej zmiany był cel badania sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową przeżywaną w fazie abstynencji.

- *Ankiety* – do badania: (1) Ankieta otwarta, dotycząca długości okresu abstynencji, motywów rozpoczęcia terapii, pierwszych wrażeń, wykształcenia, wieku, statusu cywilnego, form terapii, w jakich pacjent już wcześniej uczestniczył; (2) Ankieta strukturalizowana, służąca do oceny poczucia sensu uczestnictwa w terapii.

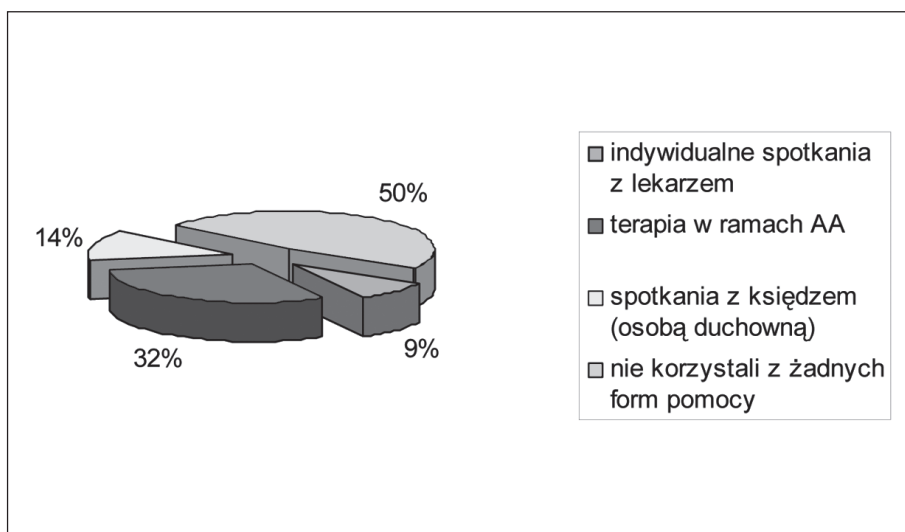
4.3. Wyniki badań

Na podstawie odpowiedzi na pytania otwarte uzyskano następujące dane zawarte w poniższych rysunkach i ujęte procentowo:



Rysunek 1.

Motywy rozpoczęcia terapii, na które wskazywały osoby badane.



Rysunek 2.

Formy terapii, z jakich osoby badane korzystały przed rozpoczęciem strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia – ujęcie procentowe.

Na podstawie analizy statystycznej uzyskano przedstawione poniżej wyniki badań. Porównanie średnich wyników uzyskanych w badaniu I i II ilustruje tabela 1¹⁷.

Tabela 1. Różnice między badaniem I i II w zakresie rozpatrywanych zmiennych (Test t-Studenta dla grup zależnych)

	sd	różnica sd	M	różnica M	t	p
ANK	3,51 2,10	4,70	22,00 24,86	-2,86	-2,86	0,009
WCQ1	4,66 3,76	4,67	10,55 14,59	-4,05	-4,06	0,001
WCQ2	2,48 1,74	2,43	5,32 6,55	-1,23	-2,37	0,027
WCQ3	3,31 3,46	4,46	8,91 7,95	0,95	1,00	0,326
WCQ4	3,35 2,93	3,62	8,36 7,91	0,45	0,59	0,562
WCQ5	5,35 3,40	4,65	8,73 12,45	-3,73	-3,76	0,001
WCQ6	3,20 4,02	4,65	7,64 7,91	-0,27	-0,28	0,786
WCQ7	2,37 21,67	21,30	4,73 10,27	-5,55	-1,22	0,236
WCQ8	3,46 1,69	3,42	6,59 8,09	-1,50	-2,06	0,052
WCQ9	2,05 1,01	2,34	8,00 6,82	1,18	2,37	0,028
ABS	56,03 73,87	34,22	39,77 76,50	-36,73	-5,03	0,001

¹⁷ Legenda: ANK – ankieta ujawniająca poczucie skuteczności terapii w odczuciu osób badanych; WCQ1 – planowe rozwiązanie problemu; WCQ2 – walka; WCQ3 – dystansowanie się; WCQ4 – myślenie życzeniowe; WCQ5 – szukanie wsparcia społecznego; WCQ6 – dystrakcja; WCQ7 – przyjmowanie odpowiedzialności, obwinianie się; WCQ8 – pozytywne przewartościowanie, przemiana wewnętrzna; WCQ9 – samokontrola; ABS1 – długość okresu abstynencji przed terapią; WIEK – wiek osoby badanej; ABS – ankieta ujawniająca poczucie skuteczności terapii; ABS2 – długość okresu abstynencji w trakcie trwania terapii; M – średnia arytmetyczna; sd – odchylenie standardowe; t – test t-Studenta; p – poziom istotności; R – współczynniki korelacji R-Pearsona dla małych prób; p ? 0,05; p ? 0,01; p ? 0,001.

Na podstawie analizy statystycznej przedstawionej w tabeli 1 stwierdzono:

- 1) Badani po zakończeniu programu podstawowego strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia uzyskują wyższy poziom poczucia sensu uczestnictwa w terapii.
- 2) Badani po zakończeniu programu podstawowego strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia wybierają strategię radzenia sobie ze stresem zorientowaną problemowo.
- 3) Badani po zakończeniu programu podstawowego strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia wybierają strategię radzenia sobie ze stresem zorientowaną problemowo i określaną w skali WCQ jako walka.
- 4) U badanych po zakończeniu programu podstawowego strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia wyraźnie wzrasta potrzeba radzenia sobie ze stresem przy zastosowaniu strategii poszukiwania wsparcia społecznego.
- 5) Uczęszczanie na spotkania w ramach strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia od alkoholu przyczynia się do trwania osób badanych w stanie abstynencji.
- 6) Badani po zakończeniu programu podstawowego terapii uzależnienia od alkoholu, odchodzą od sposobu radzenia sobie ze stresem określanego w skali WCQ jako samokontrola (wstrzymywanie negatywnych emocji).

Korelacja między zmiennymi przy użyciu R-Pearsona przedstawiona została w tabeli 2, gdzie stwierdzono ujemną korelację pomiędzy poczuciem sensu uczestnictwa w terapii a strategią radzenia sobie ze stresem określaną w skali WCQ jako dystansowanie się od problemu ($r=-0,32$; $p=0,036$) oraz dodatnią korelację pomiędzy poszukiwaniem wsparcia społecznego a utrzymywaniem abstynencji (zob. tabela 2), gdzie ($r=0,32$; $p=0,034$).

Tabela 2. Macierz korelacji R-Pearsona

	ANK	WCQ1	WCQ2	WCQ3	WCQ4	WCQ5	WCQ6	WCQ7	WCQ8	WCQ9	ABS
ANK	1	0,22	-0,04	-0,32	0,02	0,12	0,03	-0,02	0,06	-0,28	0,17
		p=,151	p=,805	p=,036	p=,900	P=,431	p=,842	p=,911	p=,719	p=,065	p=,270
WCQ1	0,22	1	0,75	-0,24	0,41	0,71	0,41	0,20	0,58	-0,21	0,18
	p=,151		p=,001	p=,121	p=,006	P=,001	p=,007	p=,191	p=,000	p=,175	p=,246
WCQ2	-0,04	0,75	1	-0,07	0,36	0,56	0,33	0,28	0,67	0,08	0,11
	p=,805	p=,001		p=,633	p=,016	p=,001	p=,031	p=,063	p=,001	p=,626	p=,471
WCQ3	-0,32	-0,24	-0,07	1	0,13	-0,28	0,21	0,09	0,00	0,19	-0,10
	p=,036	p=,121	p=,633		p=,405	P=,068	p=,182	p=,557	p=,994	p=,225	p=,520
WCQ4	0,02	0,41	0,36	0,13	1	0,47	0,30	-0,19	0,15	0,31	0,21
	p=,900	p=,006	p=,016	p=,405		P=,002	p=,052	p=,207	p=,343	p=,042	p=,168
WCQ5	0,12	0,71	0,56	-0,28	0,47	1	0,10	-0,01	0,46	-0,15	0,32
	p=,431	p=,001	p=,001	p=,068	p=,002		p=,528	p=,966	p=,003	p=,334	p=,034
WCQ6	0,03	0,41	0,33	0,21	0,30	0,10	1	0,33	0,16	0,10	-0,02
	p=,842	p=,007	p=,031	p=,182	p=,052	P=,528		p=,031	p=,306	p=,523	p=,874
WCQ7	-0,02	0,20	0,28	0,09	-0,19	-0,01	0,33	1	0,10	-0,12	-0,12
	p=,911	p=,191	p=,063	p=,557	p=,206	P=,966	p=,031		p=,537	p=,446	p=,428
WCQ8	0,06	0,58	0,67	0,00	0,15	0,46	0,16	0,10	1	-0,04	0,09
	p=,719	p=,000	p=,001	p=,994	p=,343	P=,003	p=,306	p=,537		p=,799	p=,540
WCQ9	-0,28	-0,21	0,08	0,19	0,31	-0,15	0,10	-0,12	-0,04	1	-0,08
	p=,065	p=,175	p=,626	p=,225	p=,042	P=,334	p=,523	p=,446	p=,799		p=,609
ABS	0,17	0,18	0,11	-0,10	0,21	0,32	-0,02	-0,12	0,09	-0,08	1
	p=,270	p=,246	p=,471	p=,520	p=,168	P=,034	p=,874	p=,428	p=,540	p=,609	

Przechodząc do analizy uzyskanych wyników należy stwierdzić, że główna hipoteza, mówiąca o tym, że alkoholicy po zakończeniu programu podstawowego strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia wybierają sposoby radzenia sobie ze stresem zorientowane na rozwiązanie problemu została potwierdzona. Pierwszy etap badań wykazał, że alkoholicy przed rozpoczęciem terapii, radzą sobie ze stresem, wykorzystując strategię zorientowane na emocje. Już sam fakt bycia alkoholiczkiem świadczy o nieumiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami ina-

czej niż poprzez alkohol. Rozpoczęcie terapii zmusza alkoholika do powstrzymania się od picia i nauczenia się utrzymywania abstynencji. Osoba uzależniona już na początku terapii zostaje pozbawiona „dotychczasowego sposobu na życie”. Najważniejszym celem pracy terapeutycznej na tym etapie jest zmotywowanie pacjenta do podjęcia leczenia i przyjęcia warunków terapii.

Wyniki uzyskane z pierwszego etapu badań potwierdzają doświadczenie kliniczne terapeutów uzależnień o tym, że w momencie rozpoczęcia procesu zdrowienia pojawia się pragnienie natychmiastowej ulgi skojarzonej z piciem alkoholu, nad którym pacjent z trudem panuje. Wybór strategii radzenia sobie ze stresem zorientowanej na emocje jest na tym etapie leczenia jak najbardziej uzasadniony. Mechanizm iluzji i zaprzeczania oraz inne mechanizmy uzależnienia na tym etapie zdrowienia są jeszcze tak ugruntowane, że pacjent ciągle jest w emocjonalnej pułapce, a sięganie po pomoc i uznanie swojej słabości obniża jego poczucie wartości.

Wyniki drugiego etapu badań pokazują, że pacjenci, już po trzech miesiącach aktywnej psychoterapii, próbują planowo rozwiązywać swoje problemy. Przyjęcie tej strategii wiąże się z konstruktywnym i realistycznym podejściem do działania. Hipoteza ta została potwierdzona i wskazuje na skuteczność badanej formy terapii uzależnienia. Wyrazem skuteczności omawianej formy psychoterapii jest również wybór strategii określanej w kwestionariuszu WCQ jako walka. Stosowanie tego mechanizmu polega na niepoddawaniu się wobec zaistniałych trudności i mobilizowaniu wszystkich sił w celu ich pokonania. W skali tej zakładano wyższe wyniki dla osób kończących podstawowy program psychoterapii. Zatem terapia mobilizuje pacjenta do pokonywania problemu uzależnienia i daje pacjentowi siłę do walki z trudnościami, jakie napotyka na swojej drodze do trzeźwości.

Szukanie wsparcia społecznego (skala 5 WCQ), zgodnie z teorią Lazarusa, przejawia się kontaktowaniem z osobami mogącymi przekazać jakieś informacje na temat stresującej człowieka sytuacji oraz pomocy w jej rozwikłaniu, a niekiedy oczekiwaniem współczucia z ich strony. Hipoteza, że po zakończeniu programu podstawowego omawianej formy psychoterapii badani będą częściej wykorzystywali tę strategię potwierdziła się (t -Studenta $p=0,001$). Wprawdzie Lazarus kwalifikuje tę strategię do zorientowanych na emocje, to jednak dla alkoholików wzrost tej umiejętności jest jak najbardziej pożądany i świadczy o częściowym pokonaniu mechanizmu uzależnienia, jakim jest mechanizm rozproszenia „ja”.

Sposób radzenia sobie ze stresem określany jako samokontrola, wstrzymywanie negatywnych emocji (skala 9 WCQ), polega na tym, że jednostka zachowuje uczucia i przeżycia dla siebie, nie dzieląc się nimi z nikim. Hipoteza odnośnie do tej skali zakładała spadek stosowania tego mechanizmu po zakończeniu programu podstawowego psychoterapii i potwierdziła się (t -Studenta na poziomie istotności $p=0,028$).

W pracy badawczej zakładano również, że po zakończeniu programu podstawowego strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia osoby badane będą wykazywały większe poczucie sensu uczestnictwa w tej formie psychoterapii. Hipoteza ta potwierdziła się (t-Studenta na poziomie istotności $p=0,09$). Świadczy to o skuteczności strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia, czego wyrazem jest fakt, że osoby poddawane tej formie terapii wraz ze wzrostem czasu jej trwania odnajdują w niej coraz głębszy sens. Potwierdza to też weryfikacja ostatniej hipotezy o pozostawaniu w stanie abstynencji w trakcie trwania programu podstawowego terapii (t-Studenta na poziomie istotności $p=0,000$). Analizując jednak podawany przez badanych czas abstynencji w dniach, można stwierdzić, że nie wszystkim udaje się powstrzymać od picia. Tak więc program podstawowej psychoterapii nie obejmuje pracy nad zapobieganiem nawrotom picia.

Przy zastosowaniu współczynnika korelacji r-Pearsona stwierdzono ujemną korelację pomiędzy poczuciem sensu uczestnictwa w terapii a strategią radzenia sobie ze stresem określaną jako dystansowanie się, co oznacza, że wraz ze wzrostem poczucia sensu uczestnictwa w terapii następuje rezygnacja osoby uzależnionej ze stosowania strategii radzenia sobie ze stresem wyrażającej się unikaniem i dystansowaniem od problemów. Stosowanie tej zorientowanej emocjonalnie strategii oznacza przyjęcie biernej postawy i niepodejmowanie działań mających na celu rozwiązanie problemu. Osoba „dystansująca się” nie wierzy w możliwość zmiany zaistniałej sytuacji i wobec tego nie stara się na nią wpłynąć. Próbuje pogodzić się z losem i wykonuje czynności ułatwiające jej odwrócenie uwagi od zaistniałego problemu. Jest to zgodne z zachowaniem osoby uzależnionej u progu procesu zdrowienia, gdzie mechanizmy uzależnienia nie są jeszcze przepracowane. Jednakże wraz z upływem czasu trwania terapii badani odnajdują w niej coraz większy sens, a co za tym idzie, starają się głębiej zastanawiać nad swoimi problemami i rozwiązywać je w ramach zdobytych w trakcie terapii umiejętności.

Stwierdzono również dodatnią korelację r-Pearsona pomiędzy długością okresu abstynencji i poszukiwaniem wsparcia społecznego. Na podstawie danych zebranych za pomocą ankiety stwierdzono między innymi: 36% spośród badanych pacjentów wskazało na samodzielną decyzję dotyczącą terapii; 50% spośród badanych skorzystało z namowy żony do udziału w terapii; 14% rozpoczęło terapię za sprawą zobowiązania do leczenia odwykowego przez sąd (żaden spośród zobowiązanych do leczenia pacjentów nie zrezygnował ze spotkań terapeutycznych); 9% badanych zostało skierowanych na terapię przez lekarza; 9% badanych skorzystało z namowy rodziców, a 5% – kolegów. Stwierdzono także, że 50% badanych nigdy wcześniej nie korzystało z żadnych form terapii ani poradnictwa psychologicznego, zaś 32% osób uczęszczało przed podjęciem terapii na spotkania

AA, a 14% osób badanych próbowało walczyć z nałogiem przy udziale księdza bądź innej osoby duchownej.

WNIOSKI

- 1) Na podstawie rezultatów przeprowadzonych badań można stwierdzić, że terapia oparta na koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia jest terapią względnie skuteczną. Osoby uzależnione od alkoholu po zakończeniu programu podstawowego wybierają strategie radzenia sobie ze stresem zorientowane na rozwiązanie problemu i mają większe poczucie sensu trwania w terapii.
- 2) Osoby uzależnione od alkoholu po zakończeniu programu podstawowego charakteryzują się większym niż na początku poczuciem sensu trwania w terapii.
- 3) Stwierdzono również dodatnią korelację r -Pearsona pomiędzy długością okresu abstynencji i poszukiwaniem wsparcia społecznego jako strategii radzenia sobie uzależnieniem od alkoholu.

STRATEGIES OF COPING WITH STRESS AND THE EFFECTIVENESS OF ALCOHOL ADDICTION TREATMENT

Summary

The study has an empirical character and concerns the relation between strategies of coping with stress and the effectiveness of alcohol addiction treatment. To examine strategies of stress management, the researchers used *Ways of Coping Questionnaire* by R. Lazarus and S. Folkman and two questionnaires they themselves authored, geared for assessing how participants of alcohol addiction treatment felt about their therapy and how long their abstinence was. The therapy was based on the psycho-bio-social model of addiction developed by J. Mellibruda and his collaborators from the Institute of Health Psychology of the Polish Psychological Society. 36 alcoholics were examined twice, before and after the therapy. On the basis of the conducted research it may be concluded that a therapy based on the concept of psychological mechanisms of addiction is effective. After completing the basic therapeutic program, alcohol addicts choose problem-oriented stress management strategies and feel more inclined to continue the therapy.

Keywords: stress management strategies, alcoholism, addiction therapy

Nota o Autorach: Prof. dr hab. Jan F. Terelak, profesor zwyczajny Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Senator UKSW i kierownik Katedry Psychologii Pracy i Stresu na Wydziale Filozofii Chrześcijańskiej UKSW. Wieloletni rektor Wyższej Szkoły Suwalsko-Mazurskiej. Specjalizuje się w psychologii stresu. Autor 13 książek w tym głównie z problematyki stresu (np. *Stres organizacyjny*, 2005; *Stres Zawodowy* (red.), 2007; *Człowiek i stres*, 2008) oraz ponad 200 artykułów opublikowanych w czasopismach zagranicznych i krajowych. Swoje wyniki

badania przedstawiał na kilkudziesięciu konferencjach międzynarodowych. Wizytował wiele ośrodków badawczych i akademickich europejskich, amerykańskich i australijskich. Jest członkiem European Association for Aviation Psychology, International Association Applied Military Psychology, Komitetu Badań Kosmicznych i Satelitarnych oraz Komitetu Ergonomii przy Prezydium PAN, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Stowarzyszenia Doradców Szkolnych i Zawodowych RP, Polskiego Towarzystwa Geograficznego (Klub Polarny). Jest członkiem komitetu redakcyjnego wielu czasopism naukowych (np. *Studia Psychologica*, *Studia Ecologiae et Bioethicae*, *Ergonomia*, *Polski Przegląd Medycyny Lotniczej*, *Zeszyty Naukowe WSSM*, *Tutor: Psychologiczne i pedagogiczne aspekty edukacji*).

Mgr Justyna Dzięgielewska, psycholog, stażystka w Poradni dla Osób z Problemem Alkoholowym w Legionowie.

Słowa kluczowe: strategie radzenia sobie ze stresem, alkoholizm, terapia uzależnień